

Coping Resiliente e Burnout em assistentes sociais da saúde na primeira vaga da Pandemia COVID-19 em Portugal e Espanha

Sónia Guadalupe*
Inês Espírito Santo**
Laura Morro Fernández***

517

Resumo

Os assistentes sociais na área da saúde enfrentaram um exigente desafio profissional durante a Pandemia de COVID-19 que teve repercussões multidimensionais. Os estudos com profissionais de saúde sobre Burnout e estratégias resilientes têm sido considerados relevantes e ganharam especial atenção pela sua posição na resposta à Pandemia. Aqui evidenciamos os riscos de Burnout e a potencial proteção do coping numa profissão que estabelece mediações na dimensão social da saúde e da doença. Tivemos como objetivo compreender o seu impacto nos assistentes sociais que trabalharam na área da saúde em Portugal e Espanha durante a primeira vaga, analisando os níveis de coping resiliente e de Burnout. Participaram 336 assistentes sociais de Portugal (n = 252) e de Espanha (n = 84). Apesar da percepção elevada de stressores multidimensionais (a nível pessoal, relacional, profissional e organizacional), os riscos de Burnout foram moderados a baixos. A predisposição para o burnout por despersonalização foi residual (1,8%), mas por baixa realização pessoal (18,8%) e por exaustão emocional (21,4%) foram mais elevados, no entanto a maioria não evidenciou risco de Burnout. Os níveis de coping resiliente apresentados perante a pandemia COVID-19 foram baixos (47%) ou moderados (29,8%), havendo 23,2% com níveis elevados. A agregação de Burnout e coping em três perfis de risco revela diferenças na percepção do receio de implicações em trabalhar com doentes, ao impacte sentido no trabalho e no apoio sentido na unidade de saúde. Devem ser promovidas estratégias de suporte e de resiliência que favoreçam o bem-estar psicossocial e profissional dos assistentes sociais na área da saúde, especialmente em emergência.

Palavras-chave: Serviço Social. Burnout. Resiliência. Pandemia. Risco ocupacional.

INTRODUÇÃO

A pandemia por COVID-19 trouxe importantes desafios à sociedade, aos sistemas de saúde e aos profissionais que trabalham na área da saúde. Desde o início da crise de saúde pública, os profissionais da área da saúde têm merecido especial atenção pela sua posição fulcral na resposta à pandemia. Neste contexto, o trabalho dos assistentes sociais da área da saúde apresenta enormes margens de incerteza e diversos stressores, assim como necessidades adaptativas que interessa

conhecer.

Na abordagem ao impacte disruptivo e desafiante da pandemia de COVID-19 nos profissionais, têm tido destaque na literatura recente estudos sobre o Burnout com amostras de profissionais de saúde^{1,2,3,4}. O Burnout é perspetivado neste estudo como um estado de exaustão que resulta do envolvimento numa situação específica de trabalho emocionalmente exigente³, como é a desencadeada pela COVID-19. Interessa

DOI: 10.15343/0104-7809.202145517532

*Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra/Portugal.

**Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE-IUL. Lisboa/Portugal

***Jefa Unidad de trabajo social Parc de Salut Mar. Barcelona/Espanha

E-mail: soniaguadalupe@gmail.com

também abordar a capacidade para lidar com stressores, potenciando o ajustamento positivo e a superação de situações adversas⁵ através da abordagem aos processos de coping resiliente num contexto de adversidade significativa^{1,6}.

O impacte na saúde mental dos profissionais de saúde e na sua relação com o trabalho durante pandemias anteriores, tais como a da gripe e SARS em 2003, foi reportado na literatura⁷. Estudos com profissionais de saúde que trabalharam durante a pandemia da COVID-19 evidenciaram o impacte negativo que o stress, a ansiedade e o Burnout têm na sua qualidade de vida^{1,4,8}. O contexto incerto e de ação na emergência associam-se ao sentimento de insegurança no ambiente de trabalho³. As incertezas dos profissionais colocam-se na esfera individual e profissional, mas alargam-se a outros sistemas relacionais. Trabalhar com pessoas suspeitas ou infetadas com COVID-19 reforça inquietações e exerce pressão^{1,9}, aos quais se acrescentam fatores pessoais (medo de ficar infetado ou em isolamento, ou medo de ter um familiar infetado), fatores sociais (estigma social contra profissionais de saúde) e esgotamento³. São também referidas manifestações de ansiedade em torno da escassez de equipamentos de proteção individual e do risco de infeção do próprio e dos seus familiares^{9,10}.

Um estudo com profissionais de saúde em Portugal concluiu que, durante a pandemia da COVID-19, mais de metade apresentaram sinais de Burnout, stress e ansiedade, com particular impacto emocional e físico atribuído à exposição dos profissionais a “exigências sem precedentes”, como a mortalidade, o racionamento de equipamentos de proteção individual, a pressão, o medo de contágio e dilemas éticos², mas paralelamente, cerca de 80% consideram ser capazes de lidar com situações difíceis e potencialmente stressantes². Em Espanha um estudo com profissionais hospitalares evidenciou a ansiedade, e sublinhou particularmente os pensamentos e comportamentos suicidas em 8,4% dos profissionais¹¹. Os assistentes sociais

que estejam na linha de frente da crise de saúde pública resultante da pandemia, especialmente os que trabalham na área da saúde, terão estado expostos ao mesmo tipo de stressores que os restantes grupos profissionais que intervêm no sistema de saúde.

Na profissão de assistente social, o Burnout tem vindo a tornar-se em vocabulário do quotidiano para abordar o stress e a sobrecarga associada ao trabalho¹², no entanto, podem interagir e sobrepor-se fatores de esgotamento pessoal, profissional e social^{13,14}. O esgotamento do assistente social não se limita ao ambiente profissional durante uma pandemia global¹⁵, acrescentando-se a crise social e a incerteza, sendo fundamental diversificar e usar estratégias criativas para lidar com a situação e para trabalhar¹³.

É, por isso, relevante conhecer o coping e a resiliência dos profissionais de Serviço Social, sendo que o coping remete para a adaptação a uma situação num dado momento e a resiliência para processos dinâmicos ao longo do tempo⁵. Um estudo com assistentes sociais durante a pandemia evidencia o papel mediador do coping emocional entre as exigências do trabalho e o distress psicológico¹⁶.

Estudos sobre Burnout com assistentes sociais anteriores à pandemia revelam a relevância do Burnout entre este grupo profissional, apesar de apresentarem prevalências distintas, destacando a exaustão emocional, as condições laborais e de carreira, as cargas de trabalho, assim como fatores externos^{17,18,19}, indicando o reconhecimento inter pares como fator protetor¹⁹.

Os assistentes sociais a nível internacional enfrentaram desafios semelhantes durante a pandemia^{20,21}, no entanto, os assistentes sociais nos diferentes países, designadamente em Portugal e em Espanha, têm lidado com flutuações e agravamentos pandémicos com intensidades e impactes distintos, evidenciando a literatura que a COVID-19 pode constituir só por si um fator de risco para o stress entre profissionais de saúde²².

Assim, o objetivo do estudo foi compreender

o impacto da COVID-19 nos assistentes sociais que trabalham na área da saúde, analisando os seus níveis de coping resiliente e de Burnout. Colocamos a hipótese de que os assistentes

sociais apresentem riscos relacionados com o Burnout associados a níveis de coping protetores no contexto dos desafios colocados pela Pandemia.

MÉTODO

Procedimento

O estudo integra uma investigação transnacional ibérica denominada "Plano de Emergência do Serviço Social na Saúde na Pandemia de COVID-19". A recolha de dados foi realizada através de um questionário on-line através do Google Drive entre 4/5/2020 e 2/6/2020. A doença causada pelo Coronavírus, COVID-19, foi declarada uma pandemia global pela Organização Mundial de Saúde a 11 de março de 2020. O período de inquérito corresponde à "primeira vaga" em ambos os países. A amostragem é não probabilística, utilizando como informadores estratégicos os assistentes sociais do sistema de saúde que divulgaram o inquérito através da técnica da bola de neve, via e-mail ou mensagem privada, a potenciais participantes que correspondiam aos critérios de seleção da amostra. Os inquiridos foram informados sobre os objetivos e condições de participação na investigação, e concordaram em participar voluntariamente, permitindo que os dados fossem utilizados para fins de investigação (consentimento informado).

Participantes

Participaram no estudo 336 assistentes sociais que trabalham no sistema de saúde em Portugal (n = 252) e Espanha (n = 84). A maioria são mulheres (93,6%) com idades compreendidas entre os 22 e os 67 anos de idade. Os participantes trabalham como assistentes sociais há 19,4 anos, e há 13,3 anos na unidade de cuidados de saúde, em média. A maioria tem licenciatura (55,7%), seguida dos que têm estudos de pós-graduação (20,8%) ou mestrado (20,8%) (Tabela 1).

Os participantes integram unidades de saúde em diferentes regiões de Portugal e Espanha. Os inquiridos em Portugal provêm sobretudo das regiões de Lisboa e Vale do Tejo (n = 102; 40,8%), Norte (n = 63; 25,2%) e Centro (n = 43; 17,2%), mas também do Alentejo, Algarve e das Regiões Autónomas (n < 14). Já os de Espanha são sobretudo originários da Catalunha (n = 38; 45,2%) e da Comunidade de Madrid (n = 25; 29,8%), mas também de outras Comunidades (n < 8).

Tabela 1- Características sociodemográficas e profissionais das/os participantes por país – (Portugal e Espanha, 2020).

	Portugal n = 252		Espanha n = 84		Total n = 336	
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
Idade	45,2 (8,9)	22 - 65	47,3 (9,2)	23 - 67	45,7 (8,9)	22 - 67
Anos de desempenho da profissão de assistente social	18,9 (8,8)	1 - 41	20,6 (9,8)	0 - 34	19,4 (9,1)	0 - 41
Anos de desempenho da profissão na atual unidade de saúde	13,3 (8,9)	0 - 40	13,3 (9,9)	0 - 34	13,3 (9,1)	0 - 40
	n	%	n	%		
Formação Académica						
Licenciatura	145	57,5	42	50,0	187	55,7
Pós-graduação	55	21,8	15	17,9	70	20,8
Mestrado	46	18,3	24	28,6	70	20,8
Doutoramento	6	2,4	3	3,6	9	2,7
Sexo						
Feminino	239	94,8	72	85,7	311	92,6
Masculino	13	5,2	12	14,3	25	7,4
Unidade de Cuidados de Saúde onde exerce a profissão						
Cuidados primários	65	25,8	34	40,5	99	29,5
Cuidados hospitalares ^a	106	42,1	27	32,1	133	39,6
Cuidados especializados ^b	18	7,1	19	22,6	37	11,0
Outros cuidados/ Outras unidades ^c	63	25,0	4	4,8	67	19,9

Notas:

a) Hospitais gerais de diferentes níveis (em Portugal: Grupo I, II e III)

b) Hospitais especializados (nas áreas da pediatria, oncologia, saúde mental, reabilitação, etc.) e unidades comunitárias especializadas em saúde mental.

c) Cuidados continuados integrados, Cuidados paliativos, Serviços Centrais e Regionais de Administração da Saúde, Unidades de Saúde Privadas, e outras unidades.

Fonte: Elaboração própria.

Instrumentos

Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS). O Maslach Burnout Inventory é o instrumento mais utilizado para avaliar o síndrome de Burnout^{23,24}. Foi usada a versão para Human Services Survey para avaliar o Burnout em profissionais que trabalham em serviços sociais e de saúde, na versão portuguesa²⁵ e na versão espanhola²⁶. O MBI-HSS é uma escala de autoavaliação, em que o sujeito avalia com que frequência percebe sentimentos relacionados com o trabalho expressos em 22 afirmações, apresentando uma escala de resposta tipo Likert com 7 pontos, de “0 - Nunca/Nenhuma vez” a “6 - Sempre/Todos os dias”^{23, 24, 25}. A escala apresenta três dimensões: exaustão emocional (EE), desper-

sonalização (D) e realização pessoal (RP). A interpretação das pontuações resulta da interação entre as dimensões, não tendo um score único de Burnout²³. A dimensão EE tem 9 itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20; variando de 0 a 54 pontos), a D tem 5 itens (5, 10, 11, 15, 22; variando de 0 a 30 pontos) e a RP tem 8 itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21; variando de 0 a 48 pontos). Quanto maior for a pontuação obtida nas subescalas de exaustão emocional e de despersonalização e quanto menor for a pontuação obtida na subescala realização pessoal, mais elevado será o nível de Burnout no profissional^{23,25}.

A literatura aponta como enganoso o uso de pontos de corte e o recurso a percentis para classificar grupos de trabalhadores²⁷,

²⁸, sendo os pontos de corte usados nos estudos divergentes entre si, dificultando a sua comparabilidade e validade externa²⁸. No entanto, a leitura dos resultados da MBI-HSS é complexa e carece de pontos de referência que permitam comparações entre classificações. Na ausência de pontos de corte do MBI-HSS validados para a população portuguesa, no presente estudo seguimos a orientação de Shirom²⁹ baseada na frequência de sentimentos face ao trabalho como indicadores de predisposição para o Burnout: nas dimensões EE e D consideram-se os valores médios ≥ 3 (regularmente/algumas vezes por mês); na dimensão RP consideram-se os valores médios < 3 . Avaliada a consistência interna das dimensões do MBI-HSS, a EE e a RP obtiveram bons níveis de consistência interna ($\alpha = .897$ e $\alpha = .861$, respetivamente), já a D obteve um coeficiente mais baixo ($\alpha = .604$), sendo a dimensão com menor número de itens.

Escala Breve de Coping Resiliente (BRCS)

A BRCS foi proposta por Sinclair e Wallston⁵, tendo sido usadas as adaptações portuguesa³⁰ e espanhola³¹. A escala é unidimensional, de auto-resposta, constituída por quatro questões que avaliam a resiliência como uma estratégia de coping, perspetivada enquanto capacidade para lidar com o stress de forma adaptativa. Apresenta uma escala

de resposta de frequência do tipo Likert com 5 pontos, de “1-Quase nunca” a “5-Quase sempre”. A pontuação total varia de 4 a 20, sendo as seguintes pontuações indicadoras de três níveis de coping resiliente: baixo ≤ 13 ; médio 14-16; elevado ≥ 17 ⁵. Foi solicitado que os participantes respondessem à escala pensando no seu dia a dia de trabalho durante a Pandemia de COVID-19, pelo que a interpretação será feita neste contexto. Na avaliação da consistência interna da BRSC na amostra do presente estudo obtivemos um Alfa de Cronbach de 0,762, valor superior ao registado noutros estudos^{5,30}.

Análise

A análise quantitativa, descritiva e inferencial foi efetuada através do software IBM SPSS Statistics 21. Foram realizados testes para verificar os pressupostos para utilização de testes paramétricos. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado, em complementaridade com o cálculo de z para a assimetria e para a curtose, para verificar a normalidade da distribuição das variáveis, seguindo os parâmetros de Kim³² para amostras superiores a 300 sujeitos. Optámos pela One-way ANOVA para avaliar diferenças entre médias. Recorremos ainda ao K-Means Cluster para agregar as variáveis centrais do estudo, maximizando as diferenças entre aglomerados.

RESULTADOS

Os resultados médios dos scores obtidos nas dimensões da MBI-HSS apontam para níveis moderados de Burnout associados à EE, níveis baixos associados à despersonalização e níveis elevados de Burnout associados à baixa RP dos assistentes sociais.

Apenas 1,8% dos participantes apresenta sentimentos compatíveis com

despersonalização, 18,8% apresenta sentimentos face à RP predisponentes para o Burnout, sendo que 21,4% apresenta sentimentos de exaustão emocional associados ao Burnout. Os níveis de coping apresentados perante a pandemia COVID-19 são baixos (47%) para a maior parte dos participantes, seguindo-se os níveis moderados (29,8%),

havendo 23,2% da amostra que mostra níveis elevados de coping resiliente (Tabela 2).

As dimensões avaliadas pelo MBI-HSS correlacionam-se com o coping resiliente. A RP correlaciona-se fortemente e de forma diretamente proporcional com o coping ($r = 0,510$, $p < 0,01$), já a EE e a D apresentam correlações pequenas e inversamente proporcionais com o coping ($r = -0,120$, $p < 0,05$; $r = -0,178$, $p < 0,01$, respetivamente). As correlações estatisticamente significativas, levaram a explorar a agregação entre as variáveis. Agregando as variáveis através do K-Means Cluster com uma solução de três clusters (após testadas outras soluções), identificamos três perfis de assistentes sociais face à Pandemia: 1) perfil com baixo nível Burnout associado à EE e D e nível moderado associado à RP, com nível moderado de coping (Cluster 1), sendo o mais prevalente (44%); 2) perfil com risco elevado de Burnout associado à baixa RP, mas com baixo nível de Burnout associado à EE e à D, e baixo nível de coping (Cluster 2); 3) perfil com maior predisposição para o Burnout por elevados níveis de EE e baixos níveis de RP, apesar dos níveis moderados de D e de coping (Cluster 3) (Tabela 2).

O teste one-way ANOVA não sinalizou diferenças entre grupos, assim como os testes Post-Hoc de Games-Howell, dos diferentes níveis de cuidados de saúde. No entanto, são os assistentes sociais dos cuidados primários a perceberem níveis mais elevados de EE e os de outros cuidados níveis mais baixos de EE. Os resultados para a D são similares entre os assistentes sociais dos diferentes cuidados, com os que trabalham noutros cuidados a registarem níveis mais baixos e os que trabalham em cuidados especializados com os níveis mais elevados. Quanto à RP, destacam-se os assistentes sociais dos cuidados hospitalares gerais e dos outros cuidados, sendo os dos cuidados primários

e cuidados especializados e obterem os scores mais baixos, ainda que não se registem diferenças estaticamente significativas entre os grupos (Tabela 3).

Os assistentes sociais que trabalhavam em serviços de saúde dedicados a doentes com COVID-19, evidenciam maiores níveis de D e de RP relativamente aos que não trabalhavam diretamente com estes doentes ($p < 0,05$), não tendo sido evidenciadas diferenças entre os grupos para a EE. Relativamente ao coping resiliente, o teste ANOVA não sinalizou diferenças entre as médias segundo os assistentes sociais eu trabalham nos diferentes tipos de unidades de saúde ou de acordo com trabalhar ou não numa unidade dedicada à COVID-19 ($p > 0,05$) (Tabela 3). O tamanho do efeito avaliado pelo η^2 é pequeno em todos os casos.

Avaliámos ainda a correlação entre os scores da MBI-HSS, da BRCS, a idade e os anos de profissão. O coping resiliente, a EE e a D não se correlacionam de forma significativa com a idade ou com os anos de exercício profissional. Já a RP apresenta uma correlação inversamente proporcional com a idade ($r = -0,117$, $p < 0,05$) e com os anos de desempenho profissional ($r = -0,145$, $p < 0,01$) na unidade de saúde onde se encontra atualmente o profissional. Apesar de serem correlações pequenas, tal significa que quanto maior a idade e os anos de exercício profissional na unidade de saúde, menor tende a ser a pontuação na RP.

O estudo identificou um conjunto de stressores multidimensionais associados à Pandemia. Avaliados o nível de receio de implicações pessoais, familiares, a nível interpessoal ou profissional por trabalhar diretamente com doentes com COVID-19, verificamos níveis de receio moderado a elevado, sendo o maior receio de que haja implicações a nível familiar ($M = 3,71$). O nível de impacte da emergência de saúde pública

percebido em diferentes dimensões também se situa entre o impacto moderado e elevado, registrando níveis mais elevados o impacto na unidade, na equipa multidisciplinar, na relação com a pessoa doente e com a família e rede informal ($M < 4,02 > 3,90$).

Relativamente ao nível de dificuldades percebido relativamente à intervenção é apontado como mais relevante ao nível da intervenção com a pessoa doente, sua família e rede informal, assim como em encontrar resposta atempadas/alternativas, ou em assegurar a alta ou a continuidade de cuidados ($M < 4,01 > 3,93$). O nível de apoio sentido como mais elevado na unidade de saúde é associado à equipa de Serviço Social ($M = 3,62$), já o nível de apoio mais baixo é atribuído à administração ou direção da unidade de saúde ($M = 2,93$) (Tabela 4).

A D não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com os níveis de receio, de impacto, de dificuldade na intervenção ou de apoio sentido ($p > 0,005$). A EE aumenta proporcionalmente com maiores níveis de receio de implicações, de impacto e de dificuldade nos processos interventivos, apesar de as correlações serem pequenas. Já com o maior nível de apoio percebido, a exaustão autoavaliada tende a diminuir ($p > 0,01$). A RP correlaciona-se positivamente com o receio de implicações, o impacto e o nível de apoio ($p > 0,01$), com correlações pequenas ($< 0,3$) com as duas primeiras variáveis e uma correlação moderada ($> 0,3$) com o nível de apoio percebido na unidade de saúde. O coping resiliente apresenta correlações pequenas e diretamente proporcionais com o impacto multidimensional percebido

e com o nível de apoio sentido ($p < 0,01$) (Tabela 5).

Atrás identificamos três perfis (clusters) de assistentes sociais relativamente ao coping e ao Burnout (perfil 1 - risco baixo a moderado de Burnout e nível moderado de coping; perfil 2 - risco baixo de Burnout por EE e D e elevado associado à RP, e baixo nível de coping; perfil 3 - risco elevado a moderado de Burnout e nível moderado de coping). Ao analisarmos as diferenças entre as médias dos quatro stressores (variáveis compósitas) segundo os três perfis, após avaliada a homogeneidade das variáveis através do Teste de Levene ($p < 0,05$), encontramos evidência muito forte da existência de diferenças ($p < 0,001$) para os níveis de receio, impacto multidimensional e nível de apoio sentido na unidade de saúde, apresentando um efeito de tamanho moderado através dos valores de $\eta^2 (> 0,06)$. Não foram encontradas diferenças no nível de dificuldade associado à intervenção ($p > 0,05$) (Tabela 6).

Os resultados dos testes a posteriori apontam evidência muito forte de diferenças nas médias do receio de implicações do trabalho com doentes COVID+ entre os perfis 1 e 2 e entre os 2 e 3 ($p < 0,001$), mas sem diferenças entre os perfis 1 e 3. Relativamente ao impacto da pandemia, encontramos evidência forte de diferenças entre os perfis 1 e 2, e 1 e 3 ($p < 0,01$) e muito forte entre os perfis 2 e 3 ($p < 0,001$). Quanto ao nível de apoio sentido, há muito forte evidência de diferenças entre os perfis 1 e 2 ($p < 0,001$), forte evidência para os perfis 1 e 3 ($p < 0,01$) e sem diferenças entre os perfis 2 e 3 ($p > 0,05$).

Tabela 2- Pontuações, prevalência da predisposição para o Burnout segundo as dimensões da MBI-HSS e níveis de coping segundo a BRCS e Agregação em Clusters - (Portugal e Espanha, 2020).

N = 336	M	DP	Min-Máx	Varição
MBI-HSS				
Exaustão Emocional	19,04	9,777	1,00-54,00	0,00-54,00
Despersonalização	4,54	3,848	0,00-20,00	0,00-30,00
Realização Pessoal	30,69	7,531	8,00-48,00	0,00-48,00
Coping Resiliente (BRCS)	14,03	3,008	7,00-20,00	4,00-20,00
			n	%
MBI-HSS				
Exaustão Emocional	Sem predisposição para Burnout		264	78,6
	Com predisposição para Burnout		72	21,4
Despersonalização	Sem predisposição para Burnout		330	98,2
	Com predisposição para Burnout		6	1,8
Realização Pessoal	Sem predisposição para Burnout		273	81,3
	Com predisposição para Burnout		63	18,8
Níveis de Coping Resiliente (BRCS)	Baixo		158	47,0
	Moderado		100	29,8
	Elevado		78	23,2
Centróide (Custer Center)				
	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	
Exaustão Emocional	13,05	15,46	31,53	
Despersonalização	3,03	4,79	6,59	
Realização Pessoal	36,11	22,19	30,40	
Coping Resiliente	15,41	11,95	13,88	
	n = 148 (44%)	n = 91 (27%)	n = 97 (29%)	

Tabela 3- Pontuações nas dimensões da MBI-HSS segundo o tipo de unidade de saúde em que o assistente social trabalha e a intervenção direta em unidade COVID-19 - (Portugal e Espanha, 2020).

		Burnout (MBI-HSS)			
		Exaustão Emocional	Despersonalização	Realização Pessoal	BCRS Coping Resiliente
n		M (DP)			M (DP)
% com Predisposição para o Burnout					
Unidade de Cuidados de Saúde					
	99	20,85 (11,3) 30,3%	4,56 (3,94) 1,0%	29,72 (6,93) 18,2%	13,62 (3,07)
Cuidados hospitalares	133	19,26 (8,38) 20,1%	4,53 (3,52) 1,5%	31,44 (6,73) 16,4%	14,05 (3,01)
Cuidados especializados	37	17,22 (9,87) 16,7%	4,86 (4,39) 2,8%	29,68 (8,59) 27,8%	14,53 (2,81)
Outros cuidados/ Outras unidades	67	16,93 (9,51) 13,4%	4,34 (4,08) 3,0%	31,21 (9,06) 22,4%	14,33 (2,99)
	F	2,603	0,214	1,049	1,177
	df	3; 332	3; 332	3; 332	3; 332
	p	0,052	0,887	0,371	0,318
	Eta²	0,023	0,002	0,009	0,011
Trabalha em Unidade COVID-19					
Não	175	18,65 (9,83) 21,1%	4,15 (3,95) 1,7%	30,19 (8,15) 22,3%	13,93 (2,94)
Sim, diretamente num serviço exclusivo COVID+	31	18,77 (10,04) 25,8%	6,13 (3,76) 3,2%	33,94 (5,57) 0,0%	14,94 (2,35)
Sim, mas não diretamente num serviço exclusivo COVID+	130	19,62 (9,69) 20,8%	4,68 (3,65) 1,5%	30,59 (6,89) 18,5%	13,95 (3,21)
	F	0,384	3,690*	3,314*	1,554
	df	3; 333	3; 333	3; 333	3; 333
	p	0,682	0,026	0,038	0,213
	Eta²	0,002	0,022	0,020	0,009

Notas: F - One-Way ANOVA); p - Sig. (2-tailed); *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Tabela 4- Stressores associados à pandemia: nível de receio, impacte, dificuldade e apoio multidimensional - (Portugal e Espanha, 2020).

N = 336	N	M	DP	Min-Máx	
Receio de Implicações Multidimensionais ao trabalhar com doentes COVID+ ou suspeitos^{a,b}	258	3,34	0,996	1	5
Receio de implicações a nível pessoal	262	3,27	1,123	1	5
Receio de implicações a nível familiar	263	3,71	1,128	1	5
Receio de implicações a nível interpessoal	261	3,18	1,104	1	5
Receio de implicações a nível profissional	260	3,19	1,146	1	5
Impacte Multidimensional da emergência de saúde pública^{a,b}	336	3,78	0,755	1	5
Nível de impacte na unidade	336	4,02	0,851	1	5
Nível de impacte na equipa multidisciplinar	336	3,90	0,879	1	5
Nível de impacte na relação com a pessoa doente	336	3,99	0,919	1	5
Nível de impacte na relação com família e rede informal do doente	336	3,99	0,917	1	5
Nível de impacte na relação com outras instituições da comunidade	336	3,82	0,885	1	5
Nível de impacte no Serviço Social da sua unidade de saúde	336	3,56	1,044	1	5
Nível de impacte nas pessoas da equipa de Serviço Social	336	3,47	1,073	1	5
Nível de impacte em si enquanto assistente social	336	3,61	1,014	1	5
Nível de impacte em si enquanto pessoa	336	3,65	1,029	1	5
Nível de Dificuldade na Intervenção Multidimensional (comparando com a situação anterior à Pandemia)^{a,c}	257	3,79	0,644	1	5
Nível de Dificuldade em intervir com a pessoa doente	303	3,99	0,848	1	5
Nível de Dificuldade em intervir com a família e rede informal	310	3,97	0,927	1	5
Nível de Dificuldade em intervir com a equipa multidisciplinar	297	3,14	0,844	1	5
Nível de Dificuldade em assegurar a alta / continuidade de cuidados	294	3,93	0,893	1	5
Nível de Dificuldade em articular respostas com a rede de instituições na comunidade	317	3,85	1,078	1	5
Nível de Dificuldade em encontrar respostas atempadas para assegurar direitos e recursos a utentes	317	4,01	0,994	1	5
Nível de Dificuldade em encontrar respostas alternativas às tipificadas	314	3,97	0,995	1	5
Nível de Dificuldade em acompanhar as normas legais	309	3,40	0,961	1	5
Nível de Dificuldade em implementar a adequação às normas legais	307	3,50	0,975	1	5
Nível de apoio sentido na unidade de saúde^{a,b}	274	3,36	0,820	1	5
Nível de apoio da administração / direção da unidade de saúde	328	2,93	1,115	1	5
Nível de apoio da coordenação do Serviço Social	286	3,45	1,291	1	5
Nível de apoio da equipa de Serviço Social	308	3,62	1,113	1	5
Nível de apoio da equipa multidisciplinar	332	3,58	0,963	1	5
Nível de apoio da das organizações com que articula	329	3,48	0,997	1	5

Notas:

a) Variáveis compósitas – score total relativo das variáveis ordinais.

b) Variável avaliada numa escala de Likert de 1-Nenhum a 5-Muito elevado.

c) Variável avaliada numa escala de Likert de 1-Muito mais fácil a 5-Muito mais difícil.

Tabela 5- Correlação entre os scores da MBI-HSS, da BRCS e os stressores associados à pandemia (níveis de receio, impacto, dificuldade na intervenção e apoio sentido na unidade de saúde) - (Portugal e Espanha, 2020).

N = 336		Burnout (MBI-HSS)			Coping Resiliente	
		Exaustão Emocional	Desperso-nalização	Realização Pessoal		
	Receio de Implicações Multidimensionais ao trabalhar com doentes COVID+ ou suspeitos	r de Pearson	0,154*	0,037	0,227**	0,028
	Impacte Multidimensional da emergência de saúde pública	r de Pearson	0,250**	0,033	0,188**	0,159**
	Nível de Dificuldade na Intervenção Multidimensional	r de Pearson	0,131*	0,010	0,000	0,016
	Nível de apoio sentido na unidade de saúde	r de Pearson	-0,160**	-0,103	0,301**	0,223**

Notas: Stressores: variáveis compostas (Tabela 4); p – Sig. (2-tailed); *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6- Níveis dos stressores associados à pandemia (níveis de receio, impacto, dificuldade na intervenção e apoio sentido na unidade de saúde) segundo os três Perfis de Coping e Burnout na Amostra (Clusters) - (Portugal e Espanha, 2020).

N = 336	Perfis de Coping e Burnout na Amostra (3 Clusters) ANOVA e Post hoc de Games-Howell						
	1 M	2 M	3 M	F	1 vs. 2 p	1 vs. 3 p	2 vs. 3 p
Receio de Implicações Multidimensionais ao trabalhar com doentes	3,487	2,792	3,579	14,911*** p < 0,001 df = 2; 255 Eta2=0,105	,000	,775	,000
Impacte Multidimensional da emergência de saúde pública	3,781	3,469	4,059	15,610*** p < 0,001 df = 2; 333 Eta2=0,086	,005	,008	,000
Nível de Dificuldade na Intervenção Multidimensional	3,763	3,709	3,914	2,162 p = 0,117 df = 2; 254 Eta2=0,017	,805	,300	,103
Nível de apoio sentido na unidade de saúde	3,602	3,112	3,246	10,072*** p < 0,001 df = 2; 271 Eta2=0,069	,000	,006	,565

Notas: Cluster 1, 2 e 3 (Tabela 2); Stressores: variáveis compostas (Tabela 5)

F - One-Way ANOVA; p – Sig. (2-tailed); *p < .05; **p < .01; ***p < .001

DISCUSSÃO

O trabalho na área da saúde, enquanto epicentro da resposta à Pandemia de COVID-19, exigiu aos profissionais um esforço acrescido da adaptação face à incerteza da evolução de uma situação potencialmente disruptiva. Apesar de estarmos perante “uma tempestade perfeita para o Burnout em assistentes sociais”, como a caracteriza

Melanie Sage³³, pela exposição a situações muito adversas num curto espaço de tempo, durante a primeira vaga da Pandemia mais de ¾ dos participantes não apresentou predisposição para o Burnout, o que sugere capacidade para enfrentar situações de crise desafiantes e resistência.

O estudo identifica três perfis de

assistentes sociais face à Pandemia, sendo o mais frequente o perfil com baixo risco a moderado de Burnout e nível moderado de coping (Cluster 1), seguindo-se o perfil com maior predisposição para o Burnout e níveis moderados de coping (Cluster 3) e o perfil com baixo coping e predisposições opostas nas dimensões de Burnout (Cluster 2). As dimensões de Burnout encontram-se associadas ao coping, sendo este mais elevado quando é mais elevada a RP e quando é mais baixa a EE e a D.

Os assistentes sociais da amostra apresentaram níveis moderados de Burnout associados à EE, níveis baixos de D, mas níveis elevados de Burnout associados à RP. Estudos anteriores com assistentes sociais em diferentes países apresentam pontuações superiores às dos resultados do presente estudo na EE e D, com maior evidência de Burnout moderado^{34,35} ou mesmo elevado associado às duas dimensões³⁶. No entanto, relativamente à RP, os resultados evidenciam valores médios superiores ao estudo no Reino Unido³⁶, mas inferiores aos obtidos pelo estudo em Portugal³⁴ e ligeiramente inferiores ao do estudo nos Estados Unidos da América³⁵.

Uma ínfima percentagem (1,8%) evidenciou sentimentos compatíveis com despersonalização, já 18,8% apresenta sentimentos face à realização pessoal que podem potenciar Burnout, e 21,4% de exaustão emocional predisponente ao Burnout. Estes são indicadores de mais baixa prevalência de Burnout do que a indicada por Ribeiro e Amaro³⁴ para cada uma das três dimensões. Numa revisão sistemática da literatura sobre Burnout em assistentes sociais em Espanha, a prevalência foi sempre superior à encontrada no presente estudo, tendo variado entre 23,5% e 29,9%³⁷, e no que concerne às dimensões: EE variou entre 33,2% e 62%; D entre 22,1% e 70,1%, tendo

apenas um estudo evidenciado D elevada para 6,7% da amostra; RP entre 21,2% e 77,9%³⁷. A EE é a dimensão sublinhada como mais elevada pelos estudos revistos³⁷. Note-se, no entanto, que o possível uso de diferentes pontos de corte referidos na literatura trazem informação distinta. De-la-Fuente-Roldán e Sánchez-Moreno¹⁷ identificaram que 25,3% apresentavam Burnout e mais de metade dos profissionais apresentava potencial Burnout associado a uma das três dimensões, tendo sido assinalada uma forte associação entre o Burnout e o mal-estar psicológico dos profissionais, que afetava 42% dos assistentes sociais.

Em profissionais de saúde portugueses, a ocorrência da síndrome de Burnout é considerada frequente (21,6% com Burnout moderado e 47,8% com Burnout elevado), associada à perceção de más condições de trabalho e a menor antiguidade de serviço²⁴.

No presente estudo, a RP dos assistentes sociais tende a descer com o avançar da idade e dos anos de serviço, sendo os mais baixos níveis de RP indicativos de Burnout, não indo os resultados ao encontro das conclusões de Romero-Martín *et al.*³⁷ que afirmam que os anos de experiência laboral favorecem o aumento da EE e de D, onde não encontrámos correlações significativas, ou de Ribeiro e Amaro³⁴ que afirmam que são os profissionais mais velhos que manifestam maior EE, maior RP e menor D.

Os assistentes sociais que trabalhavam em serviços de saúde exclusivamente dedicados a doentes com confirmação de COVID-19 evidenciam maior frequência de EE e de D, mas são os que apresentam níveis mais elevados de RP, situação que pode estar associada à vivência direta dos riscos da Pandemia, por um lado, e à perceção de reconhecimento social e de valorização profissional face aos desafios colocados nas organizações numa situação de crise excepcional, por

outro. Entre níveis de cuidados também são assinaladas diferenças significativas para os níveis de EE, destacando-se os assistentes sociais dos cuidados de saúde primários com maiores níveis e maior prevalência de EE, provavelmente por integrarem serviços de base comunitária e onde se inserem os serviços de saúde pública, com impactes no quotidiano profissional.

A incerteza e instabilidade da evolução da situação pandémica e das respostas, o nível de impacte sentido no trabalho, os receios e dificuldades percecionadas constituem um quadro desafiante. O contexto dominado pela incerteza e pelo medo, pode potenciar um sentimento de esgotamento social associado à sobrecarga e à observação de aumento acelerado de problemas sociais¹⁴.

A EE é favorecida pelo receio de implicações nas diferentes áreas da vida pessoal, familiar, interpessoal e profissional, assim como pelo impacte multidimensional da situação de emergência. Já os níveis de apoio sentidos no âmbito da unidade de saúde constituem fatores protetores de EE e favorecem a RP e o coping resiliente.

O medo mais imediato é revelado pelo receio de contágio do próprio e das famílias. Um estudo com médicos colombianos revelou que mais de 70% dos inquiridos revelou medo de infeção, de contagiar familiares e de morrer, mostrando altos níveis de ansiedade e de stress laboral³⁸. Esta evidência é também sublinhada por outros estudos com profissionais de saúde^{9,38,39,40}. A situação entre os assistentes sociais em Portugal e Espanha será idêntica a outros trabalhadores de saúde, apresentando os participantes do presente estudo níveis moderados a altos de receio de implicações para si e para outros relacionado com o trabalho com doentes. Uma das razões apontadas para tal por Santamaria *et al.*³⁹ é a feminização dos cuidados de saúde e das

profissões de cuidar em geral, entre as quais se insere o Serviço Social.

Apesar de o estudo não implicar uma análise dos resultados numa perspetiva de género, 94,8% dos participantes são mulheres, assim como no estudo de Velazquez e Benitez⁴⁰ que teve a participação de 93% de assistentes sociais do género feminino, o que sublinha a feminização da profissão. O papel dominante da mulher na sociedade nas profissões do cuidar mas também nos cuidados informais de âmbito familiar⁴¹, pode explicar que o maior receio seja nas possíveis implicações na família. Um estudo sobre o impacte psicológico da COVID-19 nos profissionais de saúde evidencia que são as mulheres que apresentam maiores níveis de ansiedade, stress, depressão e insónia associados ao contacto com o vírus no local de trabalho e ao medo de contagiar as famílias³⁹, assumindo maior preocupação com o risco de contágio.

O impacte percebido da emergência de saúde pública nas dimensões relacionais intra e inter-institucionais, assim como a valorização de dificuldades acrescidas pela pandemia na intervenção profissional, que se correlacionaram com a EE, vai ao encontro da ideia de que o Burnout entre assistentes sociais é explicado por fatores internos e externos, sendo sobretudo os externos que o condicionam, designadamente condições de trabalho e relações laborais³⁷. Aliás, o impacte multidimensional da pandemia é também a variável que melhor distingue os três perfis analisados, sendo a que melhor explicará o nível de risco de Burnout na amostra, pois a média mais elevada está associada ao perfil com maior risco de desenvolver Burnout (3), seguindo-se a associada ao perfil de risco moderado (1), sendo a média mais baixa a associada ao perfil de menor risco (2).

Ao contrário do que Khasne *et al.*³ defendem relativamente a um ambiente

seguro e promotor de bem-estar para os profissionais de saúde, na primeira vaga da Pandemia a incerteza na disponibilidade de equipamentos de proteção nos serviços e na comunidade, pode ter dificultado a ativação de competências de autocuidado e de resiliência.

Os níveis de coping resiliente apresentados perante a pandemia pelos participantes foram baixos na sua maior parte (47%), seguindo-se os níveis moderados (29,8%), sendo menos de 1/4 da amostra com níveis elevados. A BRCS pretende descrever um padrão ativo de resolução de problemas, através de atitudes de otimismo, perseverança, criatividade e crescimento positivo face às adversidades⁵, competências muito condicionadas pela situação disruptiva, agudizada na primeira vaga pelos seus contornos desconhecidos. A agudização dos dilemas éticos neste contexto²⁰ e a necessidade de manutenção da capacidade de ação, exige atenção face ao impacto da exaustão emocional (por vezes não auto-sinalizada) na capacidade de analisar as implicações éticas e de repensar a intervenção, sendo fundamental que as organizações ofereçam suporte, orientações e favoreçam a proteção e o bem-estar dos assistentes sociais²¹. Tal como sugeriu um estudo sobre a ação do serviço social durante a Pandemia COVID-19, há necessidade de medidas de intervenção para melhorar as estratégias de coping dos assistentes sociais durante crises como a Pandemia¹⁶.

CONCLUSÃO

Apesar da situação pandémica disruptiva, dos níveis elevados de receio, de impacto percebido e de dificuldades nos processos interventivos, os riscos de Burnout foram moderados a baixos entre os assistentes sociais na saúde em Portugal e em Espanha durante a primeira vaga da Pandemia

Destacamos o papel amortecedor do apoio sentido na unidade de saúde face à EE, favorecendo positivamente os níveis de RP e de coping.

O estudo apresenta dados relevantes para pensar as implicações de uma crise de saúde pública no grupo profissional de assistentes sociais. Há, no entanto, a referir algumas limitações do estudo. As mais relevantes são a diferente representatividade da amostra entre países. Se em Portugal, a amostra representa 24,4% do universo conhecido de assistentes sociais no sistema de saúde⁴², em Espanha essa representatividade amostral é mais baixa. Outra limitação reside no facto de o estudo se ter centrado em stressores relacionados com o contexto Pandémico no trabalho e na intervenção profissional, não tendo sido caracterizados impactes psicossociais e socioeconómicos nas situações pessoais e familiares dos participantes, já que a transformação que o trabalho do assistente social sofreu, revelou dificuldades em estabelecer fronteiras entre vida pessoal e profissional⁴³.

O estudo explorou inicialmente diferenças nos resultados entre as subamostras nacionais, não tendo registado evidência de diferenças significativas, apesar de a dimensão do impacto pandémico ter sido sentido de forma diferente em Espanha e em Portugal na primeira vaga, tendo Espanha vivido uma situação mais gravosa na incidência de infetados e na mortalidade.

COVID-19. Os riscos de Burnout por despersonalização são residuais, requerendo especial atenção os mais expostos ao Burnout por baixa realização pessoal e elevada exaustão emocional, tendo em conta que a profissão se situa como profissão de risco¹⁹. O risco pode acentuar-se a médio ou

longo prazo porque a maior parte da amostra apresentou baixos níveis de coping resiliente ou teve dificuldades em ativar competências para lidar com os desafios da Pandemia, ou entre os que sentem menos apoio da unidade de saúde. Assim, a hipótese colocada pelo estudo foi rejeitada. No entanto, a profissão merece especial atenção, atendendo à sua

posição na garantia de bem-estar e de direitos dos cidadãos em situações de vulnerabilidade social, através da promoção de estratégias coletivas e organizacionais que favoreçam o bem-estar psicossocial e profissional, em especial em situações de crise altamente desafiadoras para a área da saúde e para a sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Çelmeçe N, Menekay M. The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life. *Front Psychol.* 2020; 11: 597624. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597624>
2. Duarte I, Teixeira A, Castro L, Marina S, Ribeiro C, Jácome C, Martins V, Ribeiro-Vaz I, Pinheiro, HC, Silva AR, Ricou M, Sousa B, Alves C, Oliveira A, Silva P, Nunes R, Serrão C. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health.* 2020; 20(1): 1885. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
3. Khasne RW, Dhakulkar BS, Mahajan, HC, Kulkarni AP. Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian J Crit Care Med.* 2020; 24(8): 664–671. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23518>
4. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar O, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE.* 2020; 15(9): e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
5. Sinclair VG, Wallston KA. The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment.* 2004; 11(1): 94–101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
6. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* 2000; 71(3): 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
7. Sanders, R. ESSS Outline: Covid-19, stress, anxiety, and social care worker's mental health. *Iriss* 2020. <https://doi.org/10.31583/esss.20200529>
8. Sung CW, Chen CH, Fan CY, Su FY, Chang JH, Hung CC, et al. Burnout in Medical Staffs During a Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic 2020. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3594567>
9. Cole C, Waterman S, Stott J, Saunders R, Buckman J, Pilling S., Wheatley J. Adapting IAPT services to support frontline NHS staff during the Covid-19 pandemic: The Homerton Covid Psychological Support (HCPS) pathway. *Cog Behav Ther.* 2020; 13: E12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000148>
10. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiat.* 2020; 52: 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
11. Mortier P, Vilagut G, Ferrer M, Serra C, Dios Molina J, López-Fresneña N, ... MINDCOVID Working Group. Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depress Anxiety.* 2020; 38(5): 528-544. <https://doi.org/10.1002/da.23129>
12. Hoffarth MJ. The Making of Burnout: From Social Change to Self-Awareness in the Postwar United States, 1970-1982, *Hist Human Sci.* 2017; 30(5): 30–45. <https://doi.org/10.1177/0952695117724929>
13. Peinado M, Anderson KN. Reducing social worker burnout during COVID-19. *IntSoc Work.* 2020; 63(6): 757–760. <https://doi.org/10.1177/0020872820962196>
14. Smullens S. What I Wish I Had Known, Part 2: The Impact of Societal Burnout on Our Social Work Profession and Beyond. *New Soc Worker.* 2020; 27(2): 20–21. https://www.socialworker.com/feature-articles/field-placement/What_I_Wish_I_Had_Known_Burnout_and_Self-Care_in_Our_Social_Work_Profession/
15. Queen D, Harding K. Societal pandemic burnout: A COVID legacy. *IntWound J.* 2020; 17: 873–874. <https://doi.org/10.1111/iwj.13441>
16. Ben-Ezra M, Hamama-Raz Y. Social Workers during COVID-19: Do Coping Strategies Differentially Mediate the Relationship between Job Demand and Psychological Distress? *BrJ Soc Work.* 2020. bcaa210. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa210>
17. De-la-Fuente-Roldán IN, Sánchez-Moreno E. Trabajo social, síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: Un estudio empírico en una muestra de trabajadores sociales de la Comunidad de Madrid. *Portularia.* 2012; 12(Addenda): 121–130. <https://doi.org/10.5218/prts.2012.0013>
18. Facal-Fondo T. Prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios. *Portularia.* 2012; 12(1): 59–69. <https://doi.org/10.5218/prts.2012.0034>
19. Morales-Llamas Z, Pérez-Hernández S, Rodríguez-Suárez G. Estudio exploratorio sobre el síndrome de Burnout en la profesión de Trabajo Social y su relación con variables del contexto laboral. *Glob Soc Work.* 2020; 10(19): 304–321. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.11375>
20. Banks S, Cai T, Jonge E, Shears J, Shum M, Sobolan AM, Strom K, Truell R, Úriz MJ., Weinberg M. Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *Internat Soc Work.* 2020; 63(5): 569-583. <https://doi.org/10.1177/0020872820949614>

21. Truell R, Crompton S. To the top of the cliff. How social work changed with COVID-19. Rheinfelden: International Federation of Social Workers; 2020. <https://www.ifsw.org/product/books/to-the-top-of-the-cliff-how-social-work-changed-with-covid-19/>
22. Sooprthy M S, Pratapa S K, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review. *Asian J Psychiatr.* 2020; 51: 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
23. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey. In Maslach, C., Jackson, S.E. & Leiter, M.P. (eds). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press; 1996.
24. Marôco J, Marôco A, Leite E, Bastos C, Vazão M, Campos J. Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An Analysis at the National Level. *Acta Med Port.* 2016; 29(1): 24-30. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6460>
25. Semedo C. Bem-Estar Psicológico no Trabalho e Acidentalidade Laboral em profissionais de saúde (Tese de Doutorado). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela; 2009.
26. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Rev Saude Pub.* 2005; 39(1): 1-8. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000100001>
27. Berjot S, Altintas E, Grebot E, Lesage F-X. Burnout risk profiles among French psychologists. *Burn Res.* 2017; 7: 10–20. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.10.001>
28. Campos ICM, Pereira SS, Schiavon ICA, Alves M. Maslach burnout inventory - human services survey (Mbi-hss): revisão integrativa de sua utilização em pesquisas Brasileiras. *Arq Ciências Saúde UNIPAR.* 2020; 24(3): 187-195. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v24i3.2020.7875>
29. Shirom A. Burnout in Work Organizations. In C. L. Cooper, & I. Robertson (Eds.), *Organ Psychol Rev* (pp. 25-48). New York: Wiley; 1989.
30. Ribeiro JLP, Morais R. Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *PsicolSaúde e Doenças.* 2010; 11(1): 5-13. <https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=36219018001>
31. Moret-Tatay C, Fernández Muñoz JJ, Civera-Mollá C, Navarro-Pardo E, Alcover de la Hera CM. Psychometric properties and Factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. *An de Psicolog.* 2015; 31(3): 1030-1034. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.188401>
32. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restor Dent Endod.* 2013; 38(1): 52–54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
33. Sage M. Ten Ways COVID-19 Created the Perfect Storm for Social Worker Burnout (and why I still have hope); 2020. <https://www.linkedin.com/pulse/ten-ways-covid-19-created-perfect-storm-social-worker-melanie/>
34. Ribeiro S, Amaro MI. Os assistentes sociais e o burnout em Portugal. Lisboa: Associação dos Profissionais de Serviço Social; 2017.
35. Maslach C, Leiter M. *The truth about burnout.* San Francisco: Jossey Bass; 1997.
36. McFadden P. Measuring burnout among UK social workers: A Community Care study. *Community Care* 2015. <http://www.qub.ac.uk/home/media/Media,514081,en.pdf>
37. Romero-Martín S, Elboj-Saso C, Iñiguez-Berrozpe T. Burnout entre los/as profesionales del Trabajo Social en España. Estado de la cuestión. *Glob SocWork.* 2020; 10(19): 48-78. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.15342>
38. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB.* 2020; 23(2): 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890
39. Santamaría MD, Ozamiz-Etxebarria N, Rodríguez IR, Alboniga-Mayor JJ, Gorrotxategi MP. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiat Salud.* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
40. Velazquez CA, Benitez ODR. Actitudes del personal de enfermería en el hogar ante la pandemia covid-19. *Acad Disclosure.* 2020; 1(1): 262-272. <https://revistascientificas.una.py/ojs/index.php/rfenob/article/view/154>
41. Soeiro J, Araújo M, Figueiredo S. *Cuidar de Quem Cuida.* Lisboa: Penguin Random House; 2020.
42. Guadalupe S, Gonçalves MJM, Fonseca P, Silva AMFF, Ávila O. Assistentes sociais no sistema de saúde em Portugal: uma análise dos rácios. *Emancipação.* 2020; 20: 1-22. <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.20.2014784.010>
43. Dominelli L, Harrikari T, Mooney J, Leskošek V, Tsunoda EK. Covid-19 and Social Work: a collection of country reports. *COVID-19 Social Work Research Forum;* 2020. <https://www.iasw-aiets.org/wp-content/uploads/2020/07/IASSW-COVID-19-and-Social-Work-Country-Reports-Final-1.pdf>

Aceito em junho 2021.
Aprovado em outubro 2021.