



Universidades Lusíada

Ferreira, Diana Patrícia Borges Azevedo Contente,
1996-

Stress e burnout dos assistentes sociais na área da saúde em contexto de pandemia

<http://hdl.handle.net/11067/6653>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

A presente investigação centrou-se no estudo do Stress e Burnout na área da saúde, considerando os desafios do Serviço Social e para os assistentes sociais, especialmente no atual contexto pandémico. O objetivo geral deste estudo consistiu em analisar os fatores de stress e de burnout nos assistentes sociais da área da saúde durante a pandemia COVID-19, identificando os seus impactos na intervenção profissional e as boas práticas de gestão do stress adotadas. No campo metodológico privilegiou-se...

This research focused on the study of Stress and Burnout, considering the challenges to Social Work and social workers in the health area, especially in the current pandemic context. The main goal of this study is to analyse the factors of stress and burnout in social workers in the health during the COVID-19 pandemic, identifying their impacts on practice, as well as the stress management strategies adopted. In the methodological field, we choose a qualitative approach for data collection and p...

Palavras Chave

Assistentes sociais - Stresse ocupacional - Portugal, Serviço social médico - Portugal, Esgotamento profissional, Pandemia da COVID-19, 2020- - Portugal - Aspectos psicológicos

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-ISSSL] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-05-06T22:11:18Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Mestrado em Serviço Social

***Stress e burnout dos assistentes sociais na área da
saúde em contexto de pandemia***

Realizado por:

Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira

Orientado por:

Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva
Orientadora: Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins
Arguente: Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa

Dissertação aprovada em: 12 de dezembro de 2022

Dissertação corrigida

Lisboa

2022



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

Stress e burnout dos Assistentes Sociais na área da saúde em
contexto de pandemia

Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira

Dissertação corrigida

Lisboa

Dezembro 2022



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Mestrado em Serviço Social

Stress e burnout dos Assistentes Sociais na área da saúde em
contexto de pandemia

Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira

Dissertação corrigida

Lisboa

Dezembro 2022

Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira

Stress e burnout dos Assistentes Sociais na área da
saúde em contexto de pandemia

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de
Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada para
a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte
Martins

Dissertação corrigida

Lisboa

Dezembro 2022

FICHA TÉCNICA

Autora Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira
Orientadora Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins
Título *Stress e burnout* dos Assistentes Sociais na área da saúde em contexto de pandemia
Local Lisboa
Ano 2022

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FERREIRA, Diana Patrícia Borges Azevedo Contente, 1996-

Stress e burnout dos Assistentes Sociais na área da saúde em contexto de pandemia / Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira ; orientado por Inês Casquilho Duarte Martins. - Lisboa : [s.n.], 2022. - Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada.

I - MARTINS, Inês Casquilho, 1985-

LCSH

1. Assistentes sociais - Stresse ocupacional - Portugal
2. Serviço social médico - Portugal
3. Esgotamento profissional
4. Pandemia da COVID-19, 2020- - Aspetos psicológicos
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Social workers - Job stress - Portugal
2. Medical social work - Portugal
3. Burn out (Psychology)
4. COVID-19, Pandemic, 2020 - Psychological aspects
5. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations
6. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV40.35.F47 2022

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação de mestrado é uma tarefa um pouco solitária, árdua e desafiante, fazendo-me passar por momentos de reflexão, desânimo, mas também de alegria sempre que um objetivo era cumprido. Mesmo tendo sido um período longo com muitos altos e baixos, não poderia deixar de agradecer às pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

O meu primeiro agradecimento tem de ser à minha orientadora Prof.^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins, por toda a dedicação, constante disponibilidade, compreensão, empatia e por não ter desistido de me apoiar na conclusão deste trabalho. Todo o seu apoio e trabalho realizado comigo foram fundamentais para o meu crescimento académico e também pessoal.

Um especial agradecimento para os meus pais e irmão que nunca duvidaram das minhas capacidades, que sempre acreditaram no meu sucesso. Agradecer-lhes por todo o apoio, por todas as palavras de incentivo e compreensão nos meus momentos em que apresentava maior fragilidade. Foi um processo longo e, mais uma vez, estiveram sempre presentes, como estão em todas as fases da minha vida.

Aos meus padrinhos por todas as palavras de incentivo e por me apoiarem em mais uma fase importante da minha vida.

Ao meu namorado, por todos os momentos onde me apoiou, incentivou e nunca permitiu que desistisse desta caminhada.

Aos entrevistados participantes neste estudo, pois sem eles não seria possível.

Agradecer a todos os que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste trabalho.

O meu muito obrigado.

APRESENTAÇÃO

***Stress e burnout* dos Assistentes Sociais na área da saúde em contexto de pandemia**

Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira

A presente investigação centrou-se no estudo do Stress e *Burnout* na área da saúde, considerando os desafios do Serviço Social e para os assistentes sociais, especialmente no atual contexto pandémico. O objetivo geral deste estudo consistiu em analisar os fatores de stress e de *burnout* nos assistentes sociais da área da saúde durante a pandemia COVID-19, identificando os seus impactos na intervenção profissional e as boas práticas de gestão do stress adotadas. No campo metodológico privilegiou-se uma abordagem qualitativa para a recolha e tratamento dos dados, através da realização de entrevistas semiestruturadas a 14 assistentes sociais que desempenham funções na área da saúde, em diferentes zonas de Portugal com diferente incidência de casos positivos para a COVID-19. A sistematização e interpretação dos dados foi realizada através de análise de conteúdo categorial. Os resultados obtidos permitiram verificar que a pandemia gerou alterações nas dinâmicas dos serviços de saúde, a alteração das respostas aos cidadãos, nas metodologias de trabalho dos assistentes sociais. Outras consequências foram verificadas na relação entre profissionais nas próprias equipas, profissionais e utentes, e entre os utentes e famílias. Outro aspeto relevante é referente às medidas e orientações tanto políticas como institucionais que acabaram por não ser eficientes na sua resposta, não tendo maioritariamente contributos dos assistentes sociais. Por outro lado, destaca-se a criação de novas respostas e formas de trabalho face ao contexto da crise pandémica, sendo o Serviço Social uma área fundamental no combate à pandemia. Perante este cenário, conclui-se que o stress sentido pelos profissionais já era presente antes da chegada da COVID-19, tendo aumentado neste período e podendo levar à síndrome de *burnout*. Por último, apresentam-se as estratégias de combate e minimização do stress em contexto laboral, referindo a necessidade de supervisão aos profissionais, a priorização de tarefas e a importância do equilíbrio entre a vida pessoal, familiar e profissional.

Palavras-chave: Covid-19; crise; *burnout*; saúde; serviço social; stress.

PRESENTATION

Stress and Burnout of healthcare social workers in the context of the pandemic

Diana Patrícia Borges Azevedo Contente Ferreira

This research focused on the study of Stress and Burnout, considering the challenges to Social Work and social workers in the health area, especially in the current pandemic context. The main goal of this study is to analyse the factors of stress and burnout in social workers in the health during the COVID-19 pandemic, identifying their impacts on practice, as well as the stress management strategies adopted. In the methodological field, we choose a qualitative approach for data collection and processing, through semi-structured interviews with 14 social workers working in the health in different areas of Portugal and with different cases of COVID-19 incidence. Data categorization and interpretation was carried out through categorical content analysis. The results obtained allowed us to verify that the pandemic produced adjustments in the dynamics of health services and in the working methodologies of social workers. Other consequences were shown in the relationship between professionals in the teams themselves, professionals, and users, and between users and families. Another relevant aspect refers to both the political and institutional measures and guidelines that ended up not being efficient in their response, since most of them were not contributed by social workers. On the other hand, the creation of new responses and ways of working within the context of the pandemic crisis stands out, with Social Work being a fundamental field against the pandemic effects. Regarding this scenario, it is concluded that the stress felt by the professionals was already a reality before the COVID-19 pandemic, with an increase in this period and which may lead to burnout syndrome. Finally, the strategies to combat and minimise stress in the work context are presented, referring to the need for practice supervision, the prioritisation of tasks and the importance personal, family, and professional life balance.

Keywords: Covid-19; crisis; burnout; health; social work; stress.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AD - Apoio Domiciliário Integrado

AS - Assistente Social

CAD - Centro de apoio e dependentes

ERPI - Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

FIAS/IFSW - Federação Internacional de Assistentes Sociais/ International Federation of Social Workers

FORHUM - Formação De Recursos Humanos

IASSW - International Association of Schools of Social Work

IPSS - Instituição Particular De Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial De Saúde

PAII - Plano De Apoio Integrado Aos Idosos

RNCCI - Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço De Apoio Domiciliário

SNS - Serviço Nacional De Saúde

STA - Serviço Tele-alarme

UAI - Unidade De Apoio Integrado

SUMÁRIO

Agradecimentos	i
Apresentação	iii
Presentation	v
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	vii
Índice de Tabelas	xi
1. Introdução	1
2. Saúde, Serviço Social e Desafios Emergentes em contexto de pandemia	4
2.1. Enquadramento legal na área da saúde: a saúde como um direito para todos.....	4
2.2. Funções do Serviço Social na área da Saúde	6
2.2.1. Cuidados de saúde primários.....	7
2.2.2. Contexto Hospitalar	8
2.2.3. Cuidados Continuados	9
2.2.4. Saúde mental	10
2.3. <i>Stress</i> e <i>Burnout</i> : condicionantes à atividade profissional dos assistentes sociais.....	11
2.3.1. <i>Stress</i> laboral.....	12
2.3.2. Síndrome de <i>Burnout</i>	13
2.4. Desafios contemporâneos na área da Saúde.....	14
2.4.1. Desafios na saúde Século XXI	15
2.4.2. COVID-19: Consequências da crise pandémica	16
3. Metodologia da Investigação.....	19
3.1. Campo Empírico	19
3.2. Método científico.....	20
3.3. Universo e Amostra	21
3.4. Técnicas de Recolha e Tratamento de dados	24
3.4.1. Procedimentos de recolha de dados	24
3.4.2. Procedimentos de tratamento de dados.....	26
3.5. Limitações da investigação.....	27
4. Apresentação, sistematização e discussão dos resultados	29
4.1. Caraterização socioprofissional dos assistentes sociais participantes do estudo.....	29
4.1.1. Funções e competências dos assistentes sociais durante a pandemia	30
4.1.2. Caraterização do espaço e clima organizacional	33

4.2. Impactos da pandemia na atividade profissional dos assistentes sociais na área da saúde	36
4.2.1. Consequências da pandemia nos serviços de saúde.....	37
4.2.2. Influência das orientações políticas e institucionais	40
4.3. Fatores e causas de <i>stress</i> e <i>burnout</i> nos assistentes sociais na área da saúde.....	43
4.3.1. Ausência de respostas adequadas às necessidades dos utentes ..	46
4.3.2. Barreiras na comunicação e nas relações interpessoais.....	47
4.3.3. Insuficiência do número de recursos humanos necessários	48
4.3.4. Alterações nas modalidades e contextos de trabalho	50
4.3.5. Ausência de informação e orientações formais	51
4.3.6. Limitações no reconhecimento e valorização da profissão	52
4.4. Consequências do <i>stress</i> e do <i>burnout</i> na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde	53
4.4.1. Influência do <i>stress</i> e <i>burnout</i> na intervenção dos assistentes sociais	53
4.4.2. Consequências a curto e longo prazo do <i>stress</i> e <i>burnout</i>	56
4.5. Estratégias para a prevenção e gestão do <i>stress</i> dos assistentes sociais na área da saúde	58
4.5.1. Estratégias nos domínios profissional e organizacional para a prevenção e gestão do <i>stress</i> nos assistentes sociais na área da saúde .	58
4.5.2. Mecanismos para atenuação ou resolução dos impactos do <i>stress</i> e <i>burnout</i> nos assistentes sociais na área da saúde.....	61
4.5.3. Boas práticas para lidar com o <i>stress</i> e <i>burnout</i> e minimizar o impacto do mesmo na intervenção social	63
Conclusões.....	65
Referências Bibliográficas	71
Legislação consultada.....	74
Anexo 1 – Guião de entrevista.....	III
Anexo 2 – Consentimento Informado	V
Anexo 3 – Grelha de Análise	VII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização síntese da amostra.....	23
Tabela 2 – Principais funções desempenhadas pelos assistentes sociais durante a pandemia.....	30
Tabela 3 - Causas do <i>stress</i> e <i>burnout</i> resultantes da atividade profissional antes e após o surgimento da pandemia.....	44
Tabela 4 - Principais estratégias nos domínios organizacional e profissional para a prevenção do <i>stress</i> dos assistentes sociais na área da saúde.....	60

1. INTRODUÇÃO

A dissertação de mestrado apresentada é parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, da Universidade Lusíada e tem como tema o *Stress* e *Burnout* dos Assistentes Sociais na área da saúde em contexto de pandemia. Considerando que o presente é marcado pelas consequências do contexto pandémico, este trabalho de investigação foca-se neste cenário, sem, no entanto, deixar de compreender a realidade pré-pandémica no que se refere ao Serviço Social na área da saúde e ao exercício da profissão neste âmbito.

O ano de 2020 foi marcado pelo aparecimento do vírus SARS-CoV-2 (que origina a doença COVID-19) e que levou a um quadro de pandemia global, decretado em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde. Com este fenómeno, houve inúmeras mudanças e restrições na vida das pessoas, que conduziram ao questionamento de muitas práticas profissionais, designadamente no Serviço Social (Mendes, 2021). O bem-estar social é considerada uma importante dimensão de análise neste contexto pandémico, sendo possível observar que esta nova realidade incerta tem trazido alterações na vida dos cidadãos e na sociedade. Segundo Cardoso, Vilar e Casquilho-Martins (2020), o confinamento a que a população portuguesa foi obrigada estimulou o isolamento social e as fragilidades em saúde, fazendo com que os setores da sociedade que vivessem em situação de precaridade ao nível da saúde, rendimentos e emprego, se tornassem mais vulneráveis.

Simultaneamente, verificou-se uma situação de exigentes desafios sem antecedentes para os profissionais de saúde, podendo levar a níveis elevados de *stress* e *burnout* (Monteiro, Cunha, Simões e Rela, 2021; Mendes, 2021). Em suma, existe um conjunto de fatores que podem levar a grandes níveis de *stress*, tais como “a sobrecarga de trabalho, a exigência dos cuidados de saúde, a falta de autonomia e os conflitos de equipa e com pessoas de outros departamentos” (Monteiro, et al., 2021, p.200). Com o passar do tempo, os assistentes sociais podem ficar vulneráveis ao risco de *burnout*, podendo vir a comprometer a eficácia e qualidade da sua intervenção (Casquilho-Martins, 2022). Uma vez chegando a esta síndrome, irá diminuir a sua proatividade e prejudicará a sua intervenção (Mendes, Cabral, Melo, 2021).

O *stress* e *burnout* neste domínio apresentam-se como condicionantes à atividade profissional, tornando-se um assunto pertinente nas pesquisas em Serviço Social, atendendo à, ainda, reduzida produção teórica sobre a problemática de investigação abordada. Cardoso, Vilar e Casquilho-Martins (2020) reforçam esta ideia afirmando que “o contexto de pandemia foi e continua a ser particularmente exigente em diversas frentes essenciais onde atua a/o assistente social: nos hospitais e centros de saúde, nas instituições do terceiro setor que acolhem crianças e jovens, pessoas com deficiência e pessoas idosas, nos serviços públicos desconcentrados e nas autarquias locais, em suma, nos diferentes campos de intervenção com indivíduos, famílias, comunidades, onde os efeitos da pandemia têm implicações mais duras tanto do ponto de vista

económico como do ponto de vista social.” (Cardoso, Vilar e Casquilho-Martins, 2020, p.1). Mendes, Cabral e Melo (2021) concluem que “durante a crise pandémica, o serviço social enfrentou momentos desafiadores para atender às necessidades urgentes num cenário considerado incerto; em que a COVID-19 além de causar preocupações com a saúde física, ocasiona também um número de problemas psicológicos e mentais, inclusive o *stress*.” (Mendes, Cabral e Melo, 2021, p.27). Por este motivo, este tema ganha maior importância considerando o atual contexto de pandemia que vivemos e que teve um grande impacto para os serviços e profissionais que exercem a sua atividade no setor da saúde, nomeadamente os assistentes sociais.

Assim sendo, este estudo teve como pergunta de partida “quais os fatores e impactos do *stress* e do *burnout* nos assistentes sociais da área da saúde no contexto da pandemia COVID-19?”. Sabendo que a atual pandemia se constitui como uma realidade presente, mas com consequências a médio e longo prazo, esta investigação focou-se nos desafios que a COVID-19 trouxe aos assistentes sociais na área da saúde, associando-se às dimensões do *stress* e *burnout*. Esta problemática surge como um problema de investigação ainda pouco explorado, pelo que se entendeu que seria relevante para o Serviço Social, quer no domínio da investigação, quer no domínio da prática profissional. Daqui estabelecemos que seria relevante que o estudo pudesse aprofundar que desafios neste domínio se colocam na contemporaneidade.

Quanto aos objetivos de investigação, o objetivo geral desta dissertação é analisar os fatores de *stress* e de *burnout* nos assistentes sociais da área da saúde durante a pandemia COVID-19, identificando os seus impactos na intervenção profissional e as boas práticas de gestão do *stress* adotadas. Com base na intenção principal desta dissertação formularam-se os seguintes objetivos específicos: caracterizar os fatores e causas do *stress* nos contextos laborais da área da saúde, nomeadamente do Serviço Social durante a pandemia; compreender a perceção dos assistentes sociais sobre o *stress* e o *burnout* nas práticas profissionais em contexto hospitalar; identificar os impactos do *stress* e do *burnout* na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde; sistematizar de estratégias para a prevenção e gestão do *stress* e dos assistentes sociais na área da saúde

Considerando o âmbito de investigação, o presente estudo foi de natureza exploratória e descritiva, seguindo uma abordagem predominantemente qualitativa, uma vez que os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas de aprofundamento da temática como técnica de recolha de dados, tratando-se os dados através da técnica de análise de conteúdo categorial. Para o efeito, foi construído e aplicado um guião de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas através de videochamada, considerando que esta seria a forma mais adequada para a sua operacionalização por questões de segurança e proteção individual, especialmente por se tratar de profissionais da área da saúde. Quanto ao tratamento de dados

das entrevistas, foi elaborada uma grelha de análise de conteúdo que permitiu listar as categorias e subcategorias de análise deste estudo.

No que se refere à estrutura da dissertação, o capítulo 2 que sucede a introdução apresenta o enquadramento teórico sobre a problemática estudada. Neste capítulo, procurou-se apresentar os conceitos mais relevantes associados ao objeto de estudo, contextualizando a temática na área do Serviço Social e da Saúde. Assim, a revisão de literatura foca-se no Serviço Social e na área da saúde, designadamente no contexto pandémico gerado pela COVID-19. Também foi aqui dedicada atenção à revisão de literatura sobre as condicionantes da atividade profissional, como o *stress* e o *burnout* e também nos desafios contemporâneos que a área da saúde enfrenta.

No terceiro capítulo explicita-se a metodologia e procedimentos de investigação, fazendo a apresentação do campo empírico, do método científico utilizado, da amostra deste estudo e das técnicas de recolha e tratamento dos dados. É através desta sistematização metodológica que se explicam os passos seguidos para garantir fiabilidade aos dados apresentados e às conclusões produzidas. São ainda mencionadas as limitações deste estudo, considerando a sua natureza, reforçando a intenção descritiva de estudo da problemática e não a generalização de resultados por via de resultados quantitativos.

No quarto capítulo, os dados da investigação ganham forma através da análise, sistematização e discussão dos resultados obtidos com este estudo. As organizações dos subcapítulos deste capítulo sustentaram-se no cumprimento dos objetivos de investigação propostos possibilitando uma melhor orientação para as conclusões. Assim, apresenta-se neste ponto a caracterização socioprofissional dos assistentes sociais participantes no estudo, os impactos da pandemia na atividade profissional dos assistentes sociais na área da saúde, os fatores e causas de *stress* e *burnout* nos assistentes sociais na área da saúde, as consequências do *stress* e *burnout* na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde e as estratégias para prevenção e gestão do *stress* dos assistentes sociais na área da saúde.

Por último, apresenta as conclusões do estudo, articulando com os objetivos traçados e fazendo ponte à revisão da literatura, as referências bibliográficas utilizadas de forma a apresentar o produto final desta dissertação de mestrado. Também neste ponto se referem as implicações na prática profissional e perspetivas futuras para a investigação.

2. SAÚDE, SERVIÇO SOCIAL E DESAFIOS EMERGENTES EM CONTEXTO DE PANDEMIA

2.1. ENQUADRAMENTO LEGAL NA ÁREA DA SAÚDE: A SAÚDE COMO UM DIREITO PARA TODOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1947, define saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, apesar de com o passar do tempo e dos esforços para caracterizar esse conceito, não existe uma definição universal. Com o decorrer do tempo, o conceito de saúde foi sofrendo alterações e a prática do serviço social neste campo vai se cruzando e transformando com a definição deste termo. Pensar na definição de saúde, conduz a uma visão biopsicossocial, que precisa de ser analisada incluindo também os aspetos ambientais, sociais e comportamentais (Casquilho-Martins e Ferreira, 2022).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) reforça o objetivo de que os Direitos Fundamentais chegam a todos os povos e a todas as nações. Assim, pretende que todas as pessoas e órgãos da sociedade possam promover o reconhecimento da declaração e a sua aplicação em todos os territórios, promovendo, o respeito pelos valores humanos, dignidade, direitos e liberdades.

A saúde é afirmada como um direito de todas as pessoas, ou seja, universal, sem distinção de raça, condição económica ou social, religião ou escolha política. O artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos salienta que todas as pessoas têm direito a um nível de vida, que lhes permita garantir saúde e bem-estar, bem como alimentação, vestuário, alojamento, assistência médica e serviços sociais necessários, dando especial atenção à infância e maternidade.

Na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, documento produzido pelo Parlamento Europeu em 2000, vê-se reforçada a proteção dos direitos fundamentais, destacando a saúde como um direito fundamental. O artigo 35.º deste documento reforça a proteção da saúde, sublinhando que todas as pessoas têm direito em aceder e beneficiar cuidados médicos, de acordo com as legislação e práticas vigentes a nível nacional, sendo assegurado um elevado nível de proteção da saúde humana. Também no que se refere à dimensão da saúde enquanto direito no campo do trabalho, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia no artigo 31.º - condições de trabalho justas e equitativas - vem dizer que todos os trabalhadores têm direito a condições de trabalho seguras, dignas e saudáveis.

Fazendo uma síntese da evolução do ponto do quadro legal da saúde em Portugal, durante o período do Estado Novo, a Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, estabeleceu a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, lançando a base para uma rede hospitalar, onde é referido o Serviço Social em contexto hospitalar. Mais tarde, em 1971, é publicado o Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de setembro, que estabeleceu o regime legal que

permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência, no qual é mencionada a carreira de técnicos de serviço social (Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de setembro, Secção X).

Atualmente, a Constituição da República Portuguesa consagra a proteção da saúde, estabelecendo-se num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. A saúde como direito fundamental é promovida através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendencialmente gratuito, de forma a minimizar as desigualdades económicas e sociais dos cidadãos, no acesso a este direito (Lei Constitucional n.º 1/2005, Artigo 64.º). Daqui se destaca a importância da saúde não só como um direito, mas também a proteção da saúde como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, sociedade e Estado, conforme reconhecido nos princípios gerais da primeira Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Importar também referir que em 1998, a Lei n.º 36/98, de 24 de julho, a Lei da Saúde Mental, estabelece os princípios gerais da política da saúde mental e regulamenta os internamentos compulsivos dos portadores de anomalia psíquica, isto é, das pessoas com doença mental, com um pressuposto de atuação na comunidade e de favorecimento reabilitação e inserção social no meio.

A proximidade dos serviços de saúde e da proteção da saúde é reforçada em 1999, com o Decreto-Lei n.º 157/99, que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, sendo referidos neste diploma os assistentes sociais, ainda com a designação técnicos superiores de serviço social, como elementos das equipas multiprofissionais das Unidades de cuidados na comunidade (Decreto-Lei n.º 157/99, Artigo 13º).

Em 2003, o Decreto-Lei n.º 281/2003, criou a rede de cuidados continuados de saúde, visando um modelo mais justo e solidário na prestação de cuidados de saúde, em tempo útil, com eficácia e com humanidade, por parte do SNS, sendo a prestação de cuidados pelas unidades integradas na rede garantida por equipas multidisciplinares da área da saúde e da ação social (Artigo 13º). Este diploma é revogado em 2006, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo, que promove o direito a cuidados de saúde específicos aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, investindo e melhores cuidados, mais próximos e mais humanizados. Neste diploma legal, o serviço social aparece com a sua presença quer na coordenação da Rede nas equipas coordenadoras locais (Artigo 9º), quer nas equipas de gestão de altas (Artigo 23º).

Retomando como referência a Lei de Bases da Saúde, em 2019, é aprovada a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que reforça o direito à proteção de saúde, como um direito de todas as pessoas ao nível físico, mental e social, em articulação como as condições económicas, sociais, culturais

e ambientais que contribuem uma vida saudável, incluindo no trabalho e lazer. O direito à saúde é regido por pelos princípios da igualdade no acesso aos cuidados de saúde e no acesso à informação que lhes diz respeito, visando a autodeterminação dos cidadãos quanto aos cuidados de saúde que lhes são propostos, à promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento. Daqui destaca-se uma vez mais, o papel da saúde pública como basilar para a população e para o bem-estar dos indivíduos da comunidade.

Quanto à saúde mental, a Lei de Bases da Saúde, na Base 13, faz referência à saúde mental, dizendo que o Estado promove a melhoria da saúde mental dos indivíduos e da sociedade em geral, pelos meios de promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação das doenças e dos seus riscos associados. Desta forma, no domínio da saúde mental, designadamente no Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, que estabelece os princípios gerais e as regras da organização e funcionamento dos serviços de saúde mental, a participação de assistentes sociais na Conselho Nacional de Saúde Mental (Artigo 7º) e nos Conselhos Regionais de Saúde Mental (Artigo 9º) na Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental (Artigo 12º) e na Coordenações Regionais de Saúde Mental (Artigo 13º) reflete a importância da profissão na promoção e proteção da saúde e na garantia do acesso a este direito a todos os cidadãos.

Neste sentido, a existência e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde é um pilar na realização dos direitos sociais, permitindo e facilitando as condições de acesso aos cuidados de saúde (Casquilho-Martins e Ferreira, 2022), sendo o Serviço Social e os assistentes sociais agentes sociais para a sua defesa e promoção nas diferentes áreas de resposta dos cuidados de saúde.

2.2. FUNÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Segundo Nogueira e Mito (2006, cit in Santos, 2017), o Serviço Social na saúde baseia-se em fatores políticos, económicos e sociais que dão origem a condicionamentos no acesso aos recursos importantes para a garantia dos direitos humanos. Atendendo à especificidade da saúde como área de intervenção, o Serviço Social tem o papel de humanizar os serviços, abrangendo uma abordagem biopsicossocial, significando que para além destes profissionais considerar os problemas clínicos, compreende ainda a possibilidade da influência de fatores como os psicológicos e os sociais no estado da saúde dos utentes (Santos, 2017).

Uma vez que a saúde é um direito universal, é imprescindível que a profissão promova na sua atuação nesta área, princípios e valores fundamentais como os direitos humanos, a liberdade, a dignidade humana e a justiça social, pois a saúde não só é considerada como uma questão individual, mas também societal (Carvalho, 2012).

O serviço social é uma das profissões que integra as equipas multidisciplinares dos serviços de saúde, desde o século XX e um dos campos de ação profissional específico da profissão de assistente social (Carvalho, 2012). O Serviço Social na saúde aparece relacionado com a natureza coletiva da prestação de cuidados de saúde e à confirmação das equipas multidisciplinares no sector da saúde, estando este ligado ao percurso evolutivo da profissão (Branco e Farçadas, 2012).

Neste sentido, a prática profissional em estabelecimentos de saúde pode ser considerada uma prática em ambientes complexos, devido à diversidade de profissões inerentes a este sistema e às interações entre profissionais, utentes e famílias (Cunha e Monteiro, 2021). De acordo com Carvalho (2012), os assistentes sociais podem desenvolver a sua atividade profissional em cuidados de saúde primários, em cuidados continuados integrados e paliativos, em unidades de saúde familiar, em unidades de saúde gerais ou especializados, em saúde mental e comunitária e na promoção da saúde com grupos específicos.

2.2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os assistentes sociais na área da saúde desenvolvem uma diversidade de funções enquanto profissional e nos cuidados de saúde primários este exerce um conjunto diversificado e amplo de papéis. Branco e Farçadas (2012) clarificam que o assistente social, no contexto das unidades de cuidados de saúde primários, pode desenvolver a sua intervenção numa dimensão individual ou em uma dimensão mais ampla ao nível dos determinantes sociais da saúde. Ao Serviço Social cabe a tarefa de intervir nos problemas sociais com implicações na saúde e vice-versa, onde assim conseguimos entender que o papel do serviço social assenta numa conceção de saúde biopsicossocial. Pode-se então assumir que o assistente social pode assumir o papel de consultor, onde permite a partilha de informação, enriquecimento e diagnóstico para o tratamento das situações de doença e assume ainda o papel de promotor da advocacia social, como mediador entre utente e serviços, assumindo-se ainda como mobilizador de recursos. (Dhooper, 1997, cit in Branco e Farçadas, 2012).

Podemos sintetizar algumas funções de um assistente social no campo dos cuidados de saúde primários, tais como: participação e realização de diagnósticos sociais de nível individual, grupal e comunitário; informar os utentes sobre os seus direitos e apoios da comunidade; informar os médicos / equipas multidisciplinares dos diagnósticos dos utentes; promove articulação com outras instituições; faz a mediação entre os cuidados de saúde e parceiros da comunidade; realiza o aconselhamento e consultoria de outros prestadores de cuidados e, segundo Costa (2000, 2003) participa em estudos epidemiológicos e em ações de promoção e prevenção de doença direcionadas a grupos de risco, em domínios como organização, sensibilização e coordenação de serviços nessas ações (Branco e Farçadas, 2012). No que toca à especificidade dos cuidados de saúde primários e por serem o primeiro nível de intervenção, este campo

profissional tem extrema importância na deteção de situações de risco e de perigo (Nogueira e Mioto 2006, cit in Santos, 2017).

2.2.2. CONTEXTO HOSPITALAR

O Serviço Social em contexto hospitalar intervém diretamente com os doentes e famílias em situação de doença, é uma das áreas que pertence às equipas multidisciplinares e articula diretamente com a comunidade. Em Portugal, surgiu em 1941 nos Hospitais Universitários de Coimbra. Em 2002, através da Circular Normativa n.º 8 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde do Ministério da Saúde, foram estabelecidas funções atribuídas aos assistentes sociais em estabelecimentos dependentes do Ministério de Saúde, tais como: “identificar e analisar os problemas e as necessidades de apoio social dos utentes, elaborando o respetivo diagnóstico social; proceder ao acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias, no quadro dos grupos sociais em que se integram, mediante a prévia elaboração de planos de intervenção social; proceder à investigação, estudo e conceção de processos, métodos e técnicas de intervenção social; participar na definição, promoção e concretização das políticas de intervenção social a cargo dos respetivos serviços ou estabelecimentos; definir, elaborar, executar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária na área de influência dos respetivos serviços e estabelecimentos; analisar, selecionar, elaborar e registar informação no âmbito da sua intervenção profissional e da investigação; assegurar a continuidade dos cuidados sociais a prestar, em articulação com os parceiros da comunidade; envolver e orientar utentes, famílias e grupos no autoconhecimento e procura dos recursos adequados às suas necessidades; articular-se com os restantes profissionais do serviço ou estabelecimento para melhor garantir a qualidade, humanização e eficiência na prestação de cuidados; relatar, informar e acompanhar, sempre que necessário e de forma sistemática, situações sociais problemáticas, em especial as relacionadas com crianças, jovens, idosos, doentes e vítimas de crimes ou de exclusão social” (Lopes et al, 2012, p.35).

Como anteriormente referido, o Serviço Social hospitalar está inserido em equipas multidisciplinares, o que remete para um trabalho que implica a capacidade para melhorar a qualidade de vida do doente, assente em articulação com outros profissionais. Assim sendo, o trabalho em equipa é fundamental para um bom desempenho da ação do assistente social. O principal objetivo do trabalho em equipa é melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. (Lopes et al, 2012). Johnson e Côrte-Real (2000) afirmam que o Serviço Social em meio hospitalar deve ser reconhecido como um membro de uma equipa de cuidados de saúde alargada. A avaliação diagnóstica de assistente social tem tanta importância como a de qualquer outro membro da equipa. Neste domínio podem ser adotados objetivos que consistem em “fomentar e desenvolver capacidades a diferentes níveis: nível cognitivo, promovendo a informação, fomentando a compreensão do funcionamento da estrutura e das formas de

atualização dos recursos; nível relacional, facilitando o desenvolvimento das relações interpessoais e grupais, capacitando para o assumir de novos papéis estimulando formas de comunicação e expressão; nível organizativo, promovendo a interação entre cidadãos e estruturas societais, acionando ou criando novos recursos sociais e desenvolvendo a participação e a capacidade organizativa dos indivíduos e dos grupos.” (Johnson e Côrte-Real, 2000, p. 35). É também necessário que haja uma ação colaborativa com os cidadãos para garantir serviços humanizados, em que o profissional consiga olhar a pessoa para além da sua doença.

Importa referir que dentro das variadas tarefas atribuídas ao assistente social, o planeamento da alta dos serviços de internamento é um fator muito importante, pois envolve fatores como a qualidade e a continuidade dos serviços prestados ao utente aquando da saída hospitalar. Rendeiro (2015, in Jesus, 2017) explica que o planeamento da alta hospitalar é um procedimento feito pela equipa multidisciplinar que está a acompanhar o utente, durante o período de internamento, com o objetivo de garantir a continuidade da prestação de cuidados aos utentes depois da alta. No planeamento da alta hospitalar, o tempo é um fator de extrema relevância pois muitas vezes os profissionais são pressionados para a efetivação da alta hospitalar, implicando uma rápida intervenção e mobilização de recursos, no entanto, estes nem sempre estão disponíveis de imediato. Por vezes pode acontecer a sobreposição da rapidez à eficiência da realização da intervenção social, levando a que os aspetos como aconselhamento e apoio emocional ao utente fiquem para segundo plano, trazendo resultados como a falta de eficácia na efetivação da alta.

2.2.3. CUIDADOS CONTINUADOS

Nos últimos anos o aumento do número das pessoas idosas dependentes e com doenças crónicas aumentou e com isso cresceu a necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde (Campos, 2008, cit in Carvalho, 2012). As primeiras medidas integradas surgiram em Portugal a 1994 com o Plano de Apoio Integrado aos Idosos (PAII). Esta medida possibilitou a criação de novos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) para Serviços de Apoio Domiciliário Integrados. Os SAD têm como finalidade a conservação do idoso no seu ambiente, junto dos seus familiares e amigos. Outras respostas inovadoras criadas com o PAII foram o Centro de apoio e dependentes (CAD) – que são espaços e equipamentos pluridisciplinares com o intuito de prestar serviços temporários não só aos idosos, mas a todos aqueles que se encontram dependentes; a Formação de Recursos humanos (FORHUM) – que tem como objetivo habilitar a rede informal de suporte às pessoas idosas e dependentes; o Serviço TeleAlarme (STA) – que é um dispositivo eletrónico ligado à linha telefónica com o objetivo de apoiar no domicílio; passes para a terceira idade, com o intuito de promover a mobilidade e a saúde e termalismo, que permite à pessoa com mais de 60 anos o acesso a tratamentos termais. Mais tarde foram criadas outras respostas que se dirigiam às situações de dependência na área dos cuidados prolongados de saúde e

social, tais foram o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) e a Unidade de Apoio Integrado (UAI). O objetivo do ADI é apoiar as pessoas dependentes e pretende promover a sua autonomia através do apoio ao domicílio. A UAI dispensa cuidados temporários e integrados a pessoas dependentes que não podem manter-se apoiadas no domicílio (Carvalho, 2012).

Os cuidados às pessoas que integram a RNCCI são da responsabilidade de instituições como os hospitais, centros de saúde, Segurança Social, IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social e das autarquias, formando uma rede adaptada de cuidados composta por unidades, designadamente “as unidades incluem internamento e ambulatório. O internamento é composto por unidades de convalescença, unidades de longa duração, unidades de média duração, unidades de cuidados paliativos e unidades de dia. As equipas dividem-se em dois níveis: hospitalares e domiciliárias. As primeiras são compostas por equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos, e as segundas por equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.” (Carvalho, 2012, p.88)

Existem determinadas finalidades que um assistente social tem ao exercer o seu papel numa Rede de Cuidados Continuados Integrados, essas finalidades, segundo o Manual de Boas Práticas para os Assistentes Sociais da Saúde na RNCCI, passam por: “garantir o acolhimento e integração apropriados dos doentes e famílias na RNCCI” (...); “fomentar a prestação dos cuidados de forma assegurar um acompanhamento e execução contínua e articulada do plano individual dos cuidados” (...); “promover a conservação, fortalecimento e restabelecimento das relações interpessoais entre doente, família, equipa e redes; assegurar apoios à família”(…); “potenciar a reinserção social do doente com qualidade e seus suportes adequados no meio habitual da sua vida; contribuir com cuidados e serviços prestados por instituições do SNS eficientes” (...); “motivar doentes, ex-doentes, familiares ou outros para ações de autoajuda e/ou voluntariado” (...); “potenciar e fomentar a consciencialização dos cidadãos em relação às suas necessidades e responsabilidades na saúde e a sua capacitação em uma participação ativa no melhoramento dos cuidados de saúde” (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2007, p.6).

2.2.4. SAÚDE MENTAL

O Serviço Social na área da saúde mental demonstra interesse em respostas que não sejam meramente de operacionalização técnica, mas nas que exigem análise e decisão. Fazenda (2012) afirma que o serviço social na área da saúde mental inicialmente aplicava a metodologia de intervenção case-work, destacando o ajustamento psicológico do indivíduo. Com o aumento das proporções da terapia familiar e dinâmica de grupos, a metodologia de intervenção vai desenvolvendo novos contornos fazendo crescer o horizonte de intervenção às famílias, redes sociais e contextos. Apesar do Serviço Social interligar-se com todas as ciências sociais e humanas, a sua intervenção na Saúde Mental surge transversalmente de uma abordagem

contextualista e psicossocial. Como refere Fazenda (2012) “a abordagem contextualista e psicossocial da saúde mental resultou de uma evolução de forma de pensar a doença mental, para a qual contribuíram muitas correntes dentro da psiquiatria, sendo algumas das mais decisivas o movimento da desinstitucionalização e o da reabilitação psicossocial” (Fazenda, 2012 p.235). Uma das fases mais significativas da intervenção social na Saúde Mental deu-se na fase de desinstitucionalização dos doentes crónicos em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, a finalidade era promover maior proximidade entre doentes e a comunidade, de modo que a sua integração na mesma não fosse pautada de instabilidade (Fazenda, 2012 p.235).

Fazenda (2012) clarifica que um dos focos da intervenção do Serviço Social na saúde mental que pode ser mais desenvolvido é a questão da cidadania. Cidadania significa uma perspetiva de inclusão e um movimento para ver para além das categorias e das etiquetas (famílias desestruturadas, pais negligentes, doentes mentais, sem-abrigo, ex-reclusos, etc.), porque a utilização de um serviço específico não pode definir a identidade das pessoas nem o seu estilo de vida. Se os cuidados de saúde mental são necessários para avaliar o sofrimento e eliminar ou reduzir os sintomas de doença, não são suficientes para promover a cidadania. Para isto, é necessário abrir oportunidades, formar ou reconhecer competências que permitam aos utentes tomar o controlo das suas vidas e das suas comunidades. Como refere Fazenda (2012) “a cidadania não é apenas o reconhecimento dos direitos individuais, é também a construção de uma responsabilidade coletiva” (Fazenda, 2012, p.244). O princípio da individualização pode constituir-se como um entrave ao exercício da atividade do assistente social, uma vez que pode ser desenvolvida uma intervenção baseada numa perspetiva individualista do doente com perturbações psiquiátricas, tendo em contas as capacidades individuais do individuo, deixando de parte o contexto que o envolve. Cabe ao assistente social ser um profissional que consiga respeitar e aceitar as divergências que sejam detetadas ao aprofundar a história de vida do utente a quem presta auxílio, uma vez que a capacidade de não julgamento é um dos seus valores fundamentais (Fazenda, 2012).

2.3. STRESS E BURNOUT: CONDICIONANTES À ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS

O trabalho ocupa uma grande parte do nosso investimento de tempo na nossa vida, podendo influenciar no seu bem-estar e trazendo consequências como *stress* ou *burnout*. A OMS define saúde mental como “o estado de bem-estar no qual o individuo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao *stress* normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.” (OMS, 2014). Desta forma compreende-se que há uma relação próxima entre o bem-estar e o contexto laboral, enquanto dimensões de análise, partilhando da visão de Carrera (2011) que afirma que “para a prevenção do *stress* e do *burnout* é fundamental o reconhecimento que ele existe e que seja reconhecido não só pelos profissionais, como

também pelas organizações onde trabalham e, num sentido mais lato, pela sociedade em geral” (Carrera, 2011, p. 76).

2.3.1. STRESS LABORAL

O *stress* é algo que está presente em muitos dias ou acontecimentos da nossa vida, sendo que em contexto laboral não é exceção. O conceito de *stress* pode ser definido como um estímulo, uma força externa à pessoa, pode ser apontado como uma resposta a uma mudança no estado físico ou psicológico da pessoa que irá representar um desafio ou uma ameaça (Colligan e Higgins, 2005, cit in Marcelo, 2017).

Goulão (2017) indica que na literatura sobre *stress* existem de múltiplas definições sobre o conceito, centrando-se no estudo deste conceito enquadrado no contexto laboral. Segundo a autora, “a primeira definição de *stress* foi concebida pelo médico Hans Selye, em 1936, como uma síndrome geral de adaptação, no qual o organismo respondia de forma semelhante a diversos estímulos, voltando posteriormente ao estado de inicial de homeostase” (Goulão, 2017, p.16). É possível definir-se dois tipos de *stress*, o *distress* e o *eustress*. O conceito de *distress* está relacionado com as experiências ou situações desagradáveis que tenham trazido consequências negativas para o indivíduo. Assim, a maior parte das vezes que se utiliza a expressão *stress*, estamos a referir-nos ao *distress*. O conceito de *eustress* é o oposto, trata de uma situação positiva para o indivíduo, trazendo resultados satisfatórios para o mesmo (Selye, 1980; 1978, cit in Santos, 2010).

De acordo com Miranda (2011) existe uma influência das condições e características da atividade laboral como aspetos condicionadores dos sentimentos e bem-estar das pessoas. Gomes e Cruz (2004) referem que os efeitos negativos do *stress* e do *burnout* apresentam consequência em diferentes níveis da saúde do indivíduo, quer a nível físico e quer ao nível da saúde mental, refletindo-se na satisfação e na produtividade dos profissionais. Entre a relação *stress* e trabalho, as reações disfuncionais dos trabalhadores em função às suas ocupações costumam acontecer quando se verificam condições como a incapacidade das condições de trabalho serem controladas pelo trabalhador, ou quando este não possui estratégias adequadas para confrontar situações, ou, ainda, quando não possui suporte social que o ajude a lidar com dificuldades que emergem do exercício profissional, o que reflete numa alteração aos níveis emocional, comportamental, fisiológico e cognitivo (Marcelo, 2017).

O *stress* afeta a saúde através de experiências e alterações no comportamento individual, atendendo que o *stress* prolongado pode fazer aumentar o risco de doença cardiovascular. Pode ser causa de depressão, ao conjugar acontecimentos importantes na vida tanto a nível de trabalho como de relações afetivas, pode desencadear distúrbios de ansiedade e até perturbação obsessiva compulsiva (Marcelo, 2017). Outra consequência seria o *stress* dos indivíduos trazer custos para a organização, sejam diretos ou indiretos, distinguindo-se entre custos diretos os

resultantes da “participação” (como atrasos ou greves), do “desempenho do trabalho” (tais como quantidade e prestação), “dos cuidados de saúde e dos prémios de compensação e indemnização”, (exemplos: baixa motivação ou insatisfação), “das falhas de comunicação, dos erros na tomada de decisão, da qualidade das relações de trabalho e das oportunidades de negócio perdidas.” (Marcelo, 2017, p.12)

Segundo a informação presente no Manual de *stress* no local de trabalho (UGT, s.d.), existem fatores de risco e características do trabalho que são indutoras ao *stress* no trabalho. De uma forma resumida podem ser as seguintes: conteúdo do trabalho; sobrecarga, horário e ritmo do trabalho; autonomia e controlo; equipamentos de trabalho; cultura organizacional; relações interpessoais no trabalho; papel na organização/responsabilidades; desenvolvimento profissional; conciliação trabalho-família; novas formas de contratação; intensificação do trabalho e ambiente físico (UGT, s.d).

De acordo com Carrera (2011), o facto de os assistentes sociais trabalharem quadros de vulnerabilidade marcados por situações de desigualdade, torna esta profissão e os seus profissionais mais propícios ao *stress* e ao *burnout*, pois “se no início há um grande empenho /dedicação ao trabalho, algum tempo depois vivenciam um choque com a realidade” (Carrera, 2011, p.22).

2.3.2. SÍNDROME DE *BURNOUT*

No que se refere ao conceito de *Burnout*, Goulão (2017) afirma que “O *burnout* era entendido como o resultado de expectativas erradas; desilusões progressivas, perda de estratégias de *coping*, interações exigentes com clientes; e falta de reciprocidade nas relações com os mesmos.” (Goulão, 2017, p.22). De acordo com a atual classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) o *burnout* é uma síndrome resultante de *stress* crónico no local de trabalho que não foi gerida com sucesso, caracterizando-se por três dimensões: “1) sentimentos de esgotamento ou exaustão energética; 2) aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados com o próprio trabalho; e 3) sensação de ineficácia e de falta de realização”¹. A Organização Mundial de Saúde ressalta que o conceito de *burnout* não deve ser aplicado para descrever experiências noutras áreas da vida e que se refere especificamente a fenómenos no contexto profissional.

Quanto ao fenómeno do *burnout* relacionado com a atividade profissional dos assistentes sociais, Marcelo (2017) destaca que este é dos grandes problemas psicossociais atuais, considerando as consequências negativas que o sofrimento do individuo gera no mesmo e também no seu

¹ Consulta realizada na Plataforma eletrónica do CD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022) da OMS e traduzida para português. Disponível para consulta em: <http://id.who.int/icd/entity/129180281>

desempenho, devendo esta ser também uma preocupação coletiva que podem impactar no domínio dos próprios problemas socioeconômicos. Para além disso, podem surgir atitudes e sentimentos negativos que influenciem a prestação de serviços associados à insatisfação com o trabalho (Marcelo, 2017). Gomes e Cruz (2004) salientam que os efeitos nefastos do *stress* e *burnout* ao nível da saúde física e mental, da satisfação, do rendimento e produtividade dos profissionais, são conhecidos, sendo importante intervir também para a sua prevenção.

Também segundo a literatura, existem três dimensões da síndrome de *burnout* – a exaustão emocional, desumanização da relação com o outro ou despersonalização e o sentimento de insucesso profissional. A primeira dimensão para Maslach e Jackson (1982, cit in Rebelo, 2013) é caracterizada por ser física e psíquica, visto que se reflete no trabalho sobre a forma de fadiga, sentimento vazio e dificuldade em lidar com as emoções do outro. Podem ainda estar presentes dificuldades cognitivas e de concentração, reconhecidas pelo esquecimento de pequenas respostas. O indivíduo sente-se sem energia para enfrentar adversidades que surgem no trabalho, resultado de uma sobrecarga de trabalho e conflito pessoal, pois tem a sensação de estar emocionalmente cansado. Com isso, a exaustão emocional pode comprometer a saúde física e mental dos profissionais. A segunda dimensão, segundo Delbrouck (2006, cit in Rebelo, 2013), consiste na componente interpessoal do *burnout*, isto é, surge do excesso da exaustão emocional em que o indivíduo se encontra. Vai se notando uma perda do idealismo no indivíduo pelo trabalho que desempenha, criando uma distância afetiva ou uma indiferença emocional em relação aos outros, mesmo sobre aqueles que lhe são mais próximos. A última dimensão da síndrome de *burnout* – o insucesso profissional – abrange sentimentos como a desmotivação, culpabilização e a auto desvalorização, que provoca absentismo com ou sem justificação ao trabalho e um possível projeto para mudar de profissão. Em circunstâncias de elevada exaustão emocional e de despersonalização, associada à diminuição do desempenho profissional, Maslach (1998 cit in Rebelo, 2013), afirma que a perda de realização pessoal no trabalho torna-se como consequência a diminuição de sentimentos de competência e produtividade no trabalho. Assim, a sensação de impossibilidade de responder às dificuldades produz no indivíduo a sensação de falha e de mau estar.

2.4. DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS NA ÁREA DA SAÚDE

Na contemporaneidade, a profissão confronta-se com cada vez mais e maiores desafios que conduzem os profissionais a serem capazes de assumir posições mais visíveis perante órgãos organizacionais na pesquisa para a melhoria das condições de vida e da realidade dos cidadãos (Santos, 2017). Estes desafios remetem para aspetos deontológicos e éticos que devem ser ancorados nos seus objetivos, visando “a mudança social, a resolução de problemas nas

relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar” (Sousa, 2015, p.30).

As origens do Serviço Social fundamentam-se em ideais humanitários e democráticos e é uma profissão que desde o início se centra na satisfação das necessidades humanas e no desenvolvimento humano (ONU, 1999). A atual definição de serviço social aprovada em 2014 pela Federação Internacional de Assistentes Sociais (FIAS/IFSW) e pela Associação Internacional de Escolas de Serviço Social (IASSW) remete para amplificação da sua conceção como disciplina académica centrada no conhecimento científico, centrada em teorias das ciências sociais e humanas, das suas próprias teóricas e dos conhecimentos das populações indígenas como suportes fundamentais para a prática profissional (APSS, 2018). De acordo com Carvalho (2012), a saúde trata-se de um conceito que está em constante construção e é dinâmico, em que os Estados e as políticas têm influência na sua condição de acesso e promoção. Com isso, a melhor resposta para os desafios que a atualidade enfrenta como o aumento do envelhecimento demográfico, doenças crónicas e pandemias a nível global, remetem para que o Serviço Social se centre nas questões relacionada como a promoção da saúde.

2.4.1. DESAFIOS NA SAÚDE SÉCULO XXI

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma lista de desafios de saúde, urgentes e globais. O diretor da OMS, Tedros Ghebreyesus, afirmou que a saúde pública é uma escolha política e que é necessário compreender que a saúde é um investimento para o futuro. A lista de treze desafios foi desenvolvida com o apoio de vários especialistas, afirmando que estão todos interligados. Os desafios para a saúde lançados pela OMS são os seguintes: manter serviços de saúde limpos; destacar importância da saúde no debate sobre o clima; cuidados em locais de conflito e crises; tornar os cuidados de saúde mais justos; melhorar o acesso a medicamentos; combater doenças infecciosas; preparação contra epidemias; proteção de produtos perigosos; investir nos funcionários de saúde; manter os adolescentes seguros; ganhar a confiança das pessoas; uso de novas tecnologias; proteção de medicamentos (OMS, 2020).

Estes desafios reforçam a posição de Sakellarides que afirma que “é necessário investir mais recursos no SNS. Mas é igualmente importante transformar – descentralizar, integrar, inovar, democratizar – situar, sem excessos de retórica, as pessoas no centro de sistema de saúde. É preciso adotar um modelo de governação da saúde capaz de adotar estratégias de mudança centradas na gestão do conhecimento” (Sakellarides, 2020, p.140)

O ano de 2020 ficou marcado pelo aparecimento do vírus SARS-CoV-2, que originou a doença COVID-19, causando uma pandemia. Em Portugal, desde março de 2020, começou a ser observado o aumento de casos COVID-19 registados, resultando num agravamento da

pandemia da Portugal, o que a exigiu a implementação de medidas urgentes, incluindo o reforço financeiro, humano, material e logístico do Serviço Nacional de Saúde (Casquilho-Martins, 2022). A pandemia “trouxe um conjunto de implicações preocupantes ao nível individual e coletivo, conduzindo a uma situação sem precedentes no século XXI” (Monteiro, Cunha, Simões e Relva, 2021, p.198), sendo um desses desafios a resposta dos cuidados de saúde, especialmente em contexto hospitalar, que apresentaram “graves disfunções do sistema de saúde: recursos insuficientes, fragmentação (não integração e continuidade) dos cuidados, modelos de decisão centralizados e ausência de uma política para as profissões que atraia e motive os profissionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS)” (Campos et al., 2020, p.717). Também no âmbito dos Cuidados Paliativos, o aumento de doentes com COVID-19, levou a um modelo de gestão da pandemia que desviou os profissionais de saúde paliativos para outras áreas, registando-se mesmo antes da crise pandémica problemas de afetação de recursos humanos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2021 cit in Casquilho-Martins, 2022).

2.4.2. COVID-19: CONSEQUÊNCIAS DA CRISE PANDÉMICA

No contexto português, as transformações sociopolíticas fizeram com que fossem criadas novas questões para a agenda do Serviço Social, exigindo assim novas práticas de intervenção que correspondessem aos padrões de atuação aplicados a nível europeu. Com o aparecimento da COVID-19, o Serviço Social precisou de repensar uma forma de superar a descontinuidade de orientações políticas sociais. (Mendes, Cabral, Melo, 2021). As mudanças no funcionamento dos serviços de saúde durante a pandemia em todo o território português levaram a uma limitação da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. De acordo com Casquilho-Martins (2022), a resposta à COVID-19 relevou novas formas de prevenção de contágio como o confinamento voluntário ou obrigatório das famílias, que em diversos casos não salvaguardaram o funcionamento e a resposta dos doentes crónicos. Isto conduziu à interrupção e o adiamento dos cuidados domiciliários e paliativos que levou a graves consequências em termos de saúde e qualidade de vida do doente e das suas famílias (Conselho Nacional de Saúde, 2020 cit in Casquilho-Martins, 2022).

Os assistentes sociais devem assegurar o acesso dos cidadãos aos seus direitos, como segurança e bem-estar, como sendo uma das suas funções. A pandemia veio acentuar as desigualdades sociais e durante a crise pandémica “o serviço social enfrentou momentos desafiadores para atender às necessidades urgentes num cenário considerado incerto; em que a COVID-19 além de causar preocupações com a saúde física, ocasiona também um número de problemas psicológicos e mentais, inclusive no *stress*” (Mendes, Cabral, Melo, 2021, p.27). Não obstante, os assistentes sociais desempenharam um papel importante, apoiando as comunidades, especialmente as pessoas e grupos mais vulneráveis em risco, estando envolvidos desde o início como actores-chave no combate à falta de informação, à escassez de

recursos, ao isolamento social, e à ansiedade em doentes e famílias (Reigada, 2020 in Casquilho-Martins, 2022).

Outras consequências da pandemia são apontadas por Monteiro, Cunha, Simões e Relva (2021) que afirmam que a pandemia causou aos profissionais de saúde uma posição de exigências e desafios sem precedentes para estes profissionais, assim sendo, a pandemia trouxe fatores que podem levar a níveis de *stress* elevados e a conflitos nos profissionais de saúde. Referem ainda que estas consequências podem aparecer a nível psicossocial e da saúde mental destes profissionais, consequências estas provocadas pelos episódios vivenciados destes profissionais que estiveram na linha da frente no combate à pandemia. Para corroborar esta ideia, Mendes, Cabral e Melo (2021) referem que sendo os assistentes sociais profissionais que têm uma intervenção com base no relacionamento profissional com outras pessoas, continuam a ver-se implicados a solucionar problemas sociais, emocionais e físicos, que por os vivenciarem, podem despertar sentimentos prejudiciais ao seu bem-estar e qualidade de vida.

3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo apresenta-se a metodologia utilizada nesta investigação organizado por cinco pontos. A metodologia pode ser definida pelo conjunto “(...) dos processos e instruções de trabalho, dos procedimentos teóricos à implementação dos diagnósticos técnicos, a que recorrem os sociólogos para conhecer e dar a conhecer a realidade social (...)”. (Almeida, 1994, p.193).

Tendo em conta a natureza deste estudo e baseando-se no enquadramento teórico já elaborado, o presente capítulo irá fazer evidência à metodologia de investigação utilizada, como referido anteriormente. O desenho de pesquisa procurou seguir uma linha de resposta à pergunta de partida da investigação, visando apresentar um plano que mostra como o plano de investigação se cruzou com os dados que pretendemos utilizar como evidências (Silva, 2018). Deste modo, seguimos as orientações do desenho de pesquisa apresentado no projeto de investigação iniciando com o enquadramento do campo empírico da pesquisa, a apresentação a abordagem e método científico, bem como a definição da amostra e das técnicas de recolha e tratamento de dados. Por fim, apresentam-se as limitações da investigação.

3.1. CAMPO EMPÍRICO

O campo empírico deste trabalho de investigação refere-se ao Serviço Social na área da saúde durante a pandemia. Um estudo realizado sobre o Impacto da COVID-19, onde se analisou o papel da resiliência na depressão, ansiedade e no *burnout* em profissionais de saúde, concluiu que 52% dos profissionais de saúde apresentam sinais de exaustão física ou psicológica e *burnout* relacionado com o exercício da sua profissão durante a pandemia da COVID-19 (Duarte e Serrão, 2020). Estando os assistentes sociais enquadrados como elementos nas equipas multidisciplinares de saúde, considerou-se relevante que a recolha de dados empíricos pudesse dar visibilidade à realidade percecionada pelos assistentes sociais neste contexto. Assim, o objetivo geral desta dissertação foi analisar os fatores de *stress* e de *burnout* nos assistentes sociais da área da saúde durante a pandemia COVID-19, identificando os seus impactos na intervenção profissional e as boas práticas de gestão do *stress* adotadas. Considerando os objetivos desta investigação, o campo empírico desta investigação centrou-se na perceção dos assistentes sociais sobre o *stress* e *burnout* durante o período da pandemia causada pela COVID-19. Desta forma, esta investigação pretende compreender no quadro do atual contexto de pandemia, quais os fatores de *stress* e o *burnout* nos assistentes sociais que trabalham na área da saúde, nomeadamente no contexto da atual pandemia. Assim, procurou-se identificar que dificuldades, limitações ou contextos organizacionais conduzem a situações de *stress* e

burnout, mas também compreender que efeitos se espelham na prática profissional considerando a sua percepção e experiência profissional.

Durante o processo de desenho de pesquisa, a investigação precedeu de uma série de etapas que visaram estabelecer a realidade social concreta onde a investigação se iria operacionalizar. De acordo com Quivy (2005), uma pergunta de partida é o primeiro passo para acabar com o senso comum. Esta deve ser precisa, realista e compreensível, assim como deve ter qualidades essenciais como a clareza, a exequibilidade e a pertinência pois através da pergunta de partida consegue-se ficar com uma ideia clara acerca do objetivo a alcançar. Esta investigação teve como pergunta de partida, “Quais os fatores e impactos do *stress* e do *burnout* nos assistentes sociais da área da saúde no contexto da pandemia COVID-19?”, sendo este o primeiro passo que conduziu à definição dos objetivos da investigação. A intenção deste primeiro passo foi podermos entender em que dimensões se centraria a problemática do estudo, definindo-se que esta pretendia focar-se no *stress* e *burnout* que os Assistentes Sociais na área da saúde podem vir a desenvolver no contexto da sua prática profissional, tendo em conta a pandemia COVID-19.

Contudo, esta investigação não pretende responder apenas à questão de partida, pois daqui surgiram outras questões para as quais pretendíamos obter respostas, nomeadamente: Qual a percepção dos assistentes sociais sobre as situações de *stress* e de *burnout* na área da saúde? Quais as causas e fatores que influenciam o *stress* e o *burnout* nos assistentes sociais que exercem a profissão na área da saúde, nomeadamente no contexto atual de pandemia? Quais as consequências e impactos do *stress* e do *burnout* na prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde? E que estratégias ou mecanismos podem contribuir para a prevenção e gestão do *stress* e do *burnout* dos assistentes sociais na área da saúde? Deste modo, como objetivos específicos esta investigação propôs-se a: i) Caracterizar os fatores e causas do *stress* nos contextos laborais da área da saúde, nomeadamente do Serviço Social durante a pandemia; ii) Compreender a percepção dos assistentes sociais sobre o *stress* e o *burnout* nas práticas profissionais em contexto hospitalar; iii) Identificar os impactos do *stress* e do *burnout* na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde; iv) Sistematizar de estratégias para a prevenção e gestão do *stress* e do dos assistentes sociais na área da saúde. Estes objetivos foram elaborados em consonância com as questões levantadas anteriormente, de forma a se obter uma resposta em relação às mesmas.

3.2. MÉTODO CIENTÍFICO

A escolha do método científico é muito importante para confirmar e fazer com que os resultados venham a ser aceites pela comunidade científica. Como refere Rudio (1980, cit in Oliveira, 2011) para uma pesquisa ser científica exige um comportamento formal sistematizado, que utiliza

técnicas específicas e um método exclusivo. Para Gil (1946), o método científico é composto por um conjunto de procedimentos técnicos para produzir o conhecimento. Para tal, entendeu-se ser necessário a identificação dos procedimentos, através da determinação do método que contribua para a produção de conhecimentos válidos.

Este estudo é de natureza exploratória e descritiva pois, segundo o referido Gil (1946), as pesquisas exploratórias têm como objetivo principal esclarecer, aprofundar e modificar ideias ou conceitos, tendo em conta as hipóteses enumeradas para futuros estudos. Para Zikmund (2000, cit in Oliveira, 2011), os estudos de natureza exploratória são importantes para diagnosticar situações e descobrir novas ideias. Ou seja, mesmo já havendo conhecimentos por parte do investigador, a pesquisa exploratória é útil para gerar mais informações que consigam ser obtidas para a realização de futuras pesquisas. Ao referir que é um estudo de natureza descritiva, Gil (1946) diz que têm como objetivo a descrição das características de certo fenómeno. Na mesma linha de pensamento, Vergara (2000, in Oliveira, 2011), refere que a pesquisa descritiva exhibe características de uma determinada população ou fenómeno, definindo a sua natureza. Gil (1946) enuncia que as pesquisas descritivas e exploratórias são as que por norma são utilizadas pelos pesquisadores sociais “preocupados com a situação prática”. (Gil, 1946, p.42)

A abordagem qualitativa foi a mais apropriada para este estudo, pois segundo Ramos (2005), os métodos qualitativos beneficiam da colaboração entre o investigador e os participantes da investigação, visto que podem abarcar a perspetiva dos participantes sobre a realidade que está a ser estudada, sendo também sensível ao estudo dos processos que levam a certos resultados.

A metodologia qualitativa nas investigações é usada para explorar o comportamento, perspetivas e experiências das pessoas, destinada a compreender e tratar realidades sociais e também dada a dimensão do estudo. Como afirmam Bogdan e Biklen (1994, cit in Barbosa, 2012), a abordagem qualitativa pretende que os investigadores desenvolvam empatia no estudo com os participantes e que se esforcem para compreender os vários pontos de vista existentes, procurando perceber os vários pontos de vista dos sujeitos e como e com que critérios eles o julgam. Face ao campo empírico delimitado, a opção por um método que permitisse desenvolver uma metodologia direcionada para o aprofundamento da realidade em estudo, permitiu que houvesse uma aproximação às experiências dos assistentes sociais que trabalham na área da saúde, em particular, durante o atual período de pandemia.

3.3. UNIVERSO E AMOSTRA

Tradicionalmente, a amostra é uma parte do universo escolhido, que foi escolhida a partir do critério de representatividade (Vergara, 1997). O nosso universo desta investigação centra-se nos assistentes sociais que exerceram a sua atividade profissional na área da saúde durante o

período de crise pandémica. Não sendo possível identificar o universo deste estudo, considerando que não temos informação sobre o total de assistentes sociais a exercer funções na área da saúde, a amostra deste estudo é uma amostra por convivência não-probabilística, não representativa. Sendo um estudo de natureza qualitativa, a amostra procurou identificar atores privilegiados que fornecessem informação detalhada sobre a problemática, não sendo intenção desta investigação proceder a inferências ou generalizações. A amostragem não probabilística, segundo Mattar (1996, cit in Oliveira, 2001), é aquela em que a seleção dos elementos que irão compor a amostra depende em parte da intenção de pesquisa do investigador.

Assim, procedemos à seleção de assistentes sociais que cumprissem com os critérios previamente definidos no projeto, designadamente que: i) exercessem a sua atividade profissional em contexto de estabelecimentos de saúde; ii) que tivessem estado a exercer a atividade profissional durante o período de pandemia entre 2020 e 2021. Foi também critério intencional que os entrevistados pudessem apresentar uma experiência profissional diversificada na área da saúde, em particular em unidades hospitalares, cuidados de saúde primários, saúde mental e também em cuidados continuados, bem como entrevistar profissionais de diferentes áreas geográficas do país.

Num total de catorze (14) participantes que acederam participar neste estudo, procedemos neste ponto à caracterização da amostra. A caracterização dos participantes desta investigação teve como variáveis: o sexo, a idade, o ano de conclusão da licenciatura, o número de anos de experiência profissional em contexto de saúde, qual o seu contexto de trabalho e a região do país onde exerciam a sua atividade profissional, classificando-se o nível de incidência da COVID-19 nessas regiões. Na tabela 1 apresentamos uma síntese da caracterização da amostra. Na tabela apresentada optámos por não associar a idade e o ano de conclusão do curso dos entrevistados, bem como o concelho onde exercem a atividade profissional, para não comprometer o anonimato das fontes, sendo as regiões que abrangem a amostra a Área Metropolitana de Lisboa, a região Centro e a Região Autónoma dos Açores. Quanto à codificação dos participantes entrevistados, foi realizada aleatoriamente, sem critérios específicos necessários dado que não influencia o tratamento de dados.

A amostra do estudo foi composta maioritariamente por assistentes sociais do sexo feminino, sendo apenas um participante do sexo masculino. Quanto à média de idades dos participantes situa-se nos 37 anos, compreendidas entre os 24 e os 64 anos. Com referência à conclusão da formação em Serviço Social, designadamente da licenciatura em Serviço Social, que habilita ao título profissional de assistente social, a data de término de conclusão da licenciatura situa-se entre os anos de 1974 e 2019, variando os anos de experiência profissional na área da saúde entre os 2 e 42 anos, com uma média de cerca de 13 anos de experiência profissional na área da saúde relativamente ao total de participantes. Maioritariamente, os participantes da nossa

amostra exercem a sua atividade profissional em contexto hospitalar (8), nos cuidados de saúde primários (3), em cuidados continuados (2) e na da saúde mental (1). Embora se registe esta amplitude e heterogeneidade na amostra, todos os entrevistados cumpriram os requisitos dos critérios da amostra anteriormente referidos.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Código do Entrevistado	Sexo	Anos experiência profissional na área da saúde	Contexto de trabalho profissional	Nível de incidência COVID-19 na região
AS1	FEM	2	Centro hospitalar - deslocações	Baixo
AS2	FEM	12	Centro hospitalar – cuidados continuados e paliativos	Médio
AS3	FEM	5	Cuidados continuados	Baixo
AS4	FEM	5	Centro hospitalar -Cuidados continuados	Baixo
AS5	FEM	6	Cuidados continuados	Baixo
AS6	FEM	20	Cuidados de saúde primários	Baixo
AS7	MAS	5	Saúde mental	Baixo
AS8	FEM	25	Centro hospitalar - medicina	Médio
AS9	FEM	30	Centro hospitalar - geral	Médio
AS10	FEM	2	Centro hospitalar - internamento e consultas	Alto
AS11	FEM	14	Centro hospitalar-cardiologia, pediatria	Alto
AS12	FEM	25	Agrupamento de cuidados de saúde primários	Alto
AS13	FEM	18	Cuidados de saúde primários	Alto
AS14	FEM	8	Centro Hospitalar-insuficiência cardíaca, urgência, medicina, cuidados intensivos	Alto

Fonte: elaboração própria

Por fim, um dado importante que foi levantado foi o concelho onde o profissional exerce a sua atividade profissional, tendo sido escolhidos profissionais das seguintes áreas geográficas: i) Região Autónoma dos Açores, que registou numa primeira fase da pandemia uma baixa intensidade de casos de COVID-19; ii) Região Centro, que registou numa primeira fase da pandemia uma média intensidade de casos de COVID-19; e iii) Área Metropolitana de Lisboa,

que registou numa primeira fase da pandemia uma alta intensidade de casos de COVID-19. Esta escolha foi intencional, pois pretendia-se que os assistentes sociais entrevistados pudessem representar diferentes zonas do país em que tivesse ocorrido uma diferente incidência de casos positivos à COVID-19. O maior número de profissionais entrevistados exerce a sua atividade profissional na zona de menor incidência (6), seguindo-se dos entrevistados na zona de maior incidência (5) e, por fim, os entrevistados na zona de média incidência (3).

3.4. TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Tendo em conta que o principal objetivo da investigação é analisar os fatores de *stress* e de *burnout* nos assistentes sociais da área da saúde durante a pandemia COVID-19, identificando os seus impactos na intervenção profissional e as boas práticas de gestão do *stress* adotadas, a técnica de recolha de dados principal foi a entrevista semiestruturada e a técnica de tratamento de dados a análise de conteúdo categorial.

3.4.1. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A entrevista é uma técnica que permite o processo de recolha de informação com o objetivo de conhecer as opiniões dos entrevistados sobre aquilo que interessa ao investigador descobrir. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2005, cit in Barbosa, 2012) as entrevistas semiestruturadas devem ter um guião de orientação pré-estabelecido pelo qual o entrevistador se vai orientando de forma a obter as respostas sem perder o fio condutor. Minayo (2010, cit in Batista, Matos e Nascimento, 2017) diz ainda que a entrevista semiestruturada “combina perguntas fechadas e abertas”, uma vez que neste “tipo de entrevista o entrevistado tem liberdade para se posicionar favorável ou não sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada” (Batista, Matos e Nascimento, 2017, p.8).

Quivy e Campenhoudt (1998), definem entrevista semiestruturada, ou semi-diretiva/semi-dirigida como não sendo “a mais utilizada em investigação social” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.192), em que o investigador tem perguntas-guia, de forma que o entrevistado fale de forma aberta, cabendo ao investigador orientar a entrevista para os objetivos de investigação e ajustar as perguntas às quais o entrevistado necessita de suporte para não se afastar desses objetivos, de forma tão natural quanto possível. Como afirma Gil (2008, cit in Batista, Matos e Nascimento, 2017) devido à flexibilidade da entrevista, esta pode ser uma técnica de investigação fundamental em vários campos e aplicada a profissionais que lidam com problemas humanos, como os assistentes sociais. Esta técnica é utilizada, não apenas para recolha de dados, mas também perante os seus objetivos direcionados para diagnosticar e orientar. Segundo Flick (2002) e Haguette (1997) (cit in Batista, Matos e Nascimento, 2017), a entrevista pode ser caracterizada

“como uma forma de interação social, uma forma de diálogo assimétrico, onde o pesquisador busca coletar os dados e o pesquisador se apresenta como fonte de informações” (Batista, Matos e Nascimento, 2017, p.6). Desta forma, consideramos que face aos objetivos de investigação este tipo de entrevistas permitira recolher dados que permitissem alcançá-los, dando informação rica e pertinente e que contribuisse para a resposta à questão de partida.

Conforme referido, foram realizadas 14 entrevistas a assistentes sociais que exercem atividade profissional na área da saúde, como em centros hospitalares, cuidados continuados, saúde mental e cuidados de saúde primários, tendo estas decorrido entre maio e junho de 2021. Segundo Belei (et al., 2008, cit in Batista, Matos e Nascimento, 2017) a entrevista individual é a melhor escolha para as investigações que abordam assuntos sensíveis, assuntos que costumam caso fossem tratados em situações de grupo, sendo assim apropriada às “características ou condições do entrevistado, pois oferece mais flexibilidade para o agendamento de horário e de local de realização” (Batista, Matos e Nascimento, 2017, p.10).

Considerando o atual contexto pandémica e a necessidade destes profissionais adotarem medidas de proteção individual reforçadas, todas as entrevistas foram realizadas por contacto telefónico ou por videochamada. Esta oportunidade de recorrer à comunicação a distância serviu para proteção dos entrevistados e da investigadora. Outra vantagem foi ter permitido à investigadora contactar profissionais de diversas regiões do país, pois durante o período em que se realizou o estudo estava a exercer a sua atividade profissional na Região Autónoma dos Açores.

As entrevistas tiveram uma duração média de 45 minutos, tendo a mais longa durado cerca de 90 minutos e a mais curta 25 minutos. Os entrevistados responderam àquilo que lhes ia sendo solicitado e não houve registo de interrupções ou desistência de participação durante a entrevista. Além do preenchimento da ficha de consentimento informado (anexo 2), antes de começarem as entrevistas, foi pedida a autorização aos assistentes sociais participantes do estudo para gravar a entrevista. Todas as questões relevantes para o estudo foram novamente esclarecidas, estando atenta aos princípios de ética e à confidencialidade que um estudo científico se sujeita. Nenhum dos entrevistados se opôs ao recurso da gravação.

Este tipo de entrevista teve um resultado positivo pois permitiu ao entrevistado a possibilidade de responder de forma espontânea e com alguma liberdade, sendo também feitas intervenções por parte da investigadora, sempre que achava necessário para esclarecer alguma dúvida ou pedir para desenvolver a resposta. Para manter a confidencialidade do discurso, apenas se transcreveram alguns excertos das entrevistas, isto é, unidades de análise, embora todo o registo da informação esteja compilado por escrito no material de pesquisa da investigadora, conforme explicado no ponto seguinte.

3.4.2. PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO DE DADOS

Para o tratamento de dados, após a realização das entrevistas, estas foram transcritas, na íntegra, de forma que permitissem criar um conteúdo detalhado para, subsequentemente, obter conhecimento e compreensão das experiências profissionais que os entrevistados descreveram. O tratamento de dados suportou-se na técnica de análise de conteúdo categorial, uma vez que esta investigação tem carácter exploratório e descritivo suportado por categorias e subcategorias de análise, não privilegiando a análise de expressões linguísticas, dado que não era requisito para a obtenção dos resultados.

A análise de conteúdo pode consistir, segundo as palavras de Bardin (1977), em “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados (Bardin, 1977, p.13). O mesmo refere Chizzotti (2006, cit in Mozzato e Grzybovski, 2011) ao afirmar que o objetivo da análise de conteúdo é perceber, de forma crítica, “o sentido das comunicações”, o que significa compreender as suas expressões e todo o conteúdo expressado pelo indivíduo.

Bardin (1977) afirma que a análise de conteúdo possui duas funções: uma função heurística – que se refere aquando da análise de conteúdo serve para enriquecer a descoberta, uma análise para “ver no que dá” e a função de “administração da prova” – que se traduz em hipóteses em forma de perguntas, para virem a verificar algo, análise esta “para servir de prova” (Bardin, 1977, p.36). Neste caso, considerou-se que se por um lado a análise permitiu tratar um abrangente leque de conteúdos recolhidos através do discurso dos entrevistados, também permitiu sustentar os resultados obtidos no quadro da problemática de investigação.

Nas palavras de Quivy e e Campenhoudt (1998) a análise de conteúdo recai sobre mensagens variadas de obras literárias, artigos de jornais, documentos oficiais, programas de televisão, declarações políticas, atas de reuniões ou relatórios de entrevistas pouco diretivas. A seleção dos termos usados pelo entrevistador, a sua frequência e o seu modo de organização, a construção do discurso, assim como o seu desenvolvimento são as origens de informações a partir das quais o investigador tenta construir o conhecimento. Neste caso, a análise de conteúdo incidu sobre o conteúdo recolhido das entrevistas aos assistentes sociais, organizando as unidades de análise de forma a dar corpo e conteúdo às categorias e subcategorias. Na mesma linha de pensamento, Bardin (1977) afirma que na atualidade a análise de conteúdo trata-se de uma técnica aplicada a “discursos” e que pretende interpretar os dados, tendo como finalidade a “inferência de conhecimentos.” (Bardin, 1977, p.29). Aqui não havendo uma inferência pela impossibilidade de generalização pela reduzida amostra, há, no entanto, um procedimento científico que confere fiabilidade do tratamento de dados realizado.

Assim, a análise começou com a transcrição completa das entrevistas realizadas. Com esta transcrição foi possível uma maior compreensão das experiências de cada profissional. Nesta

primeira análise foram identificadas as principais categorias de análise que estavam incluídas na grelha de análise previamente elaborada, sendo nesta fase possível identificar subcategorias que à partida não tinham sido definidas na totalidade para não condicionar a análise das respostas. Estas categorias foram construídas de acordo com os nossos objetivos iniciais e as subcategorias acrescentadas, de forma que as informações recolhidas nas entrevistas se agrupassem coerentemente. Assim, foi construída nova grelha de análise (anexo 3) para que os dados recolhidos das entrevistas, pudessem ser devidamente categorizados e organizados.

Após este processo, passou-se ao momento em que os dados recolhidos irão ser analisados com mais profundidade, com o objetivo de se sistematizar e apresentar resultados de forma tratada e não em bruto. Para cumprir com este procedimento todas as entrevistas foram codificadas e com base na grelha de análise foram selecionados trechos do texto transcrito que corresponderam às unidades de análise. Posteriormente procedeu-se à comparação dos resultados tratados de forma a se poder sistematizar e discutir os dados.

Embora esta pesquisa não seja de carácter interpretativo, a análise de natureza exploratória e descritiva, não limita que o procedimento de tratamento de dados permitisse que fosse realizada a interpretação dos resultados à luz das categorias de análise pré-estabelecidas. Considerando que nem todas as respostas foram no mesmo sentido, assinalaram-se algumas diferenças no sentido de resposta dos entrevistados, que foram contabilizadas quanto à sua frequência. A quantificação das respostas não foi um dos requisitos estabelecidos para os procedimentos de análise, pelo que não se assume uma abordagem quantitativa no tratamento de dados.

3.5. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Foram encontradas algumas limitações no decorrer da realização desta investigação, começando por referir a parte da seleção da amostra. Inicialmente estaria prevista a realização de um maior número de entrevistas. Porém houve ausência de resposta por parte de profissionais contactados, mais concretamente quatro profissionais, o que acabou por se refletir num atraso do prazo estabelecido para terminar as entrevistas, bem como na desistência de entrevistar esses profissionais.

O facto de o guião de entrevista ter dezanove perguntas abertas fez com que os entrevistados mostrassem algum cansaço no fim das entrevistas, pois em muitas das questões, havia alguma informação a responder já mencionada anteriormente, o que reforçou o cansaço sentido pelos participantes. Com base nesta experiência de investigação, no futuro seria recomendável que o número de questões fosse reduzido, ou que se procedesse a uma melhor gestão do guião de entrevista para evitar colocar perguntas às quais já tinha sido dada resposta. Por outro lado,

considera-se que as questões apresentadas foram muito importantes para conseguir obter dados de forma a responder a todos os objetivos do estudo.

Uma vez que todas as entrevistas realizadas foram transcritas pela investigadora, notou-se que foi um processo moroso e que exigiu muita concentração e atenção aos detalhes, levando mais tempo do que o esperado inicialmente para terminar esta tarefa. Também aqui poderia ter sido vantajoso caso se tivesse recorrido a um programa informático de suporte à transcrição e análise de conteúdo. No entanto, esta opção implicaria um elevado custo financeiro que não poderia ser suportado pela investigadora.

4. APRESENTAÇÃO, SISTEMATIZAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise e a interpretação dos dados recolhidos. A apresentação da análise dos resultados obtidos foi organizada por diferentes pontos, em que se incluem trechos do discurso dos entrevistados que foram considerados pertinentes para ilustrar a apresentação dos resultados. Os pontos deste capítulo foram estruturados de forma a facilitar a leitura dos resultados face aos objetivos da investigação, começando com a caracterização mais detalhada dos profissionais no seu contexto de trabalho. De seguida apresentam-se os impactos da pandemia na atividade profissional, os fatores e causas de *stress* e *burnout*, as suas consequências e, por fim, as estratégias de prevenção e gestão do *stress*.

4.1. CARATERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste ponto apresenta-se a caracterização socioprofissional dos assistentes sociais participantes no estudo. Nesta dimensão de análise contempla-se mais do que os dados de caracterização sociodemográfica, incluídos na definição da amostra que teve lugar no capítulo anterior, efetuando-se neste ponto uma discussão dos resultados no contexto das entrevistas realizadas.

Atendendo à diferença de idade dos entrevistados, entre os 24 anos e os 64, podemos identificar que neste intervalo se encontram cinco assistentes sociais com idades compreendidas entre os 24 e os 29 anos de idade, que designamos por jovens-adultas. Assim, este grupo etário mais jovem além de ter menos anos de experiência profissional em contexto de saúde, também são aquelas cuja formação é mais recente, ou seja, em planos de estudo já no modelo de Bolonha que correspondem a três anos de formação. Por outro lado, as assistentes sociais com mais idade e cujos anos de formação são superiores referem-se a assistentes sociais que trabalham há mais anos na área da saúde e com planos de formação mais extensos. Destaca-se que a maioria dos entrevistados (8), declara ter mais de 10 anos de experiência na área da saúde.

Os assistentes sociais entrevistados com mais anos de experiência profissional na área da saúde exercem a sua atividade nos cuidados de saúde primários. No contexto hospitalar é onde se registou a maior diferença de anos de experiência profissional, em que se incluem entrevistadas com a maior e menor idade. Uma vez que a pandemia teve diferentes níveis de impactos nas diferentes regiões do país, também neste domínio podemos verificar que a média de idades é superior na região de média incidência da COVID-19, sendo de aproximadamente 22 anos de experiência profissional na área da saúde, sendo menor na região de baixa incidência com um valor médio de aproximadamente 7 anos de experiência profissional. Na região de alta incidência a média é de aproximadamente 13 anos de experiência profissional, sendo neste grupo maior a amplitude entre a diferença de anos.

4.1.1. FUNÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS ASSISTENTES SOCIAIS DURANTE A PANDEMIA

Quanto às principais funções profissionais registou-se uma heterogeneidade de respostas, o que seria expectável considerando que se abrangeu diferentes contextos profissionais específicos na área da saúde. Para sintetizar os resultados apresentamos na tabela 2 as respostas agrupadas por contextos de intervenção.

Tabela 2 – Principais funções desempenhadas pelos assistentes sociais durante a pandemia

	Principais funções durante a pandemia
Cuidados de Saúde Primários	<ul style="list-style-type: none"> -Trabalho com equipas multidisciplinares -Concentração na prevenção e vacinação (COVID-19) -Articulação com outras áreas no controlo pandémico (e.g. aeroporto) -Diagnostico social e elaboração plano intervenção -Advocacia social
Contexto Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico e avaliação social - Planeamento de internamentos e altas - Ligação e facilitação da comunicação entre médicos e utente/família - Triagem de utentes - Articulação em rede - Apoio aos utentes e famílias
Cuidados Continuados	<ul style="list-style-type: none"> -Acompanhamento psicossocial - Avaliação de necessidades e dificuldades dos doentes - Apoiar os doentes na sua adaptação - Informar direitos e deveres
Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Advocacia social - Atendimento social - Garantir acesso a bens e serviços - Intervenção social

Fonte: elaboração própria

Com base nos testemunhos recolhidos, é possível observar que as funções dos assistentes sociais durante a pandemia não se afastaram daquelas que já eram parte da sua intervenção profissional e que se encontram elencadas no capítulo 2. No entanto, existiram condicionantes que resultaram num maior volume de trabalho e numa pressão para dar resposta a situações de emergência durante a crise pandémica.

Quanto às competências dos assistentes sociais foi referido pelos entrevistados que a empatia, a resiliência e a definição de prioridades são essenciais para conseguir intervir e exercer a profissão durante o período de pandemia e a capacidade em prestar apoio emocional. A

necessidade de disponibilidade para os utentes e famílias foi também apontada como uma competência necessária, mesmo num contexto incerto e em que tudo é solicitado com urgência.

“Ser sempre presente, estar sempre disponível, atribuir aqui à família o tempo que ela também necessita, (...) a nível do próprio acompanhamento do processo do utente e o papel do assistente social aqui de muitas vezes fazer uma ponte entre aquilo que se passa com a família e como já repeti anteriormente, é garantir que no domicílio tenham as condições para regressar.” (AS3)

“A pessoa tem de ser dedicada aos doentes, tem de ser capaz de se meter na pele do outro, porque são situações de saúde. Ninguém vai a um hospital porque quer. Temos de ser capazes de os apoiar, como quem diz saber ouvir, saber compreender, saber avaliar também as condições que os doentes apresentam, para tentarmos arranjar uma solução adequada a eles. (AS4)”

Também as próprias questões deontológicas da profissão remetem para uma preparação destes profissionais para intervir em períodos de crise, designadamente no respeito pelos direitos humanos. A centralidade da promoção e salvaguarda dos direitos dos utentes e famílias foi um dos pontos que os entrevistados referiram como associado às suas funções, mas também como uma das competências que integra e tem um papel relevante na atuação dos assistentes sociais na área da saúde.

“Nas competências eu acho que tens de ser muito resiliente, tens que saber dar prioridades no teu trabalho, a parte da relação empática... na parte das funções, são aquelas funções inerentes ao serviço social, a parte do atendimento, da advocacia social, aqui também se entra no eixo dos direitos humanos, porque quem trabalha na área da saúde tem de se guiar, obrigatoriamente, pelos direitos humanos” (AS7)

“Na área da saúde, é essencialmente intervirmos nas dimensões psicossociais da doença e temos aqui um instrumento fundamental na área hospitalar que é estarmos presentes em todo o plano de alta, de cuidados, para que possamos assegurar a alta em segurança. Tenhamos também aqui presente a garantia e o acesso aos cuidados sociais, é fundamental em contexto de saúde (...) há direitos que têm que ser acionados e aqui o assistente social é uma figura fundamental. (...) Depois tem aqui também impactos importantes organizacionais, para além da pessoa, o objetivo aqui é que assegurarmos a segurança do retorno da pessoa à comunidade e também assegurarmos aqui as garantias e os direitos sociais das pessoas em cuidados de saúde. Penso que são aqui duas dimensões, podia falar aqui de muitas competências, de acompanhamento, mas penso que se resume a essas duas grandes, que é assegurarmos a alta em segurança e em qualidade de bem-estar e também assegurarmos aqui a equidade garantias sociais que as pessoas têm de ter acesso a elas. Ainda há muito desconhecimento dos direitos sociais na saúde.” (AS11)

“(...) perceber muito bem a ética e deontologia do Serviço Social, flexibilidade, bom senso, persistência, dinamismo. Trabalho em equipa, saber trabalhar em equipa, estudar muito...nas competências tem de pôr também a empatia.” (AS12)

Em síntese, os assistentes sociais entrevistados identificaram as seguintes competências profissionais como essenciais à intervenção na área da saúde: sigilo profissional, dedicação, empatia, escuta ativa, espírito de equipa, paciência, humildade, resiliência/estabilidade emocional, assertividade, sentido crítico, dinamismo/comunicação e humanismo. Também se verifica pelos testemunhos dos entrevistados que é fundamental que os profissionais conheçam as suas funções profissionais, as bases dos cuidados saúde e a intervenção profissional no contexto em que estão inseridos, aliado à capacidade de trabalho em equipa, nomeadamente equipas multidisciplinares e numa perspetiva de proximidade com os cidadãos.

“A nossa filosofia, é o trabalho em equipa multidisciplinar e a proximidade com as equipas e com os cidadãos e por isso nós preferimos fazer este esforço de andar de um lado para o outro, preferimos privilegiar o trabalho em equipa e a proximidade com o cidadão e vamos nós, fazemos este esforço. Nós só concebemos esta intervenção em cuidados de saúde primários quando o plano de intervenção para o utente for biopsicossocial.” (AS12)

É ainda de destacar a relevância que é dada à formação especializada como forma de melhor responder às necessidades e especificidades da intervenção na área da saúde tanto na preparação para o exercício da profissão, ou seja, durante a licenciatura, como através de formação contínua e ao longo da vida que permita melhorar as competências profissionais. Neste sentido, a especialização na área da saúde é apontada como uma forma de potencializar as competências adquiridas e desenvolvidas através da formação em licenciatura em Serviço Social, sendo uma mais-valia à qualidade do serviço prestado.

“Aprendizagem continua no que toca à saúde, pois neste contexto estamos sempre a aprender e as coisas estão sempre a mudar.” (AS5)

“Outra das competências que eu acho que é fundamental e que agora vem a propósito, é o conhecimento específico da saúde, dos problemas na saúde e do impacto que isto tem na vida das pessoas. Isto é uma competência específica que nós vamos ganhando ao longo do tempo de experiência, que eu penso que já podia vir da academia, nomeadamente das especializações na área da saúde.” (AS12).

“Em termos das competências diria que tem de haver um conhecimento geral daquilo que é a essência dos cuidados de saúde, e ajustarmos inclusivamente aquilo que são as nossas prioridades em saúde àquilo que são as nossas prioridades em intervenção e isso inclui o planeamento, a capacidade de organização, capacidade de trabalho em equipa porque o

diagnóstico é multidisciplinar, há uma serie de skills que são necessárias para quem trabalha nesta área” (AS13).

“É claro que nem sempre temos disponibilidade familiar, financeira, do próprio serviço, e às vezes há situações que dificultam nessas possibilidades, mas eu atrevo-me a dizer que é crucial, que as formações são imprescindíveis para o desenvolvimento das nossas práticas profissionais.” (AS14)

Destaca-se desta análise, a relevância da profissão como um elo de ligação entre família, utentes e médicos/equipa de enfermagem, o trabalho com equipas multidisciplinares e a articulação em rede. Aqui se salienta a proximidade aos utentes e a forma holística como os profissionais desenham a sua intervenção. Também foi mencionado que é necessária uma aprendizagem contínua de forma a responder aos desafios diários com que os profissionais se deparam associado a problemáticas de intervenção geradoras de *stress* como a pressão acrescida com altas hospitalares como iremos apresentar mais à frente.

4.1.2. CARATERIZAÇÃO DO ESPAÇO E CLIMA ORGANIZACIONAL

De forma a conseguir fazer uma caracterização do espaço e clima organizacional dos locais de trabalho dos entrevistados, no que se refere às condições de trabalho, a maioria dos entrevistados respondeu que tinha boas condições das instalações de trabalho. Independente do nível de incidência pandémico, salienta-se que dois dos entrevistados referiram que estavam inseridos em instalações recentes, enquanto outros referiram que as condições podiam ser melhoradas.

No que se refere às melhorias necessárias, uma das principais críticas apontadas é a falta de espaços adequados para a realização de atendimentos e que limitam que o Serviço Social possa ter espaço em que as equipas possam trabalhar em modelos mais colaborativos e acolhedores dos utentes e famílias.

“Estamos num hospital novo (...) mas deviam apostar em mais espaço para o serviço social. Faltam-nos recursos materiais, e por recursos materiais falo em termos mais gabinetes de atendimento. Nós temos apenas um gabinete de atendimento. Quando fazemos os atendimentos sociais, sendo uma equipa de assistentes sociais, às vezes isso atrasa o nosso trabalho.” (AS1)

“Nós temos a boas condições. não nos falta nada para trabalhar, o que falta é mais espaço para ter outras colegas” (AS4)

“Em relação às condições de trabalho eu gostava muito de ter um gabinete dentro do serviço e não tenho para poder estar mais perto da equipa, mas não podemos. Portanto, geograficamente eu estou alguns pisos acima do piso onde desempenho funções e, portanto, é um pouco complicado andar para cima e para baixo” (AS14)

Atendendo ao contexto pandémico, nos próprios locais de trabalho verificou-se que houve uma alteração nos procedimentos de forma a promover uma maior proteção e segurança quer para os profissionais, quer para os utentes. Daqui surgem alguns exemplos dessas alterações:

“A alteração de circuitos, a parte de higienização, a parte de trocar o fardamento, eu por exemplo usava farda nesta altura, despia-me numa sala, foi muito rígido... Agora não, mas por exemplo há coisas que nem levavas de casa, por exemplo o que eram lancheiras ou outras coisas eu deixei. Até houve uma altura em que fazíamos as refeições aqui, eram refeições dadas, não se trazia nada de casa, mas a instituição é que cobriu estes custos” (AS7)

“A nível do serviço social hospitalar, o principal efeito da pandemia registou-se ao nível da relação profissional que deixou de ser presencial e passou a ser efetuada através do telefone e eletronicamente.” (AS9)

“Desde o início houve a preocupação da entidade, até mais do serviço clínico onde eu estou adstrita de fornecer equipamentos, de fornecer fardas no sentido de não comprometermos a nossa roupa pessoal e dar todo o equipamento para que nós estejamos protegidos, mas havia sempre o receio de o trazer para casa.” (AS11)

Quanto ao grau de autonomia para a tomada de decisão, todos os entrevistados referiram que tinham autonomia para tomar decisões relacionadas diretamente com a intervenção no domínio do Serviço Social, embora a maioria tenha referido que tinham um superior hierárquico a quem têm de prestar informação sobre as ações desenvolvidas e que os orienta, quando necessário, sobre questões de trabalho.

“No primeiro ano foi um ano de aprendizagem, não tive logo autonomia para trabalhar sozinha, como é óbvio. Neste momento sou totalmente autónoma e temos sempre apoio da nossa coordenadora que está sempre por trás das situações e que nos orienta e ajuda naquilo que for necessário. (AS4)

“A autoridade aqui dentro serve para melhorarmos a nossa forma de trabalhar, para os objetivos serem alcançados. Considero-me bastante autónoma, temos uma mesa administrativa à qual temos de reportar o nosso trabalho, mas enquanto assistente social posso considerar-me autónoma” (AS5)

“Em termos do grau de autonomia acho que há dois níveis de autonomia. Uma coisa é a autonomia para gerir a nossa prática do dia a dia, e esta autonomia existe. E depois existe uma autonomia supervisionada e controlada da forma como depois nós direcionamos a nossa prática, ou seja, a nível geral de organização de atividade. A autonomia é muito relativa.” (AS13)

“Tenho total autonomia para as minhas práticas profissionais, apenas tenho de ter os meus registos em dia. Em relação à minha hierarquia dentro do serviço social também não existe

pressão, sinto que tenho de alguma forma, que me dão máxima liberdade, máxima responsabilidade” (AS14)

Uma das entrevistadas referiu que foi da sua competência iniciativa, associado às funções que desempenha, elaborar um guia de orientações para a intervenção conjuntamente com colegas de outras áreas disciplinares. Considerando a relevância do papel do Serviço Social na resposta em situação de crise, destaca-se como um dos contributos diferenciadores em contexto de crise pandémica no quadro das organizações em que os profissionais se inserem a elaboração de documentos orientadores da ação, conforme referido por uma entrevistada.

“No início da pandemia, nestes meses que estava a falar, trabalhou-se um documento interno (...) um guia para intervenção psicossocial da crise. Dentro desse guia nós colocámos orientações técnicas para intervenção em crise e fizemos uma lista de todos os recursos da comunidade que tinham sido criados para combate à pandemia. Nós aqui abrangemos dois concelhos (...) e por isso tínhamos serviços diferentes. (...) De facto, houve resposta diferentes criadas em ambos os concelhos. Nós listámos tudo isso e esse guia, era um guia de recursos/respostas de emergência/prioritárias que foi divulgado a todos os profissionais (...) para fazerem face a esta nova realidade e estarem preparados para dar uma resposta uniforme e padronizada a estas situações. Deste guia faziam parte também fluxogramas internos, foram criados novos serviços (...)” (AS12)

Já no que se refere à relação entre pares, a grande maioria dos profissionais entrevistados referiu que tem uma boa relação com os seus colegas, assim como referiram que têm uma equipa unida. Contudo, houve também profissionais que referiram que já sentiram conflitos entre colegas de equipa, apesar deste número ser reduzido em comparação com o total da amostra. Estes conflitos são relatados relativamente a situações de discordância com outros profissionais de saúde, embora as relações interdisciplinares sejam classificadas como boas.

“Muitas vezes existem conflitos entre as classes profissionais principalmente entre a nossa intervenção social e a parte da intervenção da equipa de enfermagem. Eles também têm uma relação muito mais próxima com o doente na prestação direta de cuidados e muitas vezes existe um certo conflito quando há uma certa imposição por parte da equipa de enfermagem na opinião que têm sobre a intervenção que deve ser feita, sobre o apoio que o doente deve ter em casa (...) isso muitas vezes gera algum conflito porque muitas vezes nós combinamos alguma coisa com a família e o enfermeiro acha que não é o mais adequado. Obviamente que a opinião deles é muito importante, porque eles sabem melhor do que nós os cuidados que o doente necessita, mas às vezes vai mais para além disso (...) e isso gera de facto algum conflito, mas também existe entre os enfermeiros e os médicos e entre os médicos e os assistentes sociais. (...) mas o importante é enquanto equipa e enquanto serviço tentarmos adaptar a forma de trabalho de cada serviço.” (AS10)

“O único elemento do serviço social estar a explicar a equipas medicas que por si só são equipas com uma grande hierarquia; às vezes hierarquias muito vincadas, às vezes em reuniões com alguma tensão e de alguma forma explicar que não, que aquele utente ainda esta ali e que ainda vai continuar”. (AS14)

Outro aspeto referido quanto ao contexto socioprofissional, foi a necessidade do aumento da remuneração dos assistentes sociais e da necessidade de reforçar as equipas com mais recursos humanos. Quanto ao reconhecimento do trabalho desempenhado, a maioria refere que a qualidade do seu trabalho é reconhecida internamente, embora também sejam apontadas limitações naquele que é efetivamente o reconhecimento social da profissão.

“A parte do respeito que têm pela minha área é excelente, as chefias reconhecem e a própria instituição reconhece o meu trabalho enquanto assistente social e reconhecem também as minhas qualidades enquanto pessoa e também reconhecem que existe um grande trabalho feito” (AS7)

“A nível de reconhecimento profissional acho que não há o reconhecimento do nosso trabalho em cuidados de saúde primários, há muito a ideia de que esse trabalho pode ser desenvolvido por qualquer técnico da comunidade, a minha leitura pessoal. A nível interno existe esse reconhecimento, mas não há evidencia científica sobre o nosso trabalho e os ganhos em saúde para os utentes intervêm nos determinantes sociais da saúde.” (AS12)

Por fim, registou-se que apenas quatro entrevistados referiram que não sentiam que a sua profissão era reconhecida, nomeadamente os assistentes sociais inseridos nos concelhos de alto nível de incidência pandémica.

4.2. IMPACTOS DA PANDEMIA NA ATIVIDADE PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

A crise pandémica veio provocar uma alteração das dinâmicas nos serviços de saúde, afetando os modelos de funcionamento e a atividade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos assistentes sociais. De acordo com os dados recolhidos através das entrevistas foi possível sistematizar alguns dos principais impactos quer nos serviços de saúde, quer nas respostas e acesso a cuidados de saúde. Compreenderam-se também quais as principais orientações políticas e institucionais e as implicações dessas orientações no exercício profissional dos assistentes sociais.

4.2.1. CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como vimos anteriormente, a pandemia teve várias consequências na prática dos assistentes sociais e na prestação de serviços (Cardoso, Vilar, Casquilho-Martins, 2020). Os dados recolhidos permitiram-nos identificar as principais mudanças nas respostas e acesso a cuidados de saúde de acordo com os discursos dos entrevistados.

A procura dos serviços de saúde registou-se sobretudo pelos doentes com COVID-19, sentindo-se que os doentes com sintomas não associadas ao novo coronavírus evitaram recorrer aos serviços de saúde. Também devido à sobrecarga dos serviços de saúde, os doentes com COVID-19 tiveram prioridade face a outros doentes, com implicações no acompanhamento social e clínico.

“Deu-se prioridade a alguns tipos de utentes e outros ficaram a aguardar consultas e, por tanto, parou tudo um bocadinho” (AS7).

“Acentuada diminuição do recurso de doentes sem patologia Covid aos hospitais e no elevadíssimo recurso de doentes de Covid às urgências hospitalares” (AS9).

“o meu serviço foi um serviço (...) inicialmente que fecharam logo e que de repente se tornaram serviços COVID. Portanto, foi aqui um reajustar, um descobrir em como deveria me posicionar como assistente social neste novo contexto pandémico” (AS14)

Em contexto de crise pandémica, a Entidade Reguladora da Saúde (2020) já tinha alertado para alterações na atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e na forma como os serviços de saúde eram prestados aos utentes. Destaca-se que as competências dos assistentes sociais durante a pandemia procuraram colmatar algumas lacunas que resultaram da pressão e sobrecarga de outros profissionais de saúde devido à resposta urgente à COVID-19. Os próprios entrevistados reconhecem que profissionais nas áreas da medicina e enfermagem tiveram uma maior exposição ao *stress* e que por isso também foi necessário que os assistentes sociais reforçassem as suas competências relacionais.

“Houve um impacto grande para os profissionais de saúde, estavam a exigir muito de nós. Os profissionais de saúde como médicos e enfermeiros não podiam trabalhar a partir de casa, não podiam ter medo pois tinham de continuar a trabalhar. Isso no que se refere ao contexto de lidar com doentes testados positivos à covid-19. Estes profissionais não podiam fazer isolamento porque eram necessários, foi muito desgastante.” (AS2)

“Nós também sentimos pressão, eles devido à sua profissão e nós devido à nossa. Em relação à Covid, eles tiveram mais pressão que nós e no primeiro caso aquilo foi quase como ser uma cobaia, ninguém sabia como é que devia agir e o que se devia fazer... não havia medicação própria para aquilo” (AS4)

“Os profissionais de saúde estão mais focalizados noutras áreas, no covid e portanto há áreas que vão ficando um bocadinho para trás.” (AS6)

“Em relação às competências de um assistente social, eu notei que muitas vezes os médicos não tinham o tempo necessário a dedicar as famílias, para explicar todas as condições. Nós como equipa notámos que, enquanto serviço social, as pessoas depositavam em nós muita expectativa (...) contam connosco mesmo para isso para falarmos com as famílias, para resolver alguns conflitos que existam.” (AS10)

A limitação e proibição de visitas hospitalares conduziu a que os doentes se sentissem mais sozinhos e isolados. Num período de maior vulnerabilidade esta restrição teve um efeito nas pessoas que não podiam ter contacto com os seus familiares. Também os próprios assistentes sociais que mantinham contacto direto com os utentes registaram limitações na forma como se aproximavam e interagiam com os utentes.

“Acabou por se sentir um grande afastamento; a proximidade com as famílias já não existe tanto. (...) Às vezes pode ser um setor que dificulta a nossa intervenção: o toque Deixou de haver o toque, a máscara acabou por ser uma barreira. O toque existe às vezes, mas estamos condicionados com o desinfetante neles e em nós, a máscara acabou por ser mesmo uma barreira. Todas as medidas de proteção que temos de usar presencialmente, isto traz alguns constrangimentos, para nós e para eles, temos de estar a falar mais alto, no serviço temos idosos, alguns com dificuldades auditivas e pode ser complicado.” (AS14)

Por outro lado, também as famílias se sentiram impedidas de acompanhar os seus parentes, havendo um maior distanciamento da família no acompanhamento do processo de recuperação do utente. No caso do acesso aos cuidados continuados registaram-se desistências, pois as pessoas não se queriam sujeitar ao período de isolamento, estas limitações na qualidade dos serviços prestados tinham sido anteriormente identificadas por organismos na área da saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2020 cit in Casquilho-Martins, 2022).

“No caso dos cuidados paliativos houve muitas consultas que foram desmarcadas, no pico da pandemia, muitos doentes ficaram por examinar, muitas famílias destroçadas por não terem tido a oportunidade de se despedirem dos seus familiares” (AS2)

“A pandemia veio alterar a forma de admitir os utentes e de reunir com os familiares. Após admissão os utentes tiveram de fazer isolamento profilático. Estavam confinados a um pequeno espaço e isso resultou em pedidos de alta antecipados pois os utentes estavam descontentes” (AS5).

Um dos principais constrangimentos sentidos foi a falta de respostas sociais que pudessem integrar os utentes após a alta clínica, protelando a alta social. Ou seja, com o encerramento de serviços sociais e a redução das equipas e limite de utentes nos Serviços de Apoio Domiciliário

e Centro de Dia, bem como as restrições logísticas e de admissão nas Estruturas Residências para Pessoas Idosas. Também nos cuidados de saúde primários foi necessária uma adaptação para garantir resposta aos cidadãos e acesso aos cuidados de saúde.

“A impossibilidade em encaminhar utentes para centros de dia porque estavam fechados. Alguns SAD estavam fechados, tiveram de se reorganizar, diminuindo o número de utentes a que davam resposta, diminuindo as suas equipas. Existia o medo de contrair a doença, o contacto com o utente não é igual. Nas ERPIs com a exigência aos utentes fazerem quarentena, existe a obrigação de haver mais quartos individuais (para esse efeito), logo o número de vagas reduziu” (AS2).

“Por outro lado, muitas destas situações que vinham eram precisamente de utentes que tinham problemas de acessibilidade à saúde, porque eram utentes sem telemóvel e sem acesso a e-mail e que ficaram bastante isolados e, portanto, a camara sinalizavam-nos estas situações e nós, de facto, conseguimos aqui internamente desbloquear os pedidos ou receitar os guias de utentes, etc... outras coisas que eles necessitavam no seu dia a dia.” (AS12)

Com base nas respostas recolhidas através das entrevistas, apresenta-se uma síntese das principais mudanças nas respostas e acesso a cuidados de saúde:

- Aumento das despesas no setor da saúde;
- Implementação de períodos de isolamento profilático após admissão;
- Prolongamento de estadias dos doentes deslocados;
- Restrições no acesso de relações familiares e de proximidade do doente;
- Ausência de respostas sociais externas para encaminhamento de utentes;
- Criação de respostas de retaguarda para doentes que não podiam regressar ao domicílio;
- Criação de projetos alternativos para assegurar cuidados aos idosos isolados;
- Acompanhamento à distância (por telefone ou e-mail)
- Readaptação do acompanhamento e contacto com familiares/equipa multidisciplinar;
- Oportunidades na interajuda e de inovação no trabalho digital.

Estas mudanças foram sentidas por vários assistentes sociais, embora tenham tido um maior peso nos territórios com maior intensidade pandémica, dado que o número de casos foi mais elevado. Verifica-se que estas medidas foram condicionadas pelas orientações políticas e institucionais que se apresentam no próximo ponto e que permitem compreender a perceção dos

assistentes sociais sobre as mesmas e a sua influência na prática profissional. Apesar de a maior parte dos entrevistados achar que os impactos da pandemia foram bastante acentuados, houve também quem achasse que a pandemia tivesse tido um impacto reduzido, segundo o âmbito de intervenção do entrevistado.

“Nós não sofremos grandes mudanças... não nos podemos queixar a nível regional, a nível nacional a perspetiva certamente irá ser outra e eles devem ter tido outras medidas que nós aqui não tivemos.” (AS4)

Houve profissionais que acharam que um dos grandes impactos da pandemia foi a concentração das respostas relacionadas com a COVID-19. Estas opiniões deram-se em dois contextos diferentes de incidência pandémica.

“[Foi] concentrado na prevenção e na vacinação (...) os profissionais de saúde estão mais focalizados noutras áreas, no covid e por tanto há áreas que vão ficando um bocadinho para trás.” (AS6)

“Deu-se prioridade a alguns tipos de utentes e outros ficaram a aguardar consultas” (AS7)

No que se refere à utilização de formas de comunicação digitais e a distância, verifica-se que existiu um aumento na criação de canais alternativos aos meios de comunicação formal para facilitar o contacto entre profissionais, até porque alguns profissionais passaram a estar em teletrabalho.

“A pandemia veio trazer novas formas de trabalho a todo o contexto profissional e também específico aos assistentes sociais (...) novas formas de metodologia de trabalho, nomeadamente o teletrabalho” (AS11)

“Nós estávamos dentro dos serviços e acabamos por prestar sempre apoio via e-mail, via telefone; o WhatsApp passou a ser o nosso “melhor amigo” pois conseguíamos estar em contacto com as Clínicas, com as equipas de enfermagem que nos passavam muita informação” (AS14)

Contudo, houve quem referisse nas entrevistas que não tivesse sentido grandes mudanças nas respostas de saúde e que apenas foi necessária uma adaptação ao novo contexto dentro daquilo que já era a intervenção do Serviço Social.

4.2.2. INFLUÊNCIA DAS ORIENTAÇÕES POLÍTICAS E INSTITUCIONAIS

As orientações recebidas pelos profissionais demonstraram que houve uma diferença de perceção relativamente às mesmas. No domínio das orientações políticas, os assistentes sociais em territórios de baixa densidade pandémica e regidos pelo Governo Autónomo dos Açores, sentiram menos pressão nas orientações do que os profissionais que exerceram a sua atividade

em Portugal continental. No entanto, estas respostas variam de acordo com o contexto específico de intervenção.

“A nível de contexto profissional as medidas que foram aplicadas, a meu ver, pelo menos, na ilha e no nosso hospital, as medidas foram bem aplicadas, bem pensadas em contexto” (AS1)

“No nosso caso, nos Açores, as medidas foram demasiado restritivas. Algumas nós nem percebíamos porque a situação estava estável. As medidas de isolamento aqui foram muito fortes, isso dificultou a parte cognitiva e emocional dos utentes e conseqüente afastamento dos familiares – por causa das medidas.” (AS5)

Também no que se refere às orientações internas, releva-se que houve uma adaptação dos modelos de funcionamento que em alguns casos foram considerados como demasiado restritivas pelas mudanças, embora dois entrevistados da zona de baixa intensidade pandémica considerem que foram adequadas, adaptadas e bem-sucedidas. Alguns dos destes aspetos foram mencionados no ponto anterior resultando em conseqüências no funcionamento dos serviços e acesso aos cuidados de saúde. No entanto, registou-se que a maioria dos assistentes sociais sentiu que houve falta de informação e comunicação quanto às medidas emanadas politicamente, nomeadamente porque as orientações para o setor da saúde mudavam com uma frequência, que de acordo com alguns entrevistados, chegava a ser diária.

“Enquanto assistente social de um centro hospitalar houve atraso na colocação em prática das orientações superiores pois havia falta de comunicação. As orientações estavam sempre a mudar, foram períodos difíceis.” (AS2)

“Numa situação destas, que são situações imprevisíveis e que não há nenhum governo nem há nenhuma organização que esteja preparada, exigiu de nós profissionais uma atualização constante, ao dia e, muitas das vezes, ao dia mais do que uma vez, de novas orientações da nossa prática de lidar com o desconhecido” (AS11).

“Orientações estratégicas, de topo, não tivemos nenhuma, e orientações estratégicas internas eu fiz parte delas, (...) para além de assistente social sou também coordenadora [informação omitida por questões de confidencialidade] por isso tive de fazer a minha. Aqui só me posso queixar da falta destas orientações. Posso também dizer que, mas eu acho que isso se deve ao facto de estarmos a vivenciar a pandemia e ser um problema novo para o qual tem de se criar respostas nunca antes vistas. Porque de facto é um problema nunca antes visto. Aqui foi, de facto, um bocadinho difícil, nesta fase inicial, principalmente ali março, abril, maio. Trabalhávamos muito no presente, muitas vezes no mesmo dia a orientação mudava, portanto a nível de sistema central, nomeadamente a DGS. De manhã era uma coisa, à tarde já era outra completamente diferente. Se fosse preciso no dia a seguir já era outra completamente diferente. (AS12)

Foi também mencionado em algumas entrevistas um documento produzido pela Associação de Profissionais de Serviço Social que se constituiu num guia para a intervenção dos assistentes sociais durante o período de pandemia. No entanto, estas orientações estavam condicionadas aquelas que eram as decisões e instruções políticas e institucionais.

“Ao nível político e institucional, as estratégias estão definidas, a própria APSS publicou um documento relativamente àquilo que devia ser a atuação dos assistentes sociais nos vários níveis de intervenção na resposta à pandemia. Em termos daquilo que são as estratégias políticas institucionais, eu diria que a autonomia para o serviço se organizar e ir ao encontro de facto daquilo que devia ser a prioridade, é uma autonomia condicionada, porque na realidade, como é que eu lhe ei de dizer isto, havendo um documento da APSS em que identifica aquilo que é a área primordial e as áreas de resposta do Serviço Social em contexto de saúde para a pandemia, o Serviço Social devia ter isto como guia orientador, mas na realidade as orientações institucionais sobrepõem-se a este guia.” (AS13)

A análise às orientações seguidas na área da saúde pelos diferentes contextos de atuação, embora se apurem que existiram diferenças na abrangência dos cuidados de saúde, verificou que foi necessário que novas medidas de adaptação e funcionamento vigerassem nos cuidados de saúde. Entre elas destacam-se as equipas espelho, alternando as equipas de profissionais em presença no local de trabalho, e a adoção da modalidade de teletrabalho. Além da redução drástica do contacto presencial com os doentes, relataram-se que houve um forte condicionamento do acesso dos familiares dos doentes aos estabelecimentos de saúde.

Quanto à influência da que se refere às questões éticas, esta foi uma das preocupações manifestadas pelos assistentes sociais. Aproximadamente metade da nossa amostra considerou que a relação ética com os utentes não foi alterada e apenas uma minoria referiu que a relação podia ficar comprometida face ao contexto vigente.

“a pandemia trouxe-nos aqui o aflorar da ética do cuidado ao nível do serviço social, que é a questão que nós falamos ao início que é o nosso comportamento influencia o do outro. (...) Estamos a lidar muitas das vezes com as pessoas e elas não sabem quem é que está por detrás daquela máscara (...) Em termos éticos, nós temos de envolver a pessoa no seu plano de cuidados, ela tem de participar, e como é que nós comunicamos, como é que nos envolvemos, como é que ela participa se nós não conseguimos ou se ela não nos percebe e não nos escuta? (AS11)

Desta forma pudemos identificar através do discurso dos entrevistados, que houve um conjunto de implicações das orientações que influenciaram a atuação profissional nomeadamente:

- Reorganização do trabalho (agendamentos de atendimentos);

- Adaptação do funcionamento das equipas (equipas espelho) e redução dos serviços externos (visitas domiciliárias);
- Maior dificuldade na articulação com familiares dos doentes;
- Dificuldade na articulação com outros serviços/profissionais
- Priorização do atendimento aos doentes com Covid-19;
- Falta de condições para o teletrabalho com implicações no exercício das atividades laborais;
- Maior *stress* nos profissionais e utentes/famílias;
- Maior insegurança, desmotivação e desgaste emocional face ao contexto inesperado e aos perigos de contágio.

Estes fatores fizeram-se sentir de forma transversal nos vários contextos e territórios onde trabalham os assistentes sociais entrevistados, pelo que se considera que a pandemia e as orientações recebidas tiveram uma influência que foi prejudicial ao trabalho dos assistentes sociais, mas que tiveram também um impacto negativo nos doentes e familiares.

4.3. FATORES E CAUSAS DE *STRESS* E *BURNOUT* NOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

Muitos dos fatores de *stress* enumerados pelos assistentes sociais entrevistados são comuns entre si. Os fatores e causas de *stress* mais referidos foram: a falta de tempo; o volume acrescido de trabalho; o facto de o serviço social, ainda para mais em contexto de saúde, ser uma profissão que lidava diretamente com problemáticas que levariam a acumular de *stress*; a pressão exigida aos profissionais; o acumular de funções; a sobrecarga de trabalho; o cansaço; e até a diminuição da qualidade do atendimento profissional, sendo esta última menos referida pelos entrevistados.

“Esta nossa falta de tempo resulta em não saber se o encaminhamento foi feito da melhor forma e qual o resultado disso” (AS2).

“O facto de trabalharmos numa unidade de saúde já é, por si só, geradora de stress/ trabalhamos com uma população vulnerável (...) os técnicos vêm-se muitas vezes com excesso de trabalho (...) gerador de stress profissional” (AS9)

“O assistente social lida com isso tudo (tratamento, diagnóstico clínico), lida com a rede informal, com os problemas pessoais que a pessoa possa ter, enfim, penso que o assistente social tem aqui um acréscimo” (AS11)

“Eu tenho stress positivo quando tenho uma situação nova que tenho de ir aprender para saber dar resposta e que me desafia e tenho adrenalina e chamo a isso o stress positivo. Depois tenho o stress negativo, que é provocado por toda esta sobrecarga que vem já de anos e anos, de não haver recursos, de não haver sistema de informação, e das complicações internas e externas que às vezes as pessoas encontram e que servem para complicar as situações. E também stress negativo por falta de respostas sociais desadequadas à população que servimos.” (AS12)

“Ausência de clareza daquilo que são as funções do serviço social em determinadas áreas, diria as condições precárias porque a verdade em termos de remuneração o assistente social é uma profissão mal remunerada, os vínculos laborais inclusivamente, o excesso de tarefas, (...) levam uma sobrecarga de trabalho.” (AS13)

Com a análise desta dimensão foi possível perceber que independentemente do nível de incidência pandémico, os fatores de *stress* foram comuns e muitos deles associados às condições laborais em que os assistentes sociais na área da saúde exercem as suas funções. Considerando que os entrevistados identificaram causas do *stress* e *burnout* resultantes da atividade profissional antes e durante a pandemia, na tabela 3 apresentam-se listadas estas causas.

Tabela 3 - Causas do *stress* e *burnout* resultantes da atividade profissional antes e após o surgimento da pandemia.

Causas do <i>stress</i> e <i>burnout</i> resultantes da atividade profissional	
Antes do surgimento da pandemia	Após o surgimento da pandemia
<ul style="list-style-type: none"> - Pressão exigida - Encontrar respostas sociais na comunidade - Logística normal da profissão - Atribuição das altas sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Emergência na resolução dos casos sociais - Acréscimo da pressão exigida aos assistentes sociais - Adaptação à nova realidade - Dificuldades em transmitir informação à família

<ul style="list-style-type: none">- Falta de recursos- Falta de valorização profissional	<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades em encontrar respostas sociais na comunidade- Dificuldade na efetivação da alta hospitalar- Teletrabalho- Excesso de trabalho/horas extras de serviço- Falta de recursos humanos- Medo da doença/ desgaste emocional- Trabalhar com população vulnerável- Ausência de orientações
---	---

Fonte: elaboração própria

Conseguimos através dos dados apresentados compreender que houve um agravamento da pressão que é colocada sobre os assistentes sociais, sendo este um fator que foi agravado com o surgimento da crise pandémica, mas que já era evidente e presente antes de aparecer a COVID-19.

“Não vou dizer que na fase inicial, os tais meses de 2020, não tenha sido complicado e nos trouxe um stress extra do desconhecido, mas neste momento, em que já “banalizaram” a pandemia dentro de nós, as causas do stress são sempre as mesmas. Quer que eu a identifique? Então, a primeira grande causa de stress: falta de respostas adequadas às problemáticas dos nossos utentes. A segunda grande causa de stress as complicações e emperramento do sistema a nível interno que são pequenos problemazinhos que nos impedem, às vezes, de prosseguir com a intervenção que temos planeada e a grande sobrecarga de trabalho que temos, que já tínhamos antes da pandemia e que agora mantemos, porque cada vez nos pedem mais com o mesmo número de recursos humanos e esta grande sobrecarga deve-se à falta de recursos humanos, de assistentes sociais (...). (AS12).

“Se eventualmente poderiam existir algumas situações como situações precárias, como a ausência de reconhecimento da profissão, ausência de orientações normativas, no fundo eu acho que a pandemia trouxe aqui um acréscimo, até por aquilo que eu referi antes. (...) Eu acho que depende das áreas, das valências onde trabalha, depende. A saúde, até pela escassez de recursos humanos, acho que depende muito das áreas. Haverá situações de colegas da ação

social, etc, que sofrem uma enorme pressão, acho que não existe uma grande diferenciação. Se formos identificar as causas se calhar identificamos aqui causas várias que são transversais às várias áreas de intervenção. (...) Eu diria que a ausência de clareza daquilo que são as funções do Serviço Social em determinadas áreas, diria as condições precárias porque a verdade em termos de remuneração o assistente social é uma profissão mal remunerada, os vínculos laborais inclusivamente, o excesso de tarefas. Nós temos inclusivamente, não só na saúde, mas colegas, por exemplo de outras instituições, que acumulam várias tarefas, quer de apoio domiciliário quer de centro de dia, etc., que levam uma sobrecarga de trabalho.” (AS13)

Estes aspetos também tinham sido identificados por Cardoso, Vilar e Casquilho-Martins (2020) quando verificaram uma série de dificuldades sentidas pelos profissionais, de diferentes áreas e setores, que condicionaram a prática profissional dos assistentes sociais durante a primeira fase da pandemia.

De forma a sintetizar as diferentes causas e fatores de *stress* apontadas pelos entrevistados, nos pontos seguintes sistematizamos aquelas que tiveram maior repetição no discurso dos entrevistados.

4.3.1. AUSÊNCIA DE RESPOSTAS ADEQUADAS ÀS NECESSIDADES DOS UTENTES

Aqui associa-se a dificuldade em encontrar respostas sociais na comunidade que neste período também se acumulou com a dificuldade comunicar e transmitir informações às famílias. Esta situação trouxe ainda maiores barreiras para a efetivação da alta hospitalar, que já se registava como um fator promotor de *stress* e *burnout* nos assistentes sociais mesmo antes da pandemia.

“nota-se grande diferença antes e apos a pandemia, porque antes da pandemia, apesar de em contexto hospitalar tudo ser urgente, não é, tudo ter de ser feito no dia ou o mais rapidamente possível, com a pandemia tinha de se resolver aquilo na hora a seguir. Como se costuma dizer, o hospital não é um lar, os doentes não podem ocupar as camas e isso veio fazer com que a pressão em nós como assistentes sociais fosse superior. (...) Antes, se calhar conseguíamos resolver em 2/3 dias com calma. Com a pandemia nós tínhamos de arranjar soluções para o dia. Mas as nossas respostas, os lares, os cuidados continuados, estavam encerrados e não podíamos mandar um doente para casa.” (AS1)

“A impossibilidade em encaminhar utentes para centros de dia porque estavam fechados. Alguns SAD estavam fechados, tiveram de se reorganizar, diminuindo o número de utentes a que davam resposta, diminuindo as suas equipas.” (AS2)

“O nosso stress laboral está muito ligado à nossa pressão e essa pressão está sempre, não surgiu com o covid. Por exemplo, tu a trabalhares num hospital enquanto assistente social tens que solucionar aquilo o mais rápido possível, aquele doente não vai ficar internado por uma

causa social. Tem de ser resolvido de forma imediata ou o mais breve possível, para não estar a ocupar uma cama de hospital por ser um caso social” (AS4)

“a preparação da alta dos doentes já é problemática em muitas situações, então em tempos de pandemia ainda se revela mais problemática e conseqüentemente, mais stressante. Com certeza sabe, mas o protelamento de uma alta hospitalar por motivos sociais, é sempre geradora de grande impacto. Em situação de pandemia e devido também à sobrelotação das unidades hospitalares, o impacto é ainda muito maior.” (AS9).

“Na pandemia todas as respostas ficaram limitadas... as respostas reduziram bastante (...) uma grande dificuldade em orientar e a encaminhar para respostas adequadas porque não havia possibilidade e não havia mais vagas (...) A pressão das altas é sempre geral, antes e após a pandemia. Na altura da COVID, altura mais crítica, foi sem dúvida o que agravou bastante, porque havia a necessidade do internamento dos doentes COVID e a necessidade de planear as altas era muito superior. Tínhamos doentes que entravam num dia e que já se tinha de planear a alta para sair nessa mesma semana” (AS10)

A isto associa-se a insuficiente capacidade de vagas, o que leva a que haja uma pressão para que se encontre respostas adequadas cada vez mais rápido, sendo muito vezes este um dos fatores que mais afeta os assistentes sociais que têm a constante responsabilidade e preocupação com o bem-estar da pessoa.

4.3.2. BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO E NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Outro fator importante foi a maior dificuldade no contacto com as famílias e as barreiras à comunicação que surgiram devido às restrições impostas. Conseguimos perceber que a dificuldade em articular com outras respostas sociais, assim como a identificação do distanciamento entre utente/família e profissional foi comum aos três níveis de incidência da pandemia.

“No pico da pandemia não se ia ver os doentes, era tudo tratado por chamadas telefónicas. O acompanhamento assim não é adequado. Devemos conhecer os doentes. Cheguei a encaminhar doentes sem nunca os ter visto. O assistente social era a ponte era médicos, utentes e família, principalmente quando o doente estava testado positivo à covid. Com essa distância criada foi impossível estabelecer relações entre profissional e doente.” (AS2)

“O acompanhamento às famílias e aos utentes diferenciou. Tivemos de readaptar a forma como tínhamos reuniões entre equipas, tivemos de comprimir muito bem as medidas de segurança e isso gerou afastamento. Afastamento entre profissionais e utentes, profissionais e famílias e entre profissionais mesmo”. (AS5)

“Eu acho que isso é negativo desse ponto de vista que é não conseguirmos investir ao máximo, não conseguirmos dar a dedicação total a cada doente, obviamente que isso também não é possível noutras profissões porque o volume de doentes é muito grande mas se não fosse essa questão e esse stress, sem duvida que o nosso trabalho e que a nossa intervenção era muito mais privilegiado, a empatia que nós estabelecemos com as famílias, muitas vezes não temos tempo de fazer mais do que dois ou três contactos e de acompanhar a situação até mesmo depois dos doentes saírem do hospital, isso não conseguimos fazer e acho que seria proveitoso fazê-lo. De facto, desse ponto de vista acho que é negativo.” (AS10)

As limitações nos contactos presenciais e na comunicação organizacional foi também assinalada pelos entrevistados que relataram maiores dificuldades no trabalho em equipa, com outras equipas, entidades e serviços.

“o nosso clima de trabalho está a resultar em afastamento, de tudo e todos. Hoje em dia quando tenho de trocar informações ou opiniões com os colegas dos internamentos, fazemos por telefone e o mesmo se tem passado entre os profissionais e os próprios utentes. (...) a relação entre colegas mudou, nas horas de almoço só podem ir 3 colegas de cada vez, o contacto entre colegas diminuiu, deixou de haver partilha de ideias e de informação entre casos pois o espaço para isto era a hora de almoço. Passam a maior parte do tempo confinadas aos seus gabinetes, com a pandemia também deixamos de conviver socialmente fora da nossa hora de trabalho. Esses convívios eram muito importantes para a prevenção do burnout. Hoje parecemos todas umas desconhecidas com a distância que foi criada”. (AS2)

Para lá de afetar as questões no funcionamento e procedimentos laborais, denota-se que este foi um fator de *stress* e que contribuiu negativamente para o bem-estar laboral dos profissionais.

4.3.3. INSUFICIÊNCIA DO NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS

No domínio dos recursos, denota-se que além da falta de recursos, designadamente de recursos humanos e o excesso de horas de trabalho levaram a uma maior exaustão física e psicológica dos profissionais. Vários entrevistados referem que não exercem o seu direito a pausas e descanso do trabalhador, considerando que isso colocará em causa o bem-estar dos utentes e o tempo de resposta. Associado a isto está o crescente volume de trabalho referido pelos profissionais nas entrevistas realizadas.

“Os assistentes sociais têm de lidar diretamente com os familiares dos doentes, são o elo de ligação, o stress para nós é superior pela quantidade de trabalho e o ritmo com que temos de trabalhar (...) existem poucos profissionais para todo o trabalho que temos. Sinto-me a tapar buracos. Não se consegue fazer um bom atendimento/acompanhamento ao utente. (...) Devido

à quantidade de trabalho que tenho, prefiro fazer apenas metade do meu horário de almoço para poder sair a horas.” (AS2)

“Às vezes o stress é conseguir chegar a tudo em tempo útil e fazer aquilo que é necessário em tempo útil, a gente não se pode esquecer que existe outra pessoa que necessita dessa resposta (...) O que é que eu posso de fazer melhor? Ou se estou a fazer bem a minha opção, se eu analisei a realidade daquela pessoa... será que é isso mesmo... (...) Isto deixa me preocupada em perceber se estou a ir em conformidade com aquilo que deveria ser ou que um assistente social deveria ser.” (AS3)

“Quando tens um grande volume de trabalho, muitas situações ao mesmo tempo, também não tens tempo para descansar. Se já estas há muito tempo sem férias, sem descanso, acho que tudo isso leva ao burnout. (...) a gente se sente mais nervosas e com mais pressão” (AS4)

“Eu penso que o nosso stress é maior, especialmente por causa daquilo que eu já disse, mas principalmente por causa da multiplicidade de funções e atribuições, porque, por exemplo, os médicos e os enfermeiros por norma só estão afetos a uma atividade a tempo inteiro e nós não. (...) Obviamente se calhar o nosso nível de stress não se compara ao nível de stress do assistente técnico, por exemplo, que está no serviço de urgência, ou até de um polícia e de outras profissões (...) mas é assim, o nosso nível de stress está muito equiparado a estes profissionais, agora. Nos cuidados de saúde primários, o nosso nível de stress e desgaste é maior do que outros grupos de profissionais que por norma estão a tempo inteiro em determinada equipa ou determinada unidade. Para além do facto de nós andarmos de um lado para o outro.” (AS12)

Também foi mencionado que por vezes são desempenhadas funções que não se incluem naquelas que deveriam ser as do assistente social, mas que durante o período de pandemia acabaram por ter de ser realizadas e que ficam limitadas pela ausência de um número insuficiente de profissionais afetos aos serviços.

“Eu acho que estás tanto envolvida em tudo, e até mesmo naquelas funções que não te dizem respeito, mas que são partilhadas, que é tanta coisa para poucas pessoas e isso acaba por causar alguma ansiedade, também por causa dos prazos de resposta (...) aqui eu acho que é mesmo a exigência que tu tens em dar resposta por seres o único e por serem tantas funções que eu acho que é isso que acaba por influenciar a parte do burnout. Se tu tivesses alguma ajuda, algum apoio de um outro colega, acho que facilitaria imenso.” (AS7)

Todos os relatos que se referem à questão da falta de recursos humanos e ao impacto que isso têm no exercício profissional fazem notar que além de uma consequência do stress, o cansaço e o desgaste físico e emocional são também causas de stress e/ou burnout para os profissionais.

4.3.4. ALTERAÇÕES NAS MODALIDADES E CONTEXTOS DE TRABALHO

Além das questões relacionadas com a alteração do funcionamento dos serviços e das medidas extraordinárias e atípicas que as equipas na área da saúde passaram a adotar. O teletrabalho foi também apontado como uma causa de *stress* que antes da pandemia não existia, dado que anteriormente a atividade dos assistentes sociais na área da saúde era realizada totalmente em regime presencial. Aqui também se registaram longas jornadas de trabalho e prolongamento do horário laboral, conforme também tinha sido mencionado quando associado à falta de recursos humanos na área do Serviço Social e que necessários para o bom funcionamento dos serviços prestados aos cidadãos.

“Adotamos medidas internas possivelmente nas equipas espelho na altura de março 2020 e nessa altura sim houve um desgaste muito grande. Foram 3 equipas, todas elas com o mesmo número de elementos e é muito cansativo toda a gente fez de tudo. não existiu um assistente social não existiu um enfermeiro, não existia um animador, ou seja, tudo fazia de tudo e isso no fim de 7 dias consecutivos é dose, é duro, a nível psicológico e a nível físico. (...) estou a falar e eu trabalhei no turno da manhã, para mim foi pesado. Acredito que para os meus colegas que fizeram noites foi ainda muito mais pesado, estamos a de 7, 6 noites consecutivas.” (AS3)

“Os utentes foram testados, equipas em isolamento e testadas porque tiveram contacto com o infetado e tivemos de prevenir, voltamos às equipas espelho, a trabalhar 12 horas seguidas. Cheguei a estar à espera dos resultados dos testes à 1h da manhã, imagina o stress e o medo. Mas lá está, felizmente não houve propagação. Temos é uma boa relação entre equipa e apesar de ser complicado gerir o stress, tive de gerir o funcionamento do serviço, as famílias, os funcionários, estar em teletrabalho, readaptamo-nos. Contudo, o teletrabalho não é fácil pois estarmos em casa a trabalhar em frente a um computador gerou a que houvesse dias em que eram 8h da noite e eu ainda estava a trabalhar. Foi muito mais desgastante profissionalmente. (...) Em teletrabalho só falávamos com os utentes passadas 1 a 2 semanas pós internamento. Ficámos sem proximidade com os utentes e não conseguimos criar relação pois muitos deles também estavam a ter cuidados de reabilitação nos seus quartos. Resumindo, o assistente social não consegue chegar ao utente.” (AS5)

Além das alterações nas modalidades de trabalho, relataram-se experiências de intervenção em contextos e espaços diferentes, resultante das necessidades de atuação profissional que a pandemia trouxe. Nestes casos apenas foram registados níveis de *stress* baixo, ou seja, embora tenham sido potenciadores de algum *stress*, os entrevistados que mencionaram estes aspetos não se sentiram tão afetados com esta mudança.

“No meu caso em concreto não noto grande alteração, a única alteração que me pode ter gerado mais stress é pela questão de que eu estou a dar apoio direto no aeroporto e aí sim, gera mais

algum stress (...) Nós também temos que nos preocupar com as situações em que as pessoas que não conseguem fazer o isolamento profilático, nós é que tentamos organizar o alojamento, e também pelo facto de estar a dar apoio no aeroporto. (...) Trouxe muitos desafios, pelo menos aqui, estou a falar da nossa unidade de saúde. Nós temos quando nós temos tido um papel de grande intervenção, nós é que temos de estar praticamente à frente, e quando digo nós, digo também enfermeiros e assistentes sociais. A questão dos controlos das entradas e de as pessoas que têm testes positivos, isto tudo tem passado por nós. (AS6)

“Internamente posso dizer que fiquei um bocadinho limitado a um espaço de quatro paredes, na medida em que deixei de ter acesso ao meu gabinete e fui trabalhar diretamente com uma unidade de internamento com um grupo de utentes. (...) O que eu acho, a causa do stress foi mais uma adaptação do profissional a um ambiente que lhe era desconhecido, mas também era desconhecido para todos e foi um “ambientar” a um contacto mais direto e por mais tempo com aquelas pessoas. Acho que isso acabou por desgastar um bocadinho quer o profissional, quer os utentes que tiveram em contacto durante aquele tempo. Eram só aquelas pessoas, era todo o dia com aquelas pessoas, acho que isso sim causou um desgaste. Neste momento sinto que as coisas melhoraram muito e que também a nível de stress, na pandemia, não se manifesta assim de forma muito elevada” (AS7)

4.3.5. AUSÊNCIA DE INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÕES FORMAIS

A influência da ausência e alterações nas orientações recebidas pelos profissionais entrevistados contribui para o aumento dos níveis de incerteza por se estar a lidar com um novo acontecimento, dificuldade em dar resposta. Houve também quem identificasse que a falta de orientações foi um fator de maior ansiedade e stress.

““Nós chegámos a um ponto que não sabíamos o que nos esperava, nem sabíamos em que podíamos intervir; tínhamos que agilizar enquanto respostas para as pessoas, nomeadamente doentes COVID. Nós tivemos que nos adaptar falando com os médicos, com a equipa de intervenção do hospital e de prevenção de doenças contagiosas para saber quais as orientações que nós podíamos dar, quais eram os procedimentos, dar altas, se podiam ir para casa e se podiam partilhar a mesma casa com a família e eu acho que isso foi termos que nos adaptar de via para via porque ninguém sabia o que havia de fazer; não havia ninguém que dissesse “têm de fazer determinada forma, têm que adaptar determinado procedimento” uma vez que era tudo novo para toda a gente (...) por isso essas orientações vieram sempre depois da nossa intervenção. Acho que nós tivemos que nos saber adaptar ao contexto sem ter essas orientações por base. (...) Não termos nenhuma orientação inicial de como fazer, o que fazer... eu acho que as primeiras orientações que surgiram da DGS foram mais direcionadas e, obviamente com razão, para os cuidados de saúde que eram prestados, diretos... a nossa avaliação e o planeamento da alta ficou um bocadinho descorado em termos de orientações... não havia

orientações específicas de o que fazer, como fazer, aquilo que era mais adequado e acho que nós tivemos que nos ir adaptando” (AS10)

“Os profissionais sentem-se sem rede e por isso mesmo tivemos que tomar providências. Não podíamos deixar os profissionais assim, por tanto, aqui internamente na unidade, tomámos providências e demos/fizemos as orientações” (AS12).

Esta ausência de informação mais clara por parte das entidades competentes já tinha sido mencionada no subcapítulo referente à influência das orientações políticas e institucionais, reforçando-se a sua identificação como fator de *stress* assinalado por alguns dos assistentes sociais entrevistados.

4.3.6. LIMITAÇÕES NO RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO DA PROFISSÃO

Por fim, verifica-se que a falta de progresso na carreira profissional e falta de reconhecimento e valorização da profissão contribuem para que os profissionais se sintam desmotivados e emocionalmente fragilizados no desempenho de uma atividade profissional tão exigente.

“No caso do hospital onde trabalho a direção do hospital agradeceu o nosso trabalho ao criar um espaço de lazer em homenagem a nós profissionais, é uma forma de reconhecimento profissional. Contudo, pretendemos é mais pessoas para trabalhar e sermos melhor remunerados monetariamente.” (AS2)

“O serviço social não é reconhecido e valorizado pelo trabalho que desenvolve, nomeadamente em termos monetários” (AS8)

“Penso que o não reconhecimento profissional passa por estarmos estagnados anos e anos em termos de avaliação de desempenho, ou seja, nós somos avaliados ao nível do SIADAP, em que anualmente temos objetivos, temos competências para cumprir ou superar e que não vemos resultados. Tamos 10 e 20 anos com o mesmo vencimento, não há motivação. Penso que passa muito daquilo que vou percecionando e conversando com as colegas. O não sentimento de valorização, realização profissional.” (AS 11)

“a ausência de reconhecimento da profissão em algumas vertentes ou alguns serviços pode ser um motivo de stress ou de burnout” (AS13)

As questões salariais foram um aspeto assinalado, ou seja, os assistentes sociais consideram que a sua remuneração salarial não é adequada às funções que desempenham o que gera desmotivação e conseqüentemente *stress*.

Assim, observa-se que os fatores de *stress* identificados estão associados ao clima organizacional e aos procedimentos adotados em contexto laboral, verificando que as causas de

stress são condicionantes e fatores externos aos profissionais e que não partem de fatores internos ou intrínsecos aos profissionais, embora influência a sua prática profissional como abordado no próximo ponto.

4.4. CONSEQUÊNCIAS DO *STRESS* E DO *BURNOUT* NA INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

Como nos foi possível verificar até agora, a chegada da crise pandémica levou a que existissem muitas restrições e dificuldades associadas a este novo contexto. A influência do *stress* e do *burnout* na prática profissional no contexto da saúde deveu-se a vários fatores mencionados anteriormente, tais como a ausência de respostas adequadas às necessidades dos utentes, as barreiras na comunicação com efeitos nas relações estabelecidas em contexto profissional, pela insuficiência de profissionais e recursos humanos na área saúde. Também outros fatores a um nível mais macro, como a ausência de informação e orientações para ação, bem como as limitações no reconhecimento e valorização da profissão foram fatores que geraram *stress*.

4.4.1. INFLUÊNCIA DO *STRESS* E *BURNOUT* NA INTERVENÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS

Como fatores de influência direta nas tarefas e ações desempenhada, os entrevistados referiram que a sobrecarga de trabalho, que aumentou em grau e intensidade durante a pandemia, gerou atrasos nas respostas e condicionou a sua atividade profissional.

Um dos aspetos referidos foram as mudanças no relacionamento entre colegas e a forma como durante este período a gestão emocional foi ainda mais exigente devido à proximidade e relação criada com colegas, profissionais e utentes que se viu alterada pelas medidas de distanciamento físico impostas.

“lidamos diariamente com situações dolorosas, situações muito específicas onde é difícil manter o distanciamento”. (AS1)

É afirmado pelos entrevistados que o *stress* e o *burnout* têm impacto na relação com os utentes, bem como no desempenho da própria atividade profissional, sendo uma situação que limita as capacidades profissionais que ao nível das tarefas mais instrumentais, quer no domínio das competências relacionais muito marcadas pelo receio do novo coronavírus, mas também pela desmotivação face ao trabalho.

“Não cheguei a ter momentos de choro ou crises de ansiedade, mas cheguei a ter momentos de me questionar se era isso que queria para a minha vida, esse tipo de trabalho, se o estava a

fazer de forma correta. Estava desmotivada e até houve dias em que se responde mais torto aos colegas” (AS2)

“Os principais efeitos verificam-se na dificuldade de diagnosticar e tomar decisões face às situações problemáticas, como a nível do planeamento das altas, pode daí advir tomadas de decisão menos adequadas às necessidades dos utentes, pois não estamos no nosso melhor.” (AS9)

“Se o profissional está numa situação de burnout, é um risco imenso quer para o profissional porque todos os dias testa os seus limites, quer para o utente porque não vai encontrar a resposta de alguém que está na suas plenas competências e capacidades.” (AS13)

Estes efeitos acabaram por tomar proporções maiores e os entrevistados afirmaram que teve impacto na relação com os utentes, começando por mostrarem alguma impaciência, o afastamento/distanciamento entre profissional e utente, a falta de tempo a dedicar aos seus utentes e a incapacidade em cumprir o seu papel profissional. Neste caso, a incidência da crise pandémica teve influência, porque muito do afastamento criado entre profissional e utente deu-se pelas restrições impostas e pelo desgaste emocional que os profissionais sentiram.

“Se nós não estivermos bem emocionalmente, se estivermos stressados, se estivermos em exaustão, se estivermos desmotivados, não conseguimos fazer um bom trabalho com o cidadão. Nós vamos levar toda essa dimensão, todo esse peso para a pessoa, não vamos conseguir. É assim, se nós não estamos bem não conseguimos levar a outra pessoa à mudança, não conseguimos acionar recursos para que a pessoa também consiga” (AS5)

“Acho que tem a ver muito ao nível do cansaço, do desgaste emocional, o facto de não termos a mesma capacidade relacional, a mesma capacidade de empatia que tínhamos numa fase onde não havia tanto desgaste e não havia tanto stress. Acho que isso muda, altera, é como se fosse um stress que se vai acumulando e nós próprias já não temos a capacidade de resiliência, não temos a mesma capacidade de gerir as emoções, tudo isso nos vai desgastando, vamos tendo menos capacidade para gerir determinadas coisas, vamos começando a ficar mais exaustas, cansadas com o peso e carga do trabalho. (...) É complicado para nós por um lado enquanto profissionais, porque somos também pessoas porque temos de gerir as nossas próprias emoções e não deixar que isso transpareça para o nosso lado profissional” (AS10)

“Se nós não estamos bem não conseguimos levar a outra pessoa à mudança, não conseguimos acionar recursos para que a pessoa também se consiga transformar (...) não vamos conseguir motivar a outra pessoa a atravessar aquele momento que é tao frágil e tão vulnerável para ela, que é a doença” (...) nós temos que estar bem e, portanto, se o profissional está numa situação de burnout, é um risco imenso quer para o profissional porque todos os dias testa os seus limites,

quer para o utente porque não vai encontrar a resposta de alguém que está na suas plenas competências e capacidades.” (AS11)

“não conseguimos exercer em pleno aquilo que são as nossas competências profissionais, as nossas competências pessoais e o investimento numa relação com certeza que terá influência na relação quer no ponto de vista ético também” (AS13)

Apesar dos testemunhos irem maioritariamente no mesmo sentido, regista-se que um profissional que exerceu a atividade numa região de baixa intensidade pandémica, considerou que a relação com os utentes se tinha mantido intacta, ou seja, que não sentiu influência do contexto pandémico neste domínio.

“não teve diferença... não porque pronto... é sempre uma relação com base no respeito e isso nós mantemos sempre” (AS6)

Quanto aos sintomas e manifestados, alguns assistentes sociais partilharam experiências de *stress* e *burnout* que revelam os impactos que estes têm na própria saúde e bem-estar dos profissionais. Alguns dos relatos não são referentes a situações que ocorreram com os próprios entrevistados, mas com outros assistentes sociais com quem trabalham na área da saúde.

“Está a influenciar pois tenho colegas que estão de baixa psicológica, por burnout e está a começar a acontecer em escala maior. (...) Já tive de recorrer a medicamentos para me tranquilizar, calmantes mesmo. O que me conduziu a este estado foi o que lhe vim a contar, falta de recursos humanos, a mudança na nossa atuação profissional, a insegurança e incerteza que a pandemia trouxe, o medo. Felizmente, agora tenho apenas comprimidos para SOS, mas mesmo assim não me sinto nada saudável mentalmente, estou exausta.” (AS2)

“Dificuldade em realizar adequadamente as atividades profissionais, aparecimento de doenças psicossomáticas ou outras, faltas ao serviço. Na minha opinião, os principais problemas que se apresentam como consequências do stress e burnout podem ser: incapacidade de o serviço social lidar com o stress causado por inexistência de respostas da comunidade; atestados médicos por parte dos profissionais de saúde, devido ao cansaço, stress, exaustão, ou seja, ao burnout.” (AS8)

“Dificuldade em realizar adequadamente as atividades profissionais, aparecimento de doenças psicossomáticas ou outras doenças, faltas ao serviço... já aconteceu no nosso serviço.” (AS9)

“Eu tenho colegas meus que estão mesmo em situação de burnout, referindo-me ao contexto hospitalar. Acho que é importante que se um colega não se está a sentir realizado em terminado o serviço a situação deve ser sinalizada e a colega deve ser afastada deste serviço e devem ser tomadas logo medidas. (...) Tinha uma colega que tinha uma limitação física e continuava a fazer

o mesmo número de registos, porque queria continuar a atingir os objetivos porque tinha proposto a assinar com a direção até que já não conseguia mesmo e acabou por ficar em casa.” (AS14)

Além da influência direta na atividade profissional, também a vida pessoal dos profissionais é impactada pelos fatores identificados como causadores de stress.

“O problema do stress é que a gente sente um desgaste muito grande e depois em casa, na família, nas questões familiares, essa situação reflete-se e depois a gente fica com menos paciência para os filhos, com menos tolerância a uma birra, com menos tolerância a alguma coisa que corre menos bem no dia a dia.” (AS6)

É também visível que muitos dos assistentes sociais desvalorizam sinais de *stress* ou não os priorizam em função da responsabilidade assumida e da urgência em garantir a execução de determinadas funções ou tarefas, o que leva a situações de burnout com maiores danos na saúde dos profissionais até ao ponto de ficarem limitados ou impedidos de trabalhar por motivos de saúde mental com consequências a curto e longo prazo.

4.4.2. CONSEQUÊNCIAS A CURTO E LONGO PRAZO DO STRESS E BURNOUT

Com base no discurso dos entrevistados sobre as consequências do *stress* e do *burnout*, pudemos distinguir o que os profissionais identificaram como consequências a curto e longo prazo do *stress* e do *burnout*.

No que se refere às consequências a curto prazo, foi mencionado a acumulação do volume de trabalho face à incapacidade resposta e dificuldade em realizar adequadamente as atividades profissionais quando se passa por um quadro de *stress* ou *burnout*, bem como o isolamento dos colegas de equipa e a falta de iniciativa ou interesse na atividade profissional.

“A curto prazo é também o desinteresse, mesmo com novas propostas não vais ficar entusiasmada, com um novo trabalho e com novos objetivos, não irás querer realizá-lo e com isso estarás a trabalhar sem plano.” (AS5)

“Noto que as minhas colegas que já estão há 15/20 anos têm um desgaste diferente e, portanto, existem determinadas situações que para elas é mais difícil gerir ou que já nem têm a mesma capacidade relacional para gerir determinadas coisas, noto diferença neste aspeto.” (AS10)

Quando nos referimos às consequências a longo prazo já verificamos que são referidas mais consequências pelos entrevistados que consideram também que os efeitos são mais graves, tendo sido referido: a exaustão e cansaço; a baixa produtividade; as falhas na atividade profissional; a desmotivação e desinteresse do profissional; e quadros de depressão e ansiedade. Outras consequências referidas foram o aparecimento de doenças, baixas

psicológicas, faltas ao serviço, afeta a vida pessoal, dificuldade em gerir emoções e a capacidade relacional fica afetada.

“Se a pessoa entrar em burnout ela não vai conseguir exercer bem a sua profissão pois não vai dar aos utentes aquilo que eles necessitam, não é? Vai parecer que a pessoa bloqueia. Acho que isso é uma consequência a longo prazo.” (AS1)

“Acho que a longo prazo não produzimos ou não estamos focados da mesma maneira que estávamos no início, não é. Por muito que exista o esforço e a tentativa de adaptação constante, estar afetado psicologicamente... são coisas que queremos controlar, mas que por vezes nós não controlamos... os nossos comportamentos acabam por refletir essas situações.” (AS3)

Uma vez que temos a intenção com este estudo de perceber se o *stress* afetou os profissionais ao ponto de estes chegarem a ter uma síndrome de *burnout*, os dados recolhidos fizeram-nos perceber que sim, que houve profissionais que já sentiram que estiveram com *burnout* de acordo com a definição destes conceitos. Contudo, nenhum profissional referiu que tinha sentido que tinha entrado em crise de *burnout* após o surgimento da pandemia, mas cinco afirmaram que já sentiram que estiveram com síndrome de *burnout* ao longo da sua carreira profissional. Entre as implicações identificadas como consequências do *burnout* registamos partilhamos alguns dos testemunhos.

“Comecei a ter muitas enxaquecas, não conseguia desligar a cabeça do trabalho depois de acabar o meu horário de serviço, levava os problemas para casa e até já estava a ficar sem dormir. Estava a levar-me à exaustão” (AS5)

“Já estive... e tive consciência” ...Possivelmente por eu estar mais vulnerável... Senti muita tristeza, muita vontade de chorar, muito desanimo, vontade de sair da equipa, essencialmente muita tristeza e revolta.” (AS11)

Podemos ainda acrescentar que os profissionais que afirmaram ter estado com *burnout* enquadram-se nos três níveis de incidência pandémica, o que nos faz perceber que não esteve relacionado com a nova realidade que todos temos estado a vivenciar, mas sim com a própria exigência da atividade profissional nesta área de intervenção.

Independentemente dos profissionais entrevistados, terem ou não chegado ao ponto de *burnout*, verificou-se que sentiram *stress* antes e durante a pandemia no exercício da sua atividade profissional e que daqui se manifestaram um conjunto de efeitos prejudiciais ao seu bem-estar e prejudiciais à própria qualidade do trabalho realizado. Um dos efeitos referidos por vários assistentes sociais é que viram a sua capacidade relacional alterada e sentiram fragilidade emocional, fazendo isto ressentir-se no seu desempenho profissional.

4.5. ESTRATÉGIAS PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO STRESS DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

De forma a compreender como é que os assistentes sociais responderam ao stress sentido durante a sua atividade profissional em contexto de pandemia, importa identificar quais as estratégias que foram adotadas quer em relação ao contexto organizacional, quer na gestão da sua própria atividade profissional. Dentro deste ponto, são elencadas aquelas que foram as formas ou mecanismos para a prevenção, atuação ou resolução perante os impactos do *stress* e *burnout* nos assistentes sociais, e que boas práticas neste domínio são apontadas pelos profissionais como eficazes.

4.5.1. ESTRATÉGIAS NOS DOMÍNIOS PROFISSIONAL E ORGANIZACIONAL PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO STRESS NOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

No que se refere à prevenção do *stress* e consequentemente de uma evolução para um diagnóstico de *burnout*, as estratégias de domínio profissional mencionadas pela amostra foram mais direcionadas para a autogestão dos seus planos de trabalho. Daqui registam-se como exemplos: a priorização de tarefas a desempenhar, a planificação antecipada do dia de trabalho, a adaptação do trabalho consoante as necessidades sentidas, realizar reuniões multidisciplinares, solicitar ajuda entre colegas e colaborar entre colegas.

“Eu acho que o stress e o burnout dependem muito da tua equipa de trabalho, se tiveres um bom suporte e se houver entreajuda e se todos tiverem a trabalhar para o mesmo e que a gente possa também ter alguns momentos de relaxamento e que também chegues a casa e que consigas desligar do que se passa, eu acho que consegues tolerar bem isso e o stress faz parte, não é, agora claro que se não tivermos um bom ambiente de trabalho vai levar te a um burnout mais facilmente. É muito importante teres um bom ambiente de trabalho, teres uma boa equipa, de forma que as coisas corram bem.” (AS4)

“Reunir com colegas as vezes há processos que acabam por ser mais longos, internamentos que as vezes tornam mais longos e as vezes são problemas simples que precisamos de um toque de um colega/reuniões de grupo, momentos de partilha são importantes, a partilha é importantíssima, conseguir identificar problemas, sermos capazes de estabelecer parcerias, dar ajuda a um colega que esteja menos bem” (AS14)

“A ideia é tentarmos entre todos, mesmo não tendo o mesmo perfil e a mesma capacidade de trabalho, mas o importante enquanto equipa e enquanto serviço tentarmos adaptar a forma de trabalho de cada serviço... quando o objetivo é sempre o mesmo, que é o doente”(...)“reuniões multidisciplinares também para discutir os casos, acho que isso é muito importante naquilo que nós fazemos também, que é discutir doente a doente e a sua situação e numa equipa multidisciplinar onde estamos todos representados, vemos dentro de casa área específica o que

é que cada um acha e onde a opinião de todos é valorizada para decidirmos qual é o melhor plano para o doente.” (...) “acho que a existência de uma equipa enquanto colegas de trabalho, uma equipa coesa, uma equipa que se consegue ajudar uns aos outros” (AS10)

“A minha estratégia é, priorizando aquilo que tenho de fazer e tive de aprender a lidar em sair do trabalho e me mentalizar que não consegui fazer todas as coisas que tinha proposto, planeio o meu dia” (AS12)

Além das estratégias com um enfoque em situações intrínsecas ou passíveis de serem geridas e controladas pelos próprios profissionais, foram também apontadas estratégias que poderiam ser implementadas a um nível mais abrangente da estrutura organizacional. Desta forma, quanto às estratégias de domínio organizacional que poderiam ser implementadas de forma a minimizar o impacto do *stress* e *burnout* na sua atividade profissional, os assistentes sociais repetiram algumas das estratégias anteriormente mencionadas. Porém, registam-se como respostas relevantes neste domínio: a necessidade de supervisão profissional, a necessidade de aumento salarial, mais recursos humanos, uma maior regularidade das reuniões de equipa multidisciplinar, a melhoria da liderança organizacional, um maior incentivo aos profissionais, maiores períodos de pausa e flexibilidade de horário laboral.

“a contratação de recursos humanos, criação de projetos/equipas novas, mas o serviço social continua pouco. O nosso serviço vai ter a contratação de uma assistente social e confesso que estou ansiosa com a sua chegada pois assim vai aliviar o meu trabalho.” (AS2)

“Os profissionais se sentirem mais envolvidos, sentirem-se parte de uma organização, sentirem-se parte de uma equipa” (...) “penso que falha aqui muito esta questão de não termos liderança.” (...) “nós gostamos de nos sentirmos ativos numa equipa, de sermos escutados, de sermos envolvidos, de sermos parte da decisão, de fazermos parte das soluções” (AS11)

“A supervisão profissional era uma delas, acho que haver um espaço de partilhas e de supervisão de práticas e de discussão de casos. Portanto acho que estes grupos de práticas seriam essenciais. Depois as outras se calhar não passam tanto por nós, aqui eventualmente uma maior clareza muitas vezes em relação a algumas funções que são requeridas ou desvio inclusivamente das funções que são essenciais, mas que não passa diretamente por nós, mas sim de cada organização em si.” (AS13)

Na Tabela 4 apresenta-se uma síntese das principais estratégias que deveriam ser, de acordo com os profissionais, empreendidas para que houvesse prevenção do stress, melhoram assim o clima organizacional, o bem-estar dos profissionais, a melhoria do funcionamento das equipas e, conseqüentemente, da qualidade dos serviços prestados.

Tabela 4 - Principais estratégias nos domínios organizacional e profissional para a prevenção do stress dos assistentes sociais na área da saúde

Estratégias organizacionais	Estratégias profissionais
<p>Priorização de tarefas de trabalho (pela organização)</p> <p>Aumento salarial da categoria profissional</p> <p>Aumento dos recursos humanos (mais assistentes sociais nas unidades de saúde)</p> <p>Supervisão profissional (apoiada pela organização)</p> <p>Reuniões multidisciplinares mais regulares e produtivas</p> <p>Reconhecimento da atividade profissional e das funções dos profissionais</p> <p>Flexibilidade horária e mais tempo para descanso do profissional</p>	<p>Priorização de tarefas de trabalho (pelo profissional)</p> <p>Entreajuda entre profissionais</p> <p>Distanciamento profissional, não se envolvendo a nível pessoal</p> <p>Reuniões multidisciplinares e trabalho colaborativo</p> <p>Planificação antecipada do trabalho a realizar em cada dia.</p>

Fonte: elaboração própria

Com base na tabela anterior podemos analisar as potencialidades destas estratégias na prevenção do stress, considerando as respostas dadas pelos assistentes sociais. Nota-se que quanto a este ponto a diferente incidência pandémica não é uma variável significativa quanto à convergência nas respostas.

Desta forma no domínio organizacional, uma maior aposta nos profissionais de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde é apontada como uma estratégia que poderia prevenir o stress. Neste ponto, engloba-se o aumento salarial que proporcionaria aos profissionais uma maior satisfação pela compensação monetária do trabalho, mas também a própria valorização e reconhecimento do papel dos profissionais e da importância da profissão na área da saúde. Por outro lado, o número de assistentes sociais afetos aos diferentes serviços e equipas de saúde é manifestamente insuficiente de acordo com os entrevistados, o que com o aumento de recursos humanos na área do Serviço Social faria com que os assistentes sociais pudessem ter menos

pressão e menos frustração pela incapacidade da resposta por falta de meios humanos. As reuniões multidisciplinares mais regulares seriam também uma forma de os assistentes sociais sentirem mais capacidade de organização do seu método de trabalho, pois alguns profissionais afirmam estar dependentes das equipas médicas e de enfermagem para a sinalização de situações que carecem de intervenção do Serviço Social. Aqui sublinha-se a valorização que é dada à supervisão profissional de forma que o trabalho realizado possa ser discutido e avaliado criticamente de forma que se torne mais eficiente e eficaz, contribuindo para a prevenção e atuação do *stress* laboral, devendo esta prática ser iniciativa das próprias organizações de forma a serem mais produtivas e obterem mais qualidade nos serviços prestados. Por fim, destaca-se que os profissionais afirmam necessitar de mais períodos de descanso, pois atualmente revelam estar a ultrapassar as horas de trabalho contratadas e a não ter as pausas regulamentares a que teriam direito. O descanso do profissional é fundamental para a prevenção do *stress*, mas muitas vezes não é possível de garantir face à urgência e emergência das situações com que intervêm. Neste sentido, seria importante que houvesse uma maior flexibilidade horária.

No domínio do profissional, isto é, de capacidade de gestão do profissional quanto a estratégias que partam da iniciativa dos próprios assistentes sociais como mecanismos para a prevenção do *stress*, a planificação antecipada do trabalho a realizar em cada dia e a priorização de tarefas de trabalho são apontadas como estratégias relevantes. O planeamento e a priorização de atividades devem respeitar as tarefas a serem desempenhadas, organizando-as em conformidade com as suas funções e com as necessidades dos serviços, contemplando períodos para situações de emergência. Daqui também é importante que se pratiquem formas de trabalho colaborativo e a entajuda entre profissionais, sendo os elementos da equipa e a coesão entre eles um suporte fundamental ao bem-estar em contexto laboral. Finalmente é mencionado que é necessário um distanciamento do profissional, não se envolvendo a nível pessoal nos casos que acompanha, pois há um desgaste emocional muito acentuado para quem trabalha na área da saúde.

4.5.2. MECANISMOS PARA ATENUAÇÃO OU RESOLUÇÃO DOS IMPACTOS DO *STRESS* E *BURNOUT* NOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

Os profissionais entrevistados determinaram alguns mecanismos de atuação e resolução dos impactos do mesmo *stress* e *burnout* na sua atividade profissional. O mecanismo mais referido pelos assistentes sociais foi a organização e definição de prioridades do trabalho, conforme também tinha sido apontado no que se refere a estratégias de prevenção do *stress*. Verificamos que não há uma diferença muito significativa entre o que poderia ser implementado como estratégia para prevenir o *stress* e *burnout*, ou como forma de atenuação e resolução dos impactos. No entanto, verifica-se que neste ponto, há uma maior individualização dos mecanismos mencionados, ou seja, uma maior responsabilização pessoal na resolução destes cenários.

“A nível profissional, na minha opinião, seria partilhar as coisas com as colegas, perceber as diferentes visões que existem, não é, partilhar para podermos solucionar um problema... também definir prioridades de trabalho, isso é muito importante.” (AS1)

“Delinear o seu trabalho, organizar, vai da competência pessoal de cada um, mas na minha perspetiva é a organização. Por vezes é difícil, mas havendo um fio condutor, estar tudo escrito e ver o que é que há para fazer, o que é que eu já fiz e o que é prioritário, é uma boa forma de trabalho.” (AS3)

“Temos de nos sentir bem no nosso local de trabalho e falar entre todos, para não cairmos em ciclos viciosos maus. Há que dar o nosso ponto de vista, dar novas orientações e haver um bom ambiente de trabalho.” (AS5)

“Há que garantir o melhor desempenho na sua atividade profissional... para isso... priorizando o tratamento das situações problemáticas de acordo com os critérios realistas e ... olhe, não se culpabilizar por não conseguir responder com a mesma determinação e empenho a todas as solicitações, acontece” (AS9)

“acho que devemos ter em mente que a aprendizagem, a formação, estes momentos de reflexão, de capacitação, de supervisão são importantes para a nossa formação pessoal, académica, mas também para o nosso aperfeiçoamento enquanto profissionais / a rotatividade de equipas seja importante, não estarem no mesmo serviço durante muitos anos. (...) . A partilha de informação, rotatividade de serviços, pedir ajuda, supervisão, ajudar colega que esteja em exaustão. As avaliações de desempenho às vezes levam-nos a ter de cumprir requisitos numéricos, mas devemos focarmos no pouco e bom. As esfias deviam estar sensibilizadas para isto, para o burnout, para que assim que alguma colega comesse a desenvolver algum sintoma a possamos ajudar e não deixar chegar ao seu limite.” (AS14)

Desta forma os mecanismos adotados pelos assistentes sociais para atenuação ou resolução dos impactos do *stress* e *burnout* são os seguintes:

- Focar-se na atividade profissional e saber manter o distanciamento da relação profissional, não se envolvendo a um nível pessoal íntimo com as situações.
- Manter registos sociais e procedimentos de trabalho atualizados.
- Apostar na sua formação contínua.
- Sentir-se parte integrante da equipa, pois é uma área em que o profissional trabalha em rede e em equipas multidisciplinares.
- Promover ambiente saudável entre pares, utentes e famílias.

- Ter como principal foco é o utente e que todo o trabalho deve ser direcionado para o mesmo.

4.5.3. BOAS PRÁTICAS PARA LIDAR COM O STRESS E BURNOUT E MINIMIZAR O IMPACTO DO MESMO NA INTERVENÇÃO SOCIAL

No que se refere às boas práticas para lidar com o *stress* e *burnout* nomeadas pelos assistentes sociais, estes profissionais acabaram por adotar práticas de forma a melhorar o impacto que o *stress* teve ou poderia ter na sua vida. Iremos perceber, pelos excertos das entrevistas, que os profissionais adotaram práticas para lidar com o *stress* idênticas aos mecanismos mencionados nos subcapítulos anteriores. Contudo, acrescentam-se as práticas mencionadas que passam por um exercício de bem-estar intrínseco e preservação da saúde mental como: relaxar, praticar atividade física, gerir emoções, fazer pausas ao longo do horário de trabalho, reforçar o trabalho em equipa e, por fim, ter um bom suporte familiar.

“Ter pausas é muito importante, tempo para carregar as baterias. No meu caso eu não tenho porque foi uma escolha minha, para poder ir para casa a horas minimamente decentes. Mas ouvir música relaxante por vezes ajuda-me no stress.” (AS2)

“Eu acho que isso (pausas) era essencial e deveria mesmo ser obrigatório, nós pararmos, respirarmos, vir à rua, dar um passeio, ar puro. (...) Precisamos muito disso, eu acho que não faz mal nenhum um funcionário ter de parar por 5 ou 10 minutos para relaxar um bocadinho e ter uma conversa com o colega ou ao poder fazer uma pausa porque só o facto de vir à rua respirar um bocadinho eu acho que isso já é um grande alívio e já nos ajuda a recuperar a energia. (...) Olha eu sou muito apologista de sair do meu trabalho e de vestir um fato treino e ir dar uma caminhada. eu acho que só aquela meia hora ou 45 minutos em que estou a andar e faz-me um bem à cabeça “medonho” e eu acho que cada um tem que arranjar as suas estratégias. Há colegas que vão ao ginásio, há outros que recorrem à meditação, há outros que fazem Reiki...” (AS4)

“Fazer exercício. Perceber o nosso horário de trabalho, apesar de ser difícil não trabalhar fora das nossas horas. Saber separar o profissional do pessoal, gerir emoções” (AS5)

“Acho que a primeira é mesmo não trazer para a nossa vida pessoal aqueles que são os conflitos, os dilemas, todos os problemas que temos no local de trabalho, todas as situações que ficam por resolver, que ficam pendentes, para a nossa vida pessoal porque de facto prejudica-nos a nós como às pessoas que estão connosco, aos nossos amigos e aos nossos familiares, isso prejudica as nossas relações, sem dúvida (...) o facto de termos o apoio da nossa família” (AS10)

“No fundo é cuidarmos de nós próprios, nunca deixarmos de cuidar. Rentabilizar o nosso tempo, apesar de cada um ter o seu método de organização. Tentar dar resposta àquilo que é prioritário.

Temos espírito de entre ajuda, a equipa é fantástica. Solidariedade entre colegas. O stress é causado por isto, por multiplicidade de funções, falta de recursos humanos, etc. só conseguimos dar resposta ao prioritário. Saber lidar com a frustração.” (AS12)

“Efetivamente eu acho que o trabalho em equipa, a equipa entre pares e a equipa de acordo com cada dinâmica institucional é fundamental, porque isto implica uma partilha, o envolvimento dos outros, o não sentirmos situações como sendo apenas nossas. Eu diria que para além das estratégias que são desenvolvidas a nível pessoal, coisas alternativas, como por exemplo ioga, atividades deste género, além disso, dentro daquele que é o contexto de trabalho, tentar apelar ao trabalho em equipa.” (AS13)

Assim, podemos perceber que as boas práticas refletem estratégias que são pessoais, muito associadas ao estilo de vida da cada profissional e à sua rede informal, mas que acabam por estar também dependentes do clima organizacional. O conceito de boas práticas foi utilizado neste ponto, devido à pergunta ter sido direcionada com esta terminologia. Porém, aquilo que são boas práticas para uns profissionais, podem não ser ajustadas à vida ou ao contexto de outros, pelo que apenas se apresentam as experiências positivas que contribuem para gerir e lidar com *stress*, recorrendo aos testemunhos recolhidos. Para finalizar, destaca-se que estas boas práticas se apresentam como comuns a muitos destes profissionais, mesmo trabalhando em contextos distintos, em diferentes regiões do país e com diferentes níveis de incidência pandémica.

CONCLUSÕES

A saúde passa por inúmeros desafios em pleno século XXI, mas o ano de 2020 ficou marcado pelo aparecimento do vírus SARS-CoV-2, que origina a doença COVID-19, causando uma pandemia. Podemos ver que a pandemia trouxe um conjunto de preocupações de níveis individuais e coletivos, especialmente na resposta aos cuidados de saúde. Este estudo visou analisar a percepção de assistentes sociais sobre a problemática de investigação, considerando diferentes áreas de exercício profissional no campo da saúde, nomeadamente em cuidados de saúde primários, em cuidados continuados integrados e paliativos, em unidades de saúde familiar, em cuidados de saúde gerais ou especializados, em saúde mental e comunitária e na promoção de saúde em grupos específicos. Como mencionado, os assistentes sociais lidam com questões sociais delicadas e sensíveis, que em contexto de pandemia se tornam mais complexas e inerentes a respostas urgentes.

No domínio da abordagem metodológica clarificou-se que este estudo tem uma natureza exploratória e descritiva e que não visava produzir generalizações, mas sim explorar e descrever a realidade estudada. Foi também apresentada a amostra de participantes que integraram este estudo, bem como a sua caracterização sociodemográfica e a pertinência da seleção efetuada. Ainda dentro da metodologia qualitativa, justificou-se a escolha da abordagem científica e das técnicas de recolha de dados, apresentando as vantagens da entrevista semiestruturada como técnica de recolha de dados e como decorreu a colaboração entre os entrevistados e a investigadora. Quanto ao tratamento de dados foi apresentada e justificada a análise de conteúdo categorial como técnica, explicando-se os procedimentos que foram seguidos pela investigadora. Por último mencionaram-se as limitações da investigação, sendo estes maioritariamente condicionadas por fatores externos.

De forma a enquadrar o tema desta investigação com o contexto atual em que vivemos, existe uma parte em que foram descritos os desafios contemporâneos na área da saúde e o aparecimento da COVID-19, tais como as consequências desta crise pandémica. Fazendo a ponte com o Serviço Social, foi possível verificar que os assistentes sociais deviam assegurar o acesso dos cidadãos aos seus direitos e aos cuidados de saúde. Verificou-se que a pandemia veio acentuar as desigualdades sociais e que durante a crise pandémica o Serviço Social teve de enfrentar momentos desafiantes para atender às necessidades urgentes que apareciam. Para além dos assistentes sociais já estarem expostos a atividades potenciadoras de *stress*, a pandemia trouxe alguns fatores que podem levar a níveis de *stress* elevados e a conflitos internos e externos, como o surgimento de consequências que podem aparecer ao nível psicossocial e da saúde mental dos profissionais que exercem atividades na área da saúde.

Atendendo à primeira parte do que foram os resultados deste estudo, isto é, a caracterização dos entrevistados e as suas competências e funções no âmbito da saúde, pudemos perceber

que ambas estavam relacionadas, deixando a impressão que independentemente do serviço e do nível de incidência da pandemia em que os assistentes sociais se encontravam, as funções e competências comuns da profissão estão a ser aplicadas em consonância com as que desempenhavam anteriormente.

Não obstante, foram verificados efeitos da pandemia na atividade profissional dos assistentes sociais na área da saúde, em que a atual crise que vivemos veio alterar as dinâmicas de trabalho dos serviços de saúde, tendo alguns impactos bastante negativos, segundo a opinião dos entrevistados. Estes impactos passaram pela existência de conflitos internos e pela dificuldade de articulação com outras respostas sociais da comunidade, pois muitas delas tiveram de encerrar e outras continuavam sem capacidade de resposta. Com todas as limitações que a COVID-19 trouxe consigo, o afastamento e distanciamento entre profissionais e utentes/familiares foi visível, pois muitas vezes os atendimentos não puderam ser feitos presencialmente. Este afastamento também se deveu ao facto de as visitas hospitalares terem sido canceladas ou restritas. Registou-se também que houve serviços fechados e que nem todas as pessoas tinham à vontade para lidar com as novas tecnologias.

Nos setores sociais e da saúde, a atenção esteve direcionada para a chegada do novo coronavírus e para as implicações que este trazia, como o maior número de casos urgentes para resolver, a alteração no acompanhamento no processo de utentes e a adoção de novas medidas de trabalho. A comunicação entre equipas e utentes/familiares por telefone e email em regime de teletrabalho, revelaram também a oportunidade de entreaajuda e de inovação através do trabalho por meios digitais. Estas mudanças foram sentidas por todos os profissionais entrevistados, contudo mais sentidas pelos assistentes sociais que estavam inseridos nos contextos de maior incidência da crise pandémica. Além dos aspetos limitadores, as mudanças nas respostas foram também entendidas como algo positivo, sendo que foram criadas novas linhas de apoio e novas respostas sociais para a crise que se enfrentava.

A grande maioria dos profissionais referiu que as medidas políticas não chegavam, atempadamente, eram constantemente alteradas ou não eram direcionadas para o Serviço Social. Registou-se, ainda, que algumas medidas institucionais se sobrepunham às medidas políticas e que com isso gerava uma certa incerteza nos procedimentos a adotar. Todos os serviços tiveram de se readaptar à sua realidade, sendo possível perceber que os entrevistados dos contextos com baixo nível de incidência pandémica referiram que as medidas eram demasiado restritas para a sua realidade. A realidade da Região Autónoma dos Açores foi distinta no número de casos COVID-19, sentindo-se também menos pressão das medidas adotadas.

Na generalidade, estas orientações trouxeram um conjunto de implicações para a atividade profissional dos assistentes sociais, como um maior *stress* nos profissionais, utentes e famílias, falta de condições para o teletrabalho, dificuldade na articulação com outros serviços, dificuldade na articulação com utentes e seus familiares, reorganização do trabalho e adaptação do

funcionamento das equipas de serviço. Verificou-se, ainda, o surgimento das equipas espelho e a redução dos serviços externos, gerando insegurança, desmotivação e desgaste emocional face ao contexto inesperado e aos riscos de contágio.

Desta forma, os níveis de *stress* fizeram-se sentir com a chegada da COVID-19, compreendendo-se que existem causas de *stress* que foram identificadas como manifestas antes e após o surgimento da pandemia. O facto de os assistentes sociais intervirem com uma população vulnerável em diferentes dimensões, obrigou a uma maior atenção dos profissionais. A sobrecarga de trabalho, a multiplicidade de funções, o cansaço e até a diminuição da qualidade do atendimento profissional foram aspetos referidos para os quais têm de ser implementadas medidas de gestão do *stress*. A pressão exigida aos assistentes sociais para a resolução dos casos, designadamente para as altas sociais e para o encaminhamento de utentes para as respostas adequadas na comunidade sempre foi presente como fator de maior *stress*, tendo a chegada da pandemia agravado esta pressão. Portanto, muitas das vezes, a especificidade do *stress* nos assistentes sociais deve-se à responsabilidade e exigência do próprio exercício profissional, o que nos permitiu caracterizar os fatores e causas do *stress* nos contextos laborais da área da saúde, nomeadamente do Serviço Social durante a pandemia.

Quanto às causas de *stress* com efeitos nos profissionais, há uma relação com a própria organização onde desempenham funções. A maioria dos participantes do estudo estavam satisfeitos com as suas condições de trabalho, porém fazendo referência que poderiam ser melhores em termos de recursos financeiros e logísticos. Há também referência a uma maior necessidade de reconhecimento da autonomia e capacidade de decisão do Serviço Social relativamente a outros profissionais de saúde dentro de equipas multidisciplinares. A necessidade face à ausência do reconhecimento da profissão e do trabalho do assistente social, seja por fatores externos ou internos, geraram segundo os entrevistados um maior nível de *stress*.

Muitas das consequências do *stress* manifestadas no discurso dos assistentes sociais são consequências tanto a curto com a longo prazo, nomeadamente: a tensão, a dificuldade em manter o distanciamento da vida pessoal para a profissional, a sobrecarga de trabalho, desânimo, desinteresse, alguma ansiedade, confusão, alteração nas competências relacionais, dificuldades em saber gerir as suas emoções, faltas ao trabalho e, em casos extremos o aparecimento de sintomas físicos e psicológicos que evoluem para quadros de doença. Assim, tendo também com o objetivo de compreender a perceção dos assistentes sociais sobre o impacto do *stress* e do *burnout* nas práticas profissionais, conseguimos perceber que não houve um aumento significativo do *stress*, pois como referido, mesmo antes da pandemia a atividade profissional dos assistentes sociais na área da saúde já era propícia ao *stress*. No entanto, um terço das pessoas entrevistadas referiram que já estiveram numa situação de *burnout*, embora

nenhuma afirmasse que sentiu que tinha entrado numa situação de *burnout* após o surgimento da crise pandémica.

Quanto à identificação dos impactos do *stress* e do *burnout* na intervenção dos assistentes sociais na área da saúde, além dos impactos já mencionados, achamos relevante salientar que vários assistentes sociais consideram que viram as suas competências relacionais alteradas e sentiram fragilidade emocional, sentido que isso teria efeitos no seu desempenho profissional. Com isto, percebermos que a relação com os utentes e famílias ficou fragilizada, seja pela falta de capacidade relacional, pela diminuição de empatia ou pela falta de tempo necessário a dedicar a cada utente e às suas necessidades. Todavia, a grande maioria dos profissionais não referiu que a relação ética com os utentes tivesse sofrido alterações.

Por fim, procurámos sistematizar de estratégias para a prevenção e gestão do *stress* adotadas pelos assistentes sociais na área da saúde. Desta forma identificaram-se estratégias no domínio da gestão do profissional e de domínio de gestão organizacional para prevenir o surgimento ou aumento do *stress*. Independentemente da localização geográfica do profissional, ou do tipo de organização ou serviço, as respostas foram comuns. Assim, destaca-se a importância do trabalho em equipa, colaborativo e em rede, a capacidade de organização pessoal e definição de prioridades de atividades, assim como se devem adaptar consoante as necessidades. Também se destaca que a supervisão profissional é apontada como uma estratégia do domínio organizacional, associada a outras medidas como o tipo de liderança e a flexibilidade no horário de trabalho, ou uma melhor remuneração salarial. As práticas a adotar para melhorar o impacto do *stress* a um nível mais individual passam, essencialmente, por fatores pessoais e externos ao trabalho, isto é, focaram-se nas atividades de lazer, como a prática de exercício físico, ter um bom suporte familiar e promover o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal.

Desta forma, torna-se presente que o *stress* e o *burnout* nos profissionais é caracterizado por diferentes fatores que perante um contexto incerto como o que se vive na atualidade devido à COVID-19, pode gerar impactos não só diretamente nos profissionais de saúde, em particular assistentes sociais, como consequentemente na qualidade dos serviços por eles prestados. Torna-se, portanto, importante refletir sobre os desafios aqui elencados de forma que se possa prestar um melhor serviço aos cidadãos e preservar a saúde mental dos profissionais. Na contemporaneidade, ignorar esta questão é retroceder na afirmação que o Serviço Social conquistou na área da saúde e que se demonstra fundamental enquanto agente promotor de direitos fundamentais, como o direito à saúde, entre outros.

Após a conclusão desta investigação, considera-se que haja um maior aprofundamento desta temática não só no que refere aos impactos do *stress* no âmbito da pandemia, mas como em outras áreas de intervenção do Serviço Social. No que se refere à área da saúde, procuramos que estes desafios identificados possam contribuir para um melhor bem-estar dos profissionais e consequentemente para ambientes laborais saudáveis, cujas causas e impactos do *stress*

possam ser minimizadas. Apesar deste estudo se ter centrado no atual contexto pandémico, as questões de saúde mental ligadas a profissões de intervenção social devem ser um tópico a desenvolver mesmo após a pandemia, pois como verificado esta não é uma realidade nova no quotidiano profissional e carece de atenção quer dos próprios profissionais, quer das universidades para que seja produzido conhecimento sobre esta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, João Ferreira de Machado. et all (1994) - Introdução à sociologia. Lisboa: Universidade aberta.

ASSOCIAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL.[APSS] (2018). Definição Global da profissão de Serviço Social. Lisboa: Associação de profissionais de Serviço Social. [Consult. 5 Nov. 2020]. Disponível em WWW: < URL: <https://www.apss.pt/> > .

BARBOSA, Ana Maria dos Santos Ferreira Virtuoso Alves (2012) - A relação e a comunicação interpessoais entre o supervisor pedagógico e o aluno estagiário. Lisboa : Escola Superior de Educação João de Jesus. Dissertação.

BARDIN, Laurence (1977) - Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BATISTA, Eraldo Carlos; MATOS, Luís Alberto Lourenço; NASCIMENTO, Alessandra Bertasi - A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, 11(3), p.23-38,. ISSN 1980-7031

BRANCO, Francisco e FARÇADAS, Maria (2012). O Serviço Social nos cuidados de saúde primários: contexto, perspetivas e desafios.In CARVALHO Maria Irene de - Serviço Social na Saúde (pp.1-23). Lisboa: PACTOR.

CAMPOS, Luís; MANSINHO, Kamal; TELLES DE FREITAS, Paulo; RAMOS, Vitor; SAKELLARIDES, Constantino (2020) - Os desafios dos hospitais perante a COVID-19 e a gripe sazonal do Outono-Inverno de 2020-21. Lisboa : Revista Científica da ordem dos médicos, Acta Med Port2020 Nov, 33(11):716-719

CARDOSO, Júlia; VILAR, Duarte; CASQUILHO-MARTINS, Inês (2020) - Relatório do estudo – Desafios ao Serviço Social no contexto da COVID-19. Lisboa: Centro de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social – CLISSIS 2020

CARRERA, Joana Filipa Garcia Figueiredo (2011) - Stress e Burnout: um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS'S. Lisboa : UTL – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Dissertação

CARVALHO, Maria Irene de (Coord.) (2012) - Serviço Social na Saúde. Lisboa: PACTOR

CASQUILHO-MARTINS, Inês (2022). Consequences of COVID-19: Limitations to the Quality of Palliative Care and Social Work Intervention. Journal Of Social Work In End-Of-Life & Palliative Care, 1–4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15524256.2022.2050338>

CASQUILHO-MARTINS, Inês; FERREIRA, Soraia (2022). Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal within the European Framework. Societies 2022, 12, 55. <https://doi.org/10.3390/soc12020055>

CONVENÇÃO EUROPEIA (2000). Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Jornal Oficial Da União Europeia. 7.6.2016 .C202/389

COUTINHO, Luísa Pereira; MARTELO, Sofia. (2020) - Guia de Intervenção COVID 19 – Serviço Social nas Equipas Técnicas Especializadas em Comportamentos Aditivos e Dependências. Associação de Profissionais de Serviço Social

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2007) - Manual de boas práticas para os assistentes sociais na saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados. Lisboa: DGS.

DUARTE, Ivone; SERRÃO, Carla (2020) - Impacto da COVID-19: o papel da resiliência na depressão, ansiedade e no burnout em profissionais de saúde. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), do CINTESIS

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (2020) - Informação de monitorização-impacto da pandemia COVID-19 no sistema de saúde – período de março a junho de 2020. Porto: ERS 2020.

FAZENDA, Isabel (2012) – Serviço Social na área da saúde mental; Princípios, Modelos e Práticas. In Carvalho, Maria Irene de (2012) - Serviço Social na Saúde (pp.219-250). Lisboa: FACTOR.

GIL, António Carlos (1946) - Como elaborar projetos de pesquisa, 4ª ed. São Paulo: Atlas,

GOMES, António Rui; CRUZ, José Fernando (2004) - A experiência de stresse e “burnout” em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. Psicologia: teoria, investigação e prática. ISSN 0873-4976. 9:2 (2004) 193-212.

GOULÃO, Marta Pereira de Lima de Mello e Sampayo (2017). Efeitos do clima de comunicação organizacional no "stress", "work" "engagement" e comportamentos extra-papel [Tese de doutoramento, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/15427>

JESUS, Ana Catarina Carreiras de (2017) - Alta Hospitalar, Serviço Social E Direitos Humanos. Lisboa: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação.

JOHNSON, Brenda; CÔRTE-REAL, Fátima (2000) - O som do silêncio: uma reflexão a partir do serviço social de saúde em hospital. Intervenção Social. Lisboa: Repositório das Universidades Lusíada (21), 33-44.

LOPES, Maria Augusta, RIBEIRO, Ana Rosa; SANTO, Inês Espírito; FERREIRA, Fátima; FREDERICO, Luís. (2012) - Serviço Social e qualidade em contexto hospitalar. In CARVALHO, Maria Irene de. (coord.). Serviço Social na Saúde (pp.25-53). Lisboa: Pactor.

MARCELO, Vânia Cristina Manteigas (2017) - Burnout e Stress nos Assistentes Sociais. Lisboa: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação

MENDES, José; CABRAL, Hélia; MELO, Flávia (2021) - Burnout em profissionais de Serviço Social durante a pandemia de COVID. Revista portuguesa de investigação comportamental e social, 7(1), 25-40.

MIRANDA, Susana Cristina Cerqueira (2011) - Stress ocupacional, burnout e suporte social nos profissionais de saúde mental. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação.

MONTEIRO, Ana Paula; CUNHA, Pedro; SIMÕES, Margarida e RELVA, Inês (2021) – Conflitos Psicossociais e saúde mental em período de pandemia. In CUNHA, Pedro; MONTEIRO, Ana Paula - Gestão de conflitos na saúde (pp.197-212). Lisboa: PACTOR.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize (2011) - Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. RAC. Curitiba. v.15,nº.4 (2011) 731-747

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. (2011) - Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração / Maxwell Ferreira de Oliveira. Catalão: UFG. 72 p.:il.

OMS (2014) - Mental health: a state of well-being. [Consult. 6 maio 2022]. Disponível em WWW: < URL news.un.org > .

OMS (2020) - Urgent health challenges for the next decade. [Consulta. 2 abril 2022]. Disponível em WWW: <URL news.un.org > .

ONU (1999) - Direitos Humanos e Serviço Social – Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social. Lisboa: Departamento Editorial do ISSScoop

ONU. Diário da República. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos (217 [III] A). [Consult. 10 Nov. 2020]. Disponível em WWW: < URL: <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos> >.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan. V (1998) - Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ªed. Lisboa: Gradiva.

RAMOS, Maria Altina da Silva (2005) - Crianças, tecnologias e aprendizagem: contributo para uma teoria substantiva. Braga: Universidade do Minho. Tese.

REBELO, Helena Isabel Avelino (2013) - O burnout nos profissionais de equipas multidisciplinares de apoio à medida do Rendimento Social de Inserção, no distrito da Guarda. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Dissertação.

SAKELLARIDES, Constantino (2020) - SNS: dos desafios da atualidade às transformações necessárias. Revista Científica da ordem dos médicos. Acta Med Port 2020 Fev, 33(2): 133-142

SANTOS, Marta Filipa de Jesus dos (2017) - A Prática Profissional Do Assistente Social Em Contexto De Cuidados De Saúde Primários Infantojuvenis. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Dissertação.

SANTOS, Rita Menezes dos (2010) - Exigências laborais associadas ao stress profissional e bem-estar laboral: O papel moderador da coesão grupal percebida. Lisboa: ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação.

SILVA, Glauco Peres da (2018) - Desenho de pesquisa. Coleção Metodologias de pesquisa. Brasília: Enap.

SOUSA, Isabel de (2015) - Serviço Social em debate: que referenciais genéricos?. Intervenção Social, nº42/45, pp.11-23.

UGT (s.d). - STRESS no Local de Trabalho: Riscos, Efeitos na Saúde e Prevenção. Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho.

VERGARA, Sylvia Constant (1997) - Métodos de pesquisa em administração. São Paulo: Atlas

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946

Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de setembro

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto

Lei n.º 36/98, de 24 de julho

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio

Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro

Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro

Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DE ENTREVISTA

Introdução

A presente entrevista está inserida no estudo da dissertação de mestrado em Serviço Social, com o título: Stress e *Burnout* dos assistentes sociais na área da saúde em contexto de pandemia. Esta investigação tem como objetivo geral analisar os fatores de stress e de *burnout* nos assistentes sociais da área da saúde durante a pandemia COVID-19, identificando os seus impactos na intervenção profissional e as boas práticas de gestão do stress adotadas. Conforme referido, a sua participação será totalmente anónima e confidencial e os dados recolhidos serão inteiramente utilizados para fins académicos e científicos desta investigação.

Assim sendo, dá-me autorização para gravar a nossa conversa?

Sinta-se inteiramente à vontade para responder abertamente às questões e em caso de alguma dúvida estarei disponível para esclarecer. Agradeço o seu contributo na participação deste estudo. Podemos começar?

Aplicação das perguntas do guião

1 – Atendendo aos dados sobre a pressão no Sistema Nacional de Saúde e o desgaste dos profissionais de saúde, nomeadamente em contexto hospitalar, qual é a sua perceção sobre o impacto da pandemia nas respostas no acesso e cuidados de saúde?

2 – Como caracteriza a influência das orientações estratégicas ao nível político e institucional no exercício profissional dos assistentes sociais durante a pandemia?

3 – Qual a influência dessas orientações, ou a ausência delas, nos profissionais e no agravamento de fatores de stress laboral?

4 – Identifique diferenças entre o tipo de causas do stress nos assistentes sociais, antes e após o surgimento da pandemia?

5 – Na sua opinião, o stress nos assistentes sociais que trabalham na área da saúde é semelhante comparativamente a outros profissionais de saúde, ou apresenta singularidades que o tornam distinto? Por favor, comente a sua resposta.

6 – Considerando que existem diferentes tipos de stress, nomeadamente positivo e negativo, como tipifica o stress na sua atividade profissional?

7 – Quais as competências e funções de um(a) assistente sociais que são fundamentais para os profissionais que intervêm na área da saúde?

8 – Que influência(s) é que a especificidade destas competências e funções podem ter no desenvolvimento do stress e *burnout* dos profissionais?

9 – Especificamente, quanto ao seu contexto laboral, como caracteriza o clima organizacional e as condições de trabalho?

10 – Que influência(s) é que o próprio contexto laboral tem no desenvolvimento do stress e *burnout* dos assistentes sociais e na sua intervenção?

11 – Na sua opinião, quais os principais problemas que a curto e longo prazo, se apresentam como consequências do stress e do *burnout* nas práticas profissionais?

12 – Como assistente social a exercer funções na área da saúde, já sentiu que estava numa situação de *burnout*? Se sim, o que sentiu que a/o pode ter conduzido a esse estado?

13 - Considerando o momento de crise sócio sanitária, provocada pela pandemia da COVID-19, que mudanças identifica nas respostas do Serviço Social na área da saúde?

14 – Que efeitos é que o stress e o *burnout* dos profissionais têm nas respostas do Serviço Social aos cidadãos em contexto de saúde?

15 – Com base na sua experiência profissional, quais foram os principais desafios que a pandemia trouxe aos assistentes sociais na área da saúde, em particular às práticas profissionais neste domínio?

16 – Atendendo às suas respostas anteriores e ao contexto atual da pandemia, quais os principais impactos do stress e do *burnout* nos assistentes sociais na área da saúde na relação ética com os utentes?

17 - De acordo com a sua experiência profissional, como é que gere ou geriu as situações de stress e *burnout* no seu contexto profissional?

18 - Que estratégias nos domínios organizacional e profissional poderiam contribuir para a prevenção e gestão do stress dos assistentes sociais na área da saúde?

19 – Que boas práticas podem adotar os assistentes sociais para lidar com o stress e *burnout* e minimizar o impacto do mesmo na intervenção social?

Finalização

Muito obrigada pela sua colaboração, irei parar a gravação da entrevista.

ANEXO 2 – CONSENTIMENTO INFORMADO



Universidade Lusíada
Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa
Mestrado em Serviço Social

Formulário de Consentimento Informado

O atual trabalho de investigação, intitulado “Stress e *Burnout* dos assistentes sociais na área da saúde em contexto de pandemia”, inserido num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Serviço Social, no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, da Universidade Lusíada de Lisboa.

Eu, _____ declaro que aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Diana Contente Ferreira, no âmbito da dissertação de Mestrado em Serviço Social. Foram-me explicados e compreendo os objetivos deste estudo e que a minha participação é voluntária, podendo retirar-me a qualquer altura sem que tal tenha consequências para mim.

As informações recolhidas serão efetuadas através de uma entrevista que deverá ser gravada para permitir uma melhor compreensão dos factos e análise dos dados.

A informação obtida neste estudo é estritamente confidencial e a identidade dos participantes não será revelada a terceiros.

Assinaturas

Investigador: _____

Participante: _____

Data: _____

ANEXO 3 – GRELHA DE ANÁLISE

Categoria	Subcategoria	Unidade de análise	Observações
Caracterização do/a entrevistado/a e da atividade profissional	Sexo		
	Idade		
	Concelho onde intervém		
	Ano licenciatura		
	Anos de experiência profissional na área da saúde		
	Contexto trabalho		
	Assistentes sociais na saúde		
	Competências profissionais		
	Principais funções exercidas		
Impactos da pandemia nas respostas e cuidados de saúde	Impacto da pandemia nos serviços de saúde		
	Impacto da pandemia nas respostas e acesso a cuidados de saúde		
	Principais mudanças nas respostas e acesso a cuidados de saúde		
	Desafios à profissão		
Orientações estratégicas para a atividade profissional	Nível político		
	Nível institucional		
	Influência das orientações recebidas nos profissionais		
Fatores e causas do stress e <i>burnout</i>	Fatores		
	Causas (tipos)		
	Causas antes pandemia		
	Causas pós pandemia		
	Especificidades do stress em função da profissão		
	Influência das orientações recebidas no agravamento do stress laboral		
Caracterização do clima organizacional	Condições de trabalho		
	Graus de autonomia		
	Relações entre colegas		
	Reconhecimento profissional		
	Respeito profissional		
Consequências do stress e <i>burnout</i> na prática profissional	Influência no contexto		
	Consequências a curto prazo		
	Consequências a longo prazo		
	Sensação <i>burnout</i>		
	Sintomas		
Estratégias de combate ao stress e <i>burnout</i>	Efeitos		
	Impactos com os utentes		
	Relação ética		
	Estratégias domínio profissional		
	Estratégias domínio organizacional		
	Boas práticas		
	Mecanismos para atenuação ou resolução dos impactos		

