

A saúde mental dos assistentes sociais em Portugal

SÓNIA MAFALDA PEREIRA RIBEIRO^a

MARIA INÊS AMARO^b

Resumo

O presente estudo analisa a saúde mental dos assistentes sociais portugueses, bem como a sua relação com algumas variáveis demográficas e socioprofissionais. Recorreu-se ao método quantitativo, utilizando-se um questionário para a caracterização demográfica e socioprofissional dos assistentes sociais e à aplicação do General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) para avaliar a sintomatologia psicopatológica. A partir dos resultados obtidos conclui-se que, segundo o GHQ-28, cerca de 18% dos assistentes sociais portugueses se encontram emocionalmente perturbados. As sintomatologias que apresentam em níveis mais elevados são a disfunção social, a ansiedade e a insónia. Os assistentes sociais que desejam mudar de local de trabalho, que desejam mudar de profissão, que apresentam insatisfação salarial, insatisfação com os objetivos institucionais, que estão sujeitos a uma elevada burocracia e a uma elevada pressão temporal apresentam níveis mais elevados em todas as sintomatologias e na escala total.

Palavras-chave: Assistentes sociais, Saúde mental, Perturbação emocional, Condições de trabalho dos assistentes sociais.

Abstract

The present study analyzes the mental health of Portuguese social workers, as well as its relationship with some demographic and socio-professional variables. Quantitative methods applied included a questionnaire for demographic and socio-professional characterization of social workers and the application of the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) to evaluate psychopathological symptomatology. From the results obtained it is concluded that, according to GHQ-28, approximately 18% of Portuguese social workers are emotionally disturbed. Their most significant symptoms are social dysfunction, anxiety and insomnia. Social workers who wish to change their workplace, who wish to change profession, who present dissatisfaction with their salary, dissatisfaction with institutional objectives, who are subject to high bureaucracy and high time pressures present higher levels in all symptoms and in the total scale.

Keywords: Social Work, Mental health, Emotional distress, Social workers' work conditions.

^a Doutorada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Docente na Universidade Lusófona do Porto e Diretora das Respostas Sociais na Santa Casa da Misericórdia de Vagos. Investigadora integrada do Centro de Investigação Católica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing (CRC-W). Email: soperib@gmail.com

^b Doutorada em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Professora auxiliar no ISCTE-IUL. Investigadora integrada do Centro de Investigação e Estudos em Sociologia (CIES-IUL).

1. Introdução

Num contexto macroeconómico comumente adjetivado como de globalização, de competitividade, de constante mudança dos mercados e de erosão dos valores, a integridade humana é cada vez mais afetada, com consequências no bem-estar, seja ao nível da vida pessoal, seja ao nível da vida profissional.

O estudo que dá origem a este artigo resulta de uma pesquisa de doutoramento em Serviço Social, intitulada «Os assistentes sociais e o *burnout* em Portugal: Resistência e exaustão do Serviço Social na contemporaneidade», desenvolvida na Universidade Católica de Lisboa. O contexto europeu dos últimos anos foi caracterizado por uma crise económica e financeira e pela implementação de um conjunto de políticas de austeridade que fragilizou/comprometeu a efetividade e robustez do Estado Social. Estas políticas comprometem as condições de vida da população, os seus direitos fundamentais e o suprimento das suas necessidades, principalmente nos grupos economicamente mais vulneráveis.

Esta «mudança societal afeta inevitável e penetrantemente a profissão nos seus princípios, valores, projetos de vida em sociedade que preconiza, mas também na sua identidade, funções e objeto» (Amaro, 2012, 23), pelo que, perante a alteração do contexto da sua prática profissional, o Serviço Social se encontra profundamente perturbado.

As condições da prática do Serviço Social modificaram-se drasticamente, configurando-se hoje como uma alavanca para o *stress* e para a insatisfação laboral. É improvável que um assistente social dominado pelo *stress* e insatisfeito consiga providenciar o melhor serviço a uma pessoa que se encontra numa situação de necessidade. As condições que se encontram atualmente na prática não estão em consonância com os ideais e com os valores que os assistentes sociais trazem para a prática do Serviço Social e é difícil perceber como é que estes valores se podem acomodar a esta realidade (Powell, 2001). As políticas de pendor neoliberal empurram a profissão para uma direção totalmente oposta aos princípios e valores do Serviço Social¹. O managerialismo e a burocracia, os problemas sociais cada vez mais complexos, o afastamento do compromisso público com o *Welfare State* (que também dificulta a contratação de novos assistentes sociais), a carga de trabalho (fazer mais em menos tempo e com me-

¹ Perante esta política, os profissionais podem aceitar, acomodar-se ou resistir. Os que aceitam deixam *status*, os que se acomodam têm uma abordagem mais flexível (que de alguma forma pode resultar em resistência) e os resistentes exigem mudanças e alternativas, contrastantes com as medidas burocráticas (Dominelli, 2004).

nos recursos), o enfoque nos resultados, geram tensões, contradições e paradoxos com os quais é muito difícil lidar na prática. No livro *Social Workers are Facing Turbulent Times* (Dominelli & Hackett, 2011, p. 731), o Serviço Social é caracterizado como uma «*troubled and troubling profession*» (Dominelli, 2004, p. 1). Os assistentes sociais estão sujeitos a situações de cada vez maior complexidade, ambiguidade, diversidade, fragmentação, de incerteza e frustração (Parton, 1996). Da mesma forma, não têm muitas vezes recursos para efetuar as mudanças que consideram necessárias, pelo que podemos antecipar o *stress* adicional que o Serviço Social comporta (Adams et al., 2005).

Ao mesmo tempo, os próprios Assistentes Sociais são afetados pela pressão da competitividade e da qualidade dos vínculos laborais, vivenciando situações de precarização, de fragmentação e de despedimento (Amaro, 2012; Faleiros, 2001), o que está em consonância com os modos de produção/especialização flexível (Dominelli, 2004).

A progressiva desaceleração do investimento nas políticas sociais, os processos de privatização (transferência para a sociedade civil – terceiro setor), bem como as alterações no mundo laboral, conduziram a uma redução no campo ocupacional e funcional do Serviço Social. Neste sentido, Montaña (1997) e Iamamoto (2000) falam-nos em *refilantropização* do Serviço Social, assinalando que a privatização das políticas sociais conduz à sua descoordenação e fragmentação, uma vez que passam a ser realizadas por instituições particulares e a ser destinadas a pequenas parcelas populacionais. Isto implica, também, que os assistentes sociais realizem uma prática descoordenada, com uma intervenção espacial e populacional reduzida (Montaña, 1997). «Ao serem particularizados pelos critérios das organizações não governamentais, o atendimento e serviços fazem-se dentro de padrões definidos na particularidade das organizações e não com referenciais públicos universais» (Faleiros, 2001, 338).

No terceiro setor registam-se várias tendências: precarização do trabalho (instabilidade, insegurança, subcontratos e baixos salários); atribuição de funções de coordenação da instituição; confusão de cargo com profissão (tais como diretora, técnica social); não reconhecimento profissional com as suas especificidades, mas atribuição de outras funções de modo a obter-se o que se considera maior produtividade/lucro; imposição de ações e papéis cada vez mais multifacetados, com uma maior polivalência; realização de uma prática direcionada para a resolução imediata das problemáticas sociais; e o trabalho em equipa, no qual o assistente social partilha atividades com outros profissionais, podendo contribuir para a diluição de particularidades profissionais (Duarte, 2010).

Paralelamente, existe uma tendência no Serviço Social para que o relacionamento empático seja substituído pela burocracia e managerialismo, abrindo espaço para a despersonalização e ignorando a imprevisibilidade e a complexidade da vida dos indivíduos. O risco nesta propensão é o da insensibilidade do olhar profissional, que se torna desajustado às circunstâncias individuais e nega a necessidade de apreciação/julgamento profissional mais profundo em situações de alto risco (Wilson et al., 2011). Dustin (2007) fala em *McDonaldization* do Serviço Social², e diversos autores, entre os quais Jordan e Jordan (2000), Hoven (2002) ou Dominelli (2004), chamam a atenção para esta tendência de redução do Serviço Social a tarefas administrativas, falando estes últimos em «taylorização» do Serviço Social.

O managerialismo tem colocado dificuldades aos assistentes sociais, deixando-os desiludidos com a profissão e causando um *stress* que, permanecendo silenciado, perpetua um clima de medo no local de trabalho (Dominelli, 2004). Muitos profissionais revelam considerar que a agenda que lhes é imposta não é a mais relevante e sentem-se assoberbados pelo trabalho burocrático (*paperwork*) que, como efeito colateral, lhes retira autonomia. Sentem-se desvalorizados pelos governantes, entidades empregadoras e pelo público em geral (Munro, 2004; Wilson et al., 2011).

Este contexto contribui para que o Serviço Social vivencie uma situação de desprofissionalização, colocando em risco a sua integridade identitária (Midgley, 2001; Dominelli, 2004; Webb, 2007; Amaro, 2009). Dominelli (2004) salienta que a desprofissionalização é o resultado dos imperativos managerialistas, que colocaram no Serviço Social as exigências das relações fordistas de produção, nomeadamente na simplificação de tarefas complexas em tarefas rotineiras, que podem ser realizadas por outros agentes, muitas vezes não qualificados. Recorre-se a *checklists*, a guias de procedimentos e a esquemas de gestão de riscos que não necessitam de *expertise* para serem aplicados. Banks (2001) afirma mesmo que a maior ameaça ao Serviço Social ocorre da tendência crescente do desenvolvimento de regras, procedimentos e diretrizes governamentais ou de instituições que limitam as decisões e substituem os valores profissionais. O clima burocrático em que o Serviço Social está envolvido não conduz a uma prática reflexiva, pelo contrário, antagoniza-a, marginaliza o pensamento e os sentimentos, privilegiando as dimensões do fazer.

² A autora considera válida a tese da *McDonaldization* (processo em que os princípios dos restaurantes *fast food* estão cada vez mais a dominar a sociedade) do Serviço Social, chamando a atenção para esta tendência de redução do Serviço Social à realização de tarefas.

Pelo contrário, é o conhecimento relacional e reflexivo que assegura uma prática holística, informada, evitando a necessidade de o profissional adotar um comportamento profissional defensivo (Dominelli, 2004; Wilson et al., 2011).

Desta forma, ao mesmo tempo que é solicitada a promoção da autonomia e da individuação, da personalização da intervenção, é também solicitada a objetividade instrumental (com inúmeros guias/manuais de procedimentos) e respostas padronizadas que dificultam os aspetos mais subjetivos da intervenção (Amaro, 2012) e que retiram voz aos indivíduos (Faleiros, 2001). Os fenómenos sociais são constantemente desconstruídos, questionados e avaliados, sujeitos à crítica e à mudança, exigindo-se ao Serviço Social a capacidade de trabalhar com a ambiguidade de contextos e com a incerteza dos resultados (Parton & O'Byrne, 2000), ao mesmo tempo que realiza uma intervenção como se tivesse a certeza da prática (Dominelli, 2004).

Dominelli (2004) refere que o papel e o lugar do Serviço Social estão a ser fortemente contestados a vários níveis: por outros profissionais, na medida em que o consideram vago; pelos legisladores, que consideram que a profissão falha no controlo das populações desviantes; pelos beneficiários do serviço, que referem as dimensões coercivas e opressivas das práticas; e por académicos e gestores, que salientam a sua fragilidade técnica. O Serviço Social vivencia, neste contexto, uma *crise de confiança*, pois «*frontline/direct practice becomes increasingly stressful, hopeless and unremittingly demanding*» (Noble, 2004, p. 299).

É este o pano de fundo que enquadra os dilemas, as mudanças, as incertezas, a crise de confiança, a burocracia, as tensões, que contribuem para sentimentos de frustração, de insatisfação profissional, e de exaustão profissional, que se podem repercutir em mal-estar psicológico.

2. Método

Assim, tendo como principal objetivo analisar a saúde mental dos assistentes sociais portugueses, consideramos que a lógica hipotético-dedutiva, com carácter quantitativo, surge como a mais correta (Blaikie, 2000). A opção por este tipo de pesquisa tem por objetivo garantir uma maior precisão na análise e interpretação dos resultados, aumentando a margem de confiabilidade quanto às inferências dos resultados encontrados. O método de investigação quantitativo traduz-se por um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis, e está essencialmente ligado à formulação de hipóteses explicativas, ao controlo de variáveis, à verificação ou rejeição das hipóteses

mediante uma recolha rigorosa de dados, sujeitos a uma análise estatística (Carmo e Ferreira, 1998).

De forma a avaliar a saúde mental dos assistentes sociais portugueses, utilizámos o questionário desenvolvido por Goldberg e Hillier (1979), denominado *General Health Questionnaire-28* (GHQ-28). É um inventário de autorresposta, onde o indivíduo classifica o grau em que cada problema o afetou nas últimas semanas. Trata-se, de um recurso avaliativo da saúde mental (apropriado para avaliar a saúde mental ou o bem-estar psicológico). Nas palavras dos autores do questionário (Goldberg e Hillier, 1979), o GHQ foi concebido para identificar quer a incapacidade para realizar as atividades que são usuais numa pessoa saudável, quer o aparecimento de fenómenos stressantes novos. Não visa detetar traços estáveis, mas sim quebras no funcionamento usual. De acordo com os autores da escala, este questionário não permite, por si só, estabelecer um diagnóstico clínico. A versão por nós selecionada é a que foi estudada por Ribeiro e Antunes (2003). É constituída por 28 itens que analisam várias dimensões da saúde mental, distribuídos por quatro fatores que avaliam os distúrbios psiquiátricos não psicóticos: sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave.

No que respeita à consistência interna, o nosso estudo apresenta, para o total da escala, um *Alpha de Cronbach* de 0.94; um coeficiente de Guttman Split-half de 0.77; e um coeficiente de Spearman-Brown de 0.81. Relativamente aos valores de *Alpha de Cronbach* com um dos itens excluídos, os valores variam entre 0.938 (item 14) e 0.943 (item 25). Assim, a eliminação destes itens não traz grandes alterações, mantendo-se o valor de *Alpha*.

No quadro seguinte podemos analisar a comparação do nosso estudo com outros dois estudos portugueses, relativamente aos resultados da fiabilidade da escala.

QUADRO 1. Coeficientes Alpha de Cronbach para GHQ-28

Coeficiente de fiabilidade do GHQ-28	Ribeiro e Antunes (2003) n=60	Monteiro (2011) n=171	Estudo atual n=550
Escala Total	0.94	0.92	0.94
Sintomas Somáticos	0.85	0.83	0.88
Ansiedade e Insónia	0.88	0.87	0.91
Disfunção Social	0.83	0.87	0.87
Depressão Grave	0.89	0.84	0.88

Os três fatores apresentam bom índice de consistência interna. O fator Sintomas Somáticos apresenta um *Alpha* de *Cronbach* de 0.88, a Ansiedade e Insónia 0.91, a Disfunção Social 0.87 e a Depressão Grave 0.88.

As correlações entre as subescalas revelaram-se estatisticamente significativas ($p < .001$). No nosso estudo, as correlações entre as dimensões apresentam valores moderados, como se pode comprovar no quadro abaixo.

QUADRO 2. Coeficientes de correlação para as subescalas do GHQ-28

	Sintomas Somáticos	Ansiedade e Insónia	Disfunção Social	Depressão Grave
Sintomas Somáticos	1			
Ansiedade e Insónia	0.735	1		
Disfunção Social	0.559	0.537	1	
Depressão Grave	0.497	0.554	0.446	1

Relativamente à validade do constructo, foi realizada uma análise fatorial confirmatória. Estudámos o valor de medida de adequabilidade através do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) e do teste de *Bartlett*. Encontramos um KMO de 0.94 e, no teste de *Bartlett*, um valor significativo inferior a 0.001. Assim, uma vez que ambos apresentam valores aceitáveis, existem condições para a realização de uma análise fatorial.

Foi, então, realizada uma análise fatorial confirmatória dos 4 fatores do GHQ-28 que explicam 61.52% da variância total, com o Fator I a explicar uma variância de 39.93% e com um *Eigenvalue* de 11.182; o Fator II explica uma variância de 9.63%, com um *Eigenvalue* de 2.69; o Fator III explica uma variância de 7.73%, com um *Eigenvalue* de 2.164; por fim, o Fator 4 explica uma variância de 4.23%, com um *Eigenvalue* de 1.18. Desta forma, confirmam-se as 4 subescalas constituintes do GHQ-28.

Fez-se a rotação *varimax* dos componentes principais, o que permitiu confirmar a estrutura dos itens pelos fatores, o que é coincidente com o *General Health Questionnaire* – 28. O Fator I engloba todos os itens da subescala Ansiedade e Insónia; o Fator II engloba todos os itens da subescala Disfunção Social; e o Fator III coincide com a subescala Sintomas Somáticos; e o IV com a Depressão Grave.

Desta forma, concluímos que o GHQ-28 apresenta boas características psicométricas, uma boa consistência interna, com a confirmação da análise fatorial.

A recolha de dados foi realizada através de questionários *online*, utilizando a ferramenta *GoogleDocs* (formulários) para o inquérito *online*. Para a constituição do grupo de estudo, começámos por contactar a Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS) para a colaboração na recolha de dados. A APSS aceitou associar-se a este projeto de investigação pelo que demos início à recolha dos dados junto dos assistentes sociais.

Num primeiro momento, datado de 14 de janeiro de 2014, a APSS procedeu ao envio de mensagem eletrónica a todos os seus associados a solicitar àqueles que se encontravam a exercer a profissão que até 31 de janeiro respondessem ao preenchimento do inquérito *online* elaborado no âmbito desta investigação. Em 10 de fevereiro tinham respondido ao inquérito 186 sujeitos. Perante o insuficiente número de respostas obtidas, a 11 de fevereiro, a APSS solicita a todos os assistentes sociais que se encontram a exercer a profissão em Portugal, através da sua página de *Facebook*, que respondam ao nosso inquérito. Com a partilha deste estudo por várias páginas do *Facebook*, recorreu-se à técnica bola de neve, em que se solicita aos assistentes sociais que preencheram o inquérito que o divulguem a outros, que, por sua vez, poderão também levar a outros elementos, formando cadeias (Frank e Snidjers, 1994). Cada indivíduo ativa as suas redes sociais, solicitando-se que facilite o contacto com o próximo assistente social a inquirir. Em 14 de março tinham respondido ao inquérito 571 sujeitos, pelo que nessa data se encerrou o inquérito. Assim, a recolha da amostra decorreu no período compreendido entre 14 de janeiro e 14 de março de 2014.

A amostra utilizada para o presente estudo é constituída por assistentes sociais que se encontram a exercer em Portugal (único critério de inclusão na amostra). Não se conhecendo o número dos assistentes sociais portugueses, recorreremos à prospeção realizada por Branco (2009). De acordo com este autor, em 2009, os diplomados e licenciados em Serviço Social em Portugal totalizavam 14.875. Com base neste número, procedemos à aplicação da fórmula para populações finitas e para a variável qualitativa, para obter uma dimensão mínima da amostra. Neste sentido, o tamanho mínimo da amostra obtida através da fórmula para populações finitas e variável qualitativa³ é de 375

³ $n = \frac{Z^2 p(1-p) N}{(e^2(N-1) + Z^2 p(1-p))}$, onde N representa o tamanho da população, Z é a abcissa da normal padrão (1.96 para um grau de confiança de 95%), e indica o erro amostral e p é a estimativa

assistentes sociais. Este número está de acordo com aquele que é considerado como adequado por Tabachnick e Fidell (2007), nomeadamente 300 sujeitos. Trata-se de uma amostra de conveniência ou acidental (Fortin, 2000; Polit et al., 2006), tentando-se ter uma representação significativa, com o maior número possível de inquiridos (Polit & Hungler, 1995).

Dos 571 inquéritos recebidos, 21 foram considerados nulos pelo facto de os inquiridos, apesar de se intitularem assistentes sociais, afirmarem não serem licenciados em Serviço Social. Sendo assim, a amostra deste estudo é constituída por 550 assistentes sociais.

A amostra é maioritariamente constituída por sujeitos do género feminino (94.2%), cujas idades se situam entre os 21 e os 61 anos, com uma média 35 anos. Predominam os casados/união de facto (com 57.3%), seguidos dos solteiros, com 36.4%. Os divorciados e viúvos são relativamente pouco representados (5.8% e 0.5%, respetivamente). Face às habilitações literárias, a maioria dos sujeitos da amostra apresenta como habilitações literárias a licenciatura (61.1%), seguida da pós-graduação (23.1%). Somente 15.8% prosseguem os estudos para além da pós-graduação e 1.1% efetuou o doutoramento. Relativamente ao serviço em que os assistentes sociais trabalham, 59.6% trabalham no setor privado e os restantes 40.4% trabalham no setor público.

Cerca de 44% dos assistentes sociais portugueses referem sentir uma pressão elevada ou muito elevada para terminar o trabalho, enquanto somente 9.6% refere sentir nenhuma, muito baixa ou baixa pressão temporal. Sensivelmente 35% dos assistentes sociais referem sentir uma pressão temporal média para terminar o trabalho. Face ao nível de burocracia a que estão sujeitos, 43% consideram que é elevado, 33.1% consideram que é médio, enquanto 19.6% consideram que é muito elevado. Isto é, 62.9% dos assistentes sociais consideram que o nível de burocracia a que estão sujeitos é elevado ou muito elevado, enquanto somente 4% considera que este é baixo ou muito baixo.

Somente 8.9% dos assistentes sociais portugueses afirmam estar satisfeitos com o salário, 22.7% encontram-se razoavelmente satisfeitos e 68.4% afirmam não se sentir satisfeitos com o salário auferido. Relativamente à satisfação com os objetivos institucionais, constatamos que 35.5% dos assistentes sociais portugueses se encontram satisfeitos com os objetivos institucionais, 34.9% encontram-se razoavelmente satisfeitos e 29.6% não se encontram satisfeitos com os objetivos institucionais.

da proporção de um dos níveis da variável de referência (Pocinho, 2009).

Face à questão relativa ao desejo de mudança de local de trabalho, 56.4% respondeu afirmativamente e os restantes negativamente. Relativamente ao desejo de mudança de profissão, cerca de 26% respondeu afirmativamente. Se comparamos estes dados com os dos enfermeiros, constatamos que 22.2% dos enfermeiros pretende mudar de local de trabalho e somente 9.4% é que pretende mudar de profissão, apresentado, assim, este grupo profissional percentagens mais baixas do que o dos assistentes sociais (Queirós, 2005).

3. Resultados e sua discussão

Como já analisámos anteriormente, o General Health Questionnaire é constituído por 28 itens que analisam várias dimensões da saúde mental, distribuídos por quatro fatores que avaliam os distúrbios psiquiátricos não psicóticos: sintomas somáticos, ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave. Cada fator engloba sete itens, integrando cada um deles uma escala ordinal de quatro posições, tendo nós optado pela variação de 0 a 3 pontos. Desta forma, a pontuação de cada subgrupo varia entre 0 e 21 e a pontuação total da escala pode variar entre 0 e 84 pontos. Quanto mais a pontuação se aproxima de 0, menor é a probabilidade de deterioração psicológica, logo maior será o bem-estar psicológico dos assistentes sociais portugueses (isto é, menores são os problemas de funcionamento normal na realização das tarefas do dia a dia). Para os pontos de corte utilizámos os valores sugeridos pelos autores da escala, facilitando, também, a comparação com outros estudos – valor 5/6. Procedemos à soma dos valores dos itens (valores totais) e dividimos pelo número de itens de cada dimensão (7). Assim, uma nota acima do ponto de corte 5/6 é indicadora da probabilidade de se tratar de um caso de psiquiatria. Os resultados deste questionário podem ser analisados pelos scores totais da escala e pelos valores das 4 subescalas. No entanto, não é possível fazer um diagnóstico psiquiátrico específico das subescalas, apenas sendo possível identificar as subescalas que são proporcionalmente mais elevadas do que as outras.

Como podemos constatar no quadro seguinte, a sintomatologia que apresenta um valor mais elevado é a Disfunção Social seguida da Ansiedade e Insónia (com valores similares de 8.15 e 8.14 respetivamente). Com o valor de 7.11 surge os Sintomas Somáticos e com um valor mais diminuto a Depressão Grave (2.94).

QUADRO 3. Distribuição Estatística do GHQ-28

G.H.Q.-28	Média	Desvio-Padrão	Amplitude Possível
Sintomas Somáticos	7.11	4.43	0-21
Ansiedade e Insónia	8.14	4.97	0-21
Disfunção Social	8.15	3.24	0-21
Depressão Grave	2.94	3.83	0-21
Escala Total	26.00	13.59	0-84

De forma a melhor interpretar os dados, comparamos no quadro seguinte os dados obtidos no nosso estudo com o de outros dois: (1) estudo efetuado por Ribeiro e Antunes (2003), cujas subamostras são constituídas por indivíduos da população geral (não doentes) e por indivíduos doentes (grupo com tuberculose); (2) e o estudo de Sá (2008) realizado com uma amostra de 416 enfermeiros.

QUADRO 4.

Médias das subescalas avaliadas pelo GHQ-28 nos estudos de Ribeiro e Antunes (2003), e Sá (2008)

Subescalas do GHQ-28	Média			
	No nosso estudo n = 550	Em enfermeiros (Sá, 2008) n = 416	Grupo não doentes (Ribeiro e Antunes, 2003) n = 30	Grupo de doentes (Ribeiro e Antunes, 2003) n = 30
Sintomas Somáticos	7.11	6.0	5.00	10.36
Ansiedade e Insónia	8.14	5.8	5.04	9.66
Disfunção Social	8.15	6.9	7.93	11.33
Depressão Grave	2.94	1.6	2.23	7.20

Os assistentes sociais portugueses apresentam valores mais elevados de somatização, de ansiedade e insónia, disfunção social e depressão grave do que o grupo profissional de enfermeiros portugueses. Comparativamente com a população geral (grupo de não doentes), os assistentes também apresentam valores mais elevados em todas as subescalas (embora os valores de

depressão grave sejam próximos). Já relativamente à subamostra de doentes, os assistentes sociais apresentam valores mais diminutos em todas as subescalas, embora os valores da ansiedade e insónia se aproximem. O valor obtido no nosso estudo para a escala total foi de 26, sendo este valor mais elevado quando confrontado com o dos enfermeiros (Sá, 2008), que apresenta um valor de 20.3.

Relembrando, uma nota acima do ponto de corte 6 é indicadora da probabilidade de se tratar de uma pessoa perturbada emocionalmente. Conforme podemos observar no quadro seguinte, 18.4% (101) dos assistentes sociais parecem encontrar-se perturbados. Se compararmos esta taxa com a encontrada por Sá (2008) no grupo profissional dos enfermeiros (11%), constatamos que os assistentes sociais apresentam uma maior percentagem de profissionais com sintomatologia compatível com perturbação emocional.

QUADRO 5. Descrição estatística para as subamostras de pessoas com sintomatologia e sem sintomatologia psicopatológica

	N	%	Média da sintomatologia	Desvio-Padrão
Com Sintomatologia Psicopatológica	101	18.40	49.01	7.82
Sem Sintomatologia Psicopatológica	449	81.6	21.25	8.43

As variáveis socioprofissionais que apresentam diferenças estatisticamente significativas com todas as sintomatologias e a escala total são o desejo de mudar de local de trabalho, o desejo de mudar de profissão, a satisfação salarial, a satisfação com os objetivos institucionais, o nível de burocracia a que estão sujeitos e a pressão temporal. Médias mais baixas nestas variáveis correspondem a níveis mais baixos em todas as sintomatologias e escala total. De referir que muitos trabalhadores que apresentam sintomatologias psicopatológicas expõem que se sentem, nas palavras da OCDE (2015, p. 108), «*overwhelmed by the pressures of time at work*».

São vários os autores que associam a satisfação do trabalho à saúde mental, em que os profissionais mais satisfeitos com o seu trabalho apresentam melhor qualidade de saúde e menor ocorrência de doenças (Locke, 1976; Peterson & Dunnagan, 1998; Zalewska, 1999a, 1999b;). Takeda et al. (2002) realizaram um estudo no Japão, cuja amostra era constituída por assistentes

sociais, tendo identificado a satisfação no trabalho como apresentando uma forte associação negativa com o *burnout* e a depressão. Também Ramirez et al. (1996), num estudo realizado com médicos do Reino Unido, verificaram que a satisfação no trabalho estava inversamente associada com a exaustão emocional, a despersonalização e a morbilidade psiquiátrica. Não poderíamos deixar de ressaltar que uma das maiores fontes de insatisfação no trabalho são os salários inadequados (Elovainio et al., 2000; O’Driscoll & Beehr, 2000). Por exemplo, Cruz (1988) concluiu que, entre os professores que manifestavam o desejo de abandonar o ensino, 35% fá-lo-iam por causa do baixo salário. Este, por vezes, acarreta a necessidade de um duplo emprego e a consequente degradação do estatuto socioprofissional.

Também em Sá (2008), que utilizou o mesmo instrumento que usámos no nosso estudo, se verifica que os enfermeiros que desejavam mudar de local de trabalho apresentavam médias superiores de ansiedade e insónia, de disfunção social e, de igual forma, na escala global.

O número de faltas ao serviço no último ano apresenta diferenças estatisticamente significativas com a ansiedade e insónia, a disfunção social e a escala total. As médias destas sintomatologias aumentam à medida que aumenta o número de faltas. O teste de Tukey encontrou diferenças estatisticamente significativas nos pares: nunca/raramente e nunca/algumas vezes e nunca/muitas vezes para os sintomas somáticos, ansiedade e insónia e escala total; e entre algumas vezes/muitas vezes na disfunção social, pelo que as médias da somatização, da ansiedade e insónia, da disfunção social e da escala total são maiores no grupo que falta algumas e muitas vezes do que nos que raramente faltam. Na Europa, estima-se que o absentismo laboral ronda os 3% a 6% e calcula-se que o seu custo atinja cerca de 2.5% do PIB. Harrison e Martocchio (1998) referem que os trabalhadores que apresentam uma perturbação psicopatológica são os mais propensos ao absentismo, o que confirma os dados obtidos no nosso estudo. «*Workers who suffer from mental ill-health take sick leave more frequently and more absent for longer than those who are mentally healthy*» (OCDE, 2015, p. 105).

O género também apresenta diferenças estatisticamente significativas com a somatização, a ansiedade e insónia e com a escala total (bem-estar psicológico), apresentando as mulheres valores mais elevados do que os homens. Cabral (2002), citando Annandale, refere que na população britânica também são as mulheres que apresentam mais perturbações mentais. De igual forma, a comorbilidade é mais frequente entre as mulheres, ocorrendo simultanea-

mente as perturbações somatoformes (OMS, 2002). De acordo com o Instituto Nacional de Saúde, as mulheres portuguesas apresentam níveis mais elevados de provável sofrimento psicológico quando comparadas com os homens em todas as faixas etárias (Vintém, 2008). Fazemos, no entanto, a ressalva, de que estes dados poderão não querer dizer que as mulheres são mais vulneráveis à doença, mas antes, que manifestam mais os seus sintomas, isto é, podem ser mais externalizadoras do que os homens.

A idade apresenta diferenças estatisticamente significativas unicamente na disfunção social, sendo que o teste de Tukey encontrou diferenças nos pares: 20/29 anos e 30/39 anos, experienciando este último grupo médias mais elevadas nesta sintomatologia. Este resultado era por nós esperado na medida que também alguns estudos que compararam a saúde mental de cuidadores mais novos e mais velhos (Lewis et al., 2008; Fletcher et al., 2008) verificaram nos mais velhos uma maior frequência de distúrbios mentais.

Também nos casos com pior saúde mental encontrámos diferenças estatisticamente significativas com as variáveis desejo de mudar de local de trabalho, desejo de mudar de profissão, número de faltas ao serviço no último ano, satisfação com os objetivos institucionais, nível de burocracia a que está sujeito, satisfação salarial e pressão temporal. Quem revela desejo de mudar de local de trabalho, desejo de mudar de profissão, um maior número de faltas ao serviço, insatisfação com os objetivos institucionais, um maior nível de burocracia, insatisfação salarial e um maior nível de pressão temporal, apresenta uma maior probabilidade de desenvolver uma sintomatologia psicopatológica. No estudo relativo aos piores casos com saúde mental concluímos que a frequência dos assistentes sociais perturbados emocionalmente não varia em função das características demográficas, mas sim, unicamente, das características socioprofissionais. Estes dados eram esperados uma vez que, tal como analisámos, as condições de trabalho influenciam a saúde mental. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com os anos de trabalho no atual serviço, anos de serviço enquanto assistente social, ano de conclusão da licenciatura, distância a casa, número de filhos, habilitações literárias, estado civil, situação contratual, categoria profissional, áreas/público-alvo e serviço em que trabalha.

A primeira das variáveis preditivas em todas as sintomatologias e na escala total é a satisfação com os objetivos institucionais (ansiedade e insónia – $r^2=0,034$; sintomas somáticos – $r^2=0,053$; disfunção social – $r^2=0,083$); depressão – $r^2=0,065$; escala total – $r^2=0,074$); a segunda é a pressão temporal,

à exceção da depressão que é a distância do trabalho a casa. Encontramos, ainda, como variáveis preditivas dos sintomas somáticos a burocracia e o género; na ansiedade e insónia o género, a idade e a situação contratual; na disfunção social o serviço; na depressão a satisfação salarial e, na escala total, o serviço a que pertence e a satisfação salarial.

4. Considerações finais

Relembrando a revisão da literatura, as transformações complexas do trabalho, inseridas na especialização flexível, são fonte geradora de tensão e sobrecarga física e psíquica e, neste processo, o indivíduo é invadido de diversos distúrbios comportamentais e psicossomáticos^[4] (Dejours, 2007; Lhuillier, 2009).

Os elevados níveis de burocracia, os problemas sociais cada vez mais complexos, a carga de trabalho (fazer mais em menos tempo e com menos recursos), geram tensões, contradições, dificuldades e paradoxos com os quais é muito difícil aos assistentes sociais lidarem na prática (Dominelli, 2004; Dominelli & Hackett, 2011;). Mais, as condições que se encontram na prática não estão em consonância com os ideais, com os valores e com os objetivos do Serviço Social (Powell, 2001).

De acordo com o nosso estudo parece que 18% dos assistentes sociais manifestam sintomatologia compatível com a perturbação emocional. Os assistentes sociais, tal como afirma Ander-Egg (1985), iniciam a sua prática profissional com muitas expectativas, movidos pela vontade de ajudar o *outro*, e despendendo muita energia. O que encontram é uma elevada burocracia, pressão temporal, insatisfação com os objetivos institucionais, uma elevada carga de trabalho, juntamente com uma baixa autonomia e baixa participação na tomada de decisões, o que culmina na insatisfação laboral.

Tal como abordámos, os assistentes sociais ficam sujeitos às tarefas administrativas, relegando-se para um segundo plano o aspeto relacional, empurrando a profissão para uma direção totalmente oposta aos princípios e valores do Serviço Social. Também o aumento da individualização na sociedade moderna (que contribuiu para que os problemas dos cidadãos sejam essencialmente resolvidos pelos profissionais em detrimento das redes sociais pessoais)

⁴ Para Lhuillier (2009), estas patologias podem ser divididas em três grupos: as patologias da atividade «aprimorada» e da atividade impedida; as patologias da solidão; e as patologias dos maus-tratos e da violência. A estas patologias podemos acrescentar ainda a patologia do ideal (Dejours, 2007), respeitante aos sentimentos de incompetência experienciados quando não são atingidos os padrões de excelência que lhe são exigidos, ou que são expectáveis.

e a não contratação de mais recursos humanos aumentam consideravelmente a carga de trabalho.

No presente estudo é patente a importância da relação entre as condições de trabalho e as perturbações psicopatológicas, que nos parece realçada pela ausência de relação significativa com as variáveis que não são específicas com as condições de trabalho. A satisfação no trabalho possui um efeito de proteção à saúde mental (Ramirez et al., 1996).

É importante sublinhar a associação entre as condições de trabalho e as sintomatologias psicopatológicas, assim como é fundamental tê-la em conta no desenvolvimento de estratégias terapêuticas a ter com estes profissionais. Sem patologizar excessivamente cada uma das situações é, no entanto, necessário não subestimar o nível de perturbação que alguns destes profissionais podem apresentar, permitindo-lhes compreender alguma da sintomatologia e, dessa forma, permitindo-lhes, também, libertar-se dela.

Referências

- Adams, R., Dominelli, L. e Payne, M. (2005). Engaging with social work futures. In *Social work futures: Crossing boundaries, transforming practise*. Palgrave Macmillan. New York.
- Amaro, I. (2005). *Contextos de Instabilidade no Mundo Globalizado: tecnologia, trabalho e laço social*. Dissertação de mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, ISCTE, Lisboa. Texto policopiado.
- Amaro, I. (2009). Identidades, incertezas e tarefas do serviço social contemporâneo. *Locus SOCI@L*, 2: 29-46.
- Amaro, I. (2012). *Urgências e emergências do serviço social contemporâneo: Fundamentos da profissão na contemporaneidade*. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Amaro, I. (2008). O trabalho como direito humano? *Janus Online*. 20.
- Ander-Egg, E. (1985). *Metodologia del trabajo social*. 3.^a edição Ateneo. México.
- Banks, S. (2001). Ética em fragmentos. In Mouro, H. e Simões, D. (coords.). *100 anos de serviço social*. Quarteto. Coimbra.
- Blaikie, N. (2000). *Designing social research*. Polity Press. Cambridge.
- Branco, F. (2009). A profissão de assistente social em Portugal. *Locus SOCI@L*, 3: 61-89.
- Cabral, M. (coord.) (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa.

- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta. Lisboa.
- Cruz, J. (1988). *Stress e ansiedade nos professores*. In Actas do I Encontro sobre Educação em Ciências. Universidade do Minho. Braga.
- Dejours, C. (2007). *A banalização da injustiça social*. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.
- Dominelli, L. e Hackett, S. (2011). The changing contexts of practice. *International social work*, 54: 731-733.
- Dominelli, L. (2002). Values in social work: Contested entities with enduring qualities. In Adams, R., Dominelli, L. e Payne, M. *Critical practice in social work*. Palgrave Macmillan. New York.
- Dominelli, L. (2004). *Social work – Theory and practise for a changing profession*. Polity Press. Cambridge.
- Dominelli, L. (2010). Globalization, contemporary challenges and social practice. *International Social Work*, 53(5): 599-612.
- Duarte, J. (2010). Cotidiano profissional do assistente social: Exigências profissionais, identidade e autonomia relativa nas ONGs. *Textos & Contextos*, 9 (1): 66-76.
- Dustin, D. (2007). *The McDonaldisation of social work*. Ashgate. Aldershot.
- Elovainio, M. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: A multilevel analysis of job control and personality. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (2): 269-277.
- Faleiros, V. (2001). Desafios do serviço social na era da globalização. In Mouro, H. e Simões, D. (coords.). *100 anos de serviço social*. Quarteto. Coimbra.
- Fletcher, B.; Paul, S.; Dodd, M.; Schumacher, K.; West, C.; Cooper, B.; Lee, K.; Aouizerat, B.; Swift, P.; Wara, W. e Miaskowski, C. (2008). Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(4): 599-605.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Monitor. Lisboa.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência. Lisboa.
- Frank, O. e Snijders, T. (1994). Estimating the size of hidden populations using snowball sampling. *Journal of Official Statistics*, 10: 53-67.
- Goldberg, D. e Hillier, V. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9. 139-145.

- Harrison, D. e Martocchio, J. (1998). Time for absenteeism: 20-year review of origins, offshoots and outcomes. *Journal of Management*, 24 (3): 305-351.
- Hoven, R. (2002). O trabalho social comunitário. In Henríquez, A. e Farinha, M. (orgs.). *Serviço social: Unidade na diversidade – Encontro com a identidade profissional*. APSS. Lisboa.
- Iamamoto, M. (2000). *Renovação e conservadorismo no serviço social. Ensaios críticos*. 6.ª edição. Cortez Editora. São Paulo.
- Jordan, B. e Jordan, C. (2000). *Social work and the third way – Tough love as social policy*. Sage Publications. London.
- Lewis, F.; Fletcher, K.; Cochrane, B. e Fann, J. (2008). Predictors of depressed mood in spouses of women with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 26(8): 1289-1295.
- Lhuillier, D. (2009). Travail, management et santé psychique. *Connexions*. 91: 85-101.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette, M.D. (ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. pp. 1297-1349. Rand McNally. Chicago.
- Midgley, J. (2001). Issues in the international social work: Resolving critical debates in the profession. *Journal of Social Work*, 1 (1): 21-35.
- Montaño, C. (1997). O Serviço Social frente ao Neoliberalismo. Mudanças na sua base de sustentação funcional-ocupacional. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 53.
- Monteiro, A. (2011). Assessment of the factor structure and reliability of the Portuguese version of the General Health Questionnaire - 28 among adults. *Journal of Mental Health*, 20 (1): 15-20.
- Munro, E. (2004). The impact of audit on social work practice. *British Journal of Social Work*, 34 (8): 1075-1095.
- Noble, C. (2004). Postmodern thinking: Where is it taking social work? *Journal of Social Work*, 4: 289-304.
- OECD (2015). Fit mind, fit job: From evidence to practice in mental health and work. *Mental Health and Work*. OECD Publishing. Paris.
- O’Driscoll, M. e Beehr, T. (2000). Moderating effects of perceived control and need for clarity on the relationship between role stressors and employee affective reactions. *The Journal of Social Psychology*, 140 (2): 151-159.
- Parton, N. e O’Byrne, P. (2000). *Constructive social work: Towards a new practice*. Palgrave. Basingstoke.
- Parton, N. (1996). *Social theory, social change and social work*. Routledge. London.

- Peterson, M. e Dunnagan, T. (1998). Analysis of a worksite health promotion program's impact on job satisfaction. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 40 (11): 973-979.
- Pocinho, M. (2009). *Amostras – teoria e exercícios passo a passo*. [online]. Recuperado de: <http://ismt.pt>
- Draelants, H., & Maroy, C. (2007). L'analyse des politiques publiques: Un panorama. *Revue de la littérature (partie 1)*, pp.3-28. Project KNOW & POL. [online]. Recuperado de: <<http://www.knowandpol.eu>>.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.^a edição. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Polit, D.; Beck, C. e Hungler, B. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. Artmed. São Paulo.
- Powell, F. (2001). *The politics of social work*. Sage Publications. London.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A. e Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347: 724-728.
- Ribeiro, J. e Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 Itens (General Health Questionnaire-GHQ28). *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5 (1): 37-45.
- Sá, L. (2008). *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Tabachnick, B. e Fidell L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Allyn and Bacon. Boston.
- Takeda, F.; Yokoyama, E.; Miyake, T. e Ohida, T. (2002). Mental health and job factors in social workers at social welfare offices. *Journal of Occupational Health*, 44: 385-390.
- Vintém, J. (2008). Inquéritos nacionais de saúde: Auto-percepção do estado de saúde: Uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Psicologia da Saúde*, 26 (2).
- Webb, S. (2007). Social work in a risk society: Social and political perspectives. *Journal of Social Work*, 8 (4): 431-442.
- Wilson, K.; Ruch, G.; Lymbery, M. e Cooper, A. (2011). *Social work: An introduction to contemporary practice*. Longman. New York.
- Zalewska, A. M. (1999a). Achievement and social relations values as conditions of the importance of work aspects and job satisfaction. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5 (3): 395-416.

Zalewska, A. M. (1999b). Job satisfaction and importance of work aspects related to predominant values and reactivity. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 5 (4): 485-511.

