



Contexto Laboral e Burnout entre trabalhadores da Saúde da Atenção Básica: o papel mediador do Bem-Estar Social

Work Environment and Burnout in Primary Care Health Workers: the mediating role of Social Well-Being

Paulo Roberto Taborda de Souza Filho

Filipe Campani

Sheila Gonçalves Câmara

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Resumo

Há poucos estudos sobre saúde do trabalhador na atenção básica que levem em consideração aspectos de bem-estar como estratégia para promoção da saúde no trabalho. Este estudo teve por objetivo avaliar o bem-estar social como mediador entre a ocorrência de comportamentos violentos dos usuários e riscos psicossociais no trabalho no desenvolvimento da síndrome de *Burnout* em 248 trabalhadores da atenção básica de Porto Alegre, Brasil. Foram aferidos dados sociodemográficos; Critério de Classificação Econômica Brasil; Questionário sobre a atuação na atenção básica; Escala de comportamentos violentos à profissionais da atenção básica (HABS-U); Bateria de riscos psicossociais no trabalho; Questionário para Síndrome de Burnout (CESQT); e Escala de Bem-Estar Social. Resultados apontam que o Bem-Estar Social é uma variável mediadora protetora significativa entre comportamentos agressivos, riscos psicossociais no trabalho e desenvolvimento de *Burnout*. Estes achados podem subsidiar intervenções com vistas à promoção de saúde na população.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Esgotamento Profissional, Bem-Estar Social, Atenção Primária à Saúde

Abstract

Research with primary care health workers doesn't take in consideration well-being as a strategy for health prevention and health promotion in the workplace. This study aimed to evaluate how social well-being mediates the relationship between the occurrence of aggressive behaviors and psychosocial risks at work in the development of Burnout Syndrome in 248 primary healthcare workers of Porto Alegre, Brazil. The instruments used for data collection were: sociodemographic questionnaire, the Brazilian Criterion of Economic Classification, a questionnaire about work perception in primary healthcare, the Psychosocial Risks at Work scales, the Healthcare-worker's Aggressive Behavior Scale-Users, the "Spanish Burnout Inventory", and the Social Well-Being Scale. Results show that Social Well-Being is a protective significant mediator between the occurrence of healthcare user's aggressive-behaviors and psychosocial work risks in Burnout development. Further psychosocial interventions based on these findings are needed to promote health in this population.

Keywords: Occupational Health, Professional Burnout, Social Well-Being, Primary Health Care

Introdução

Os estudos acerca do impacto do trabalho sobre a saúde do trabalhador já são abundantes no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho (Carlotto, Câmara, Braun, Rodriguez, & Diehl, 2017). No entanto, poucos são os que abordam as relações entre trabalho e saúde na classe de trabalhadores que atua na atenção básica. Uma busca pelos termos ‘Saúde do Trabalhador’ e ‘Atenção Primária à Saúde’ (descritores registrados no DeCS da Biblioteca Virtual em Saúde) na base de dados LILACS/Bireme em 2018, com estudos brasileiros nos últimos 10 anos, obteve como resultado somente 13 estudos.

Nas últimas três décadas, mudanças na organização de trabalho como a maior orientação em função do mercado e redução do papel regulador do Estado nas relações laborais colaboraram para a maior precarização das relações de trabalho (Verde, Bernardo & Büll, 2013); assim como para o aumento do perfil de doenças e acidentes relacionados ao trabalho relativos a riscos de origem psicossocial – que causam danos físicos, psicológicos e social (Gil-Monte, 2012).

Pesquisas na última década vêm apontando a identificação de riscos ocupacionais e de vulnerabilidade em trabalhadores da saúde. José Guedes dos Santos, Mariana Vieira, Luciana Assuiti, Doris Gomes, Betina Meirelles e Sílvia Santos (2012) assinalam que a vulnerabilidade entre os profissionais da atenção básica decorre do processo de trabalho, das necessidades de saúde dos sujeitos e comunidades e do risco de exposição à agressão (verbal e física), gestão em saúde e de características do próprio profissional. Outros estudos internacionais (Arimany-Manso, Clos-Masó, & Gómez-Durán, 2016; Travetto et al., 2015) também indicam o risco e ocorrência de agressões em profissionais na atenção primária, os quais implicam no desenvolvimento de estresse crônico laboral e outros agravos relacionados (Gascón et al, 2013).

Um dos estudos encontrados (Tomasi et al., 2008) teve como objetivo apresentar o perfil epidemiológico e sociodemográfico de trabalhadores da atenção básica da região Sul e Nordeste do Brasil (n=4.749), a fim de apresentar as condições de trabalho e desgaste ocupacional que permeiam a atuação desses trabalhadores. Foi reportado que, entre os

participantes, boa parte possuía vínculos empregatícios precários, com pouca ou nenhuma supervisão e ambientes físicos inadequados. Além disso, um terço da população se declarou pouco ou muito insatisfeito com sua saúde e 42 % apresentaram problemas de saúde (cardiovasculares, osteomuscular e do tecido conjuntivo). Cerca de 16 % apresentaram classificação positiva para Transtornos Mentais Comuns.

Um dos aspectos de saúde bastante estudados em profissionais da saúde é relativo ao desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* (SB), que se caracteriza – de maneira simplificada – pela deterioração cognitiva, afetiva, emocional e física do trabalhador (Gil-Monte & Zuñiga-Caballero, 2010). No entanto, no Brasil, poucas pesquisas apresentam a prevalência desse fenômeno em trabalhadores da saúde na atenção básica.

Leandro Maia, Nicácio Silva e Patrícia Mendes (2011) realizaram uma revisão integrativa de literatura sobre a ocorrência de SB em agentes comunitários de saúde. Foram reportados 35 estudos específicos com a população em território brasileiro nos quais foram identificados como fatores laborais de risco a sobrecarga de trabalho, suporte organizacional precário, relacionamento problemático com colegas, falta de autonomia, burocracia excessiva no trabalho e contato próximo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Leticia Trindade, Liana Lautert, Carmen Beck, Simone Amestoy e Denise Pires (2010) apresentaram índices de prevalência de *Burnout*, através da avaliação pelo *Maslach Burnout Inventory* (MBI), em trabalhadores de equipes da saúde da família da região sul do Brasil. Foi identificada prevalência de 6,9 % da síndrome na amostra pesquisada (n=86), e foi possível identificar, através de entrevistas semiestruturadas com esses indivíduos, que a maior carga de trabalho e problemas de relacionamento interpessoais/falta de apoio do grupo consistiam nos principais fatores para o desenvolvimento dos sintomas. Salvyana Silva, Marco Nunes, Vanessa Santana, Francisco Reis, José Neto e Sonia Lima (2015) identificaram índice de 6,7 % de prevalência de SB, também pelo MBI, em trabalhadores da atenção primária da região Nordeste do Brasil (n=216) e atribuíram ao excesso de trabalho, dificuldades da articulação da rede de serviços, tensão emocional pelo contato diário

com a população assistida e desarticulação entre os profissionais da unidade como fatores de vulnerabilidade ao estresse e ao desenvolvimento da referida síndrome.

Um dos modelos teóricos de *Burnout* que vem sendo bastante utilizado na atualidade é o de Pedro Gil-Monte (2005), que se caracteriza pelas seguintes dimensões: a) Ilusão pelo trabalho: definida como o desejo do indivíduo em alcançar determinadas metas laborais como fonte de realização pessoal; b) desgaste psíquico: definido como a presença de esgotamento emocional e físico decorrente da atividade diária de trabalho com pessoas que apresentam ou causam problemas; c) indolência: definida como a presença de atitudes negativas de indiferença e cinismo frente aos usuários; e d) culpa: definida como a presença de sentimento de culpa e de cobrança social em função do comportamento e atitudes negativas frente às pessoas com as quais o trabalhador se relaciona.

Esse modelo teórico foi desenvolvido tendo em vista a identificação de dois perfis distintos no processo de desenvolvimento de *Burnout* (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte & Grau-Alberola, 2013). O primeiro perfil diz respeito ao surgimento do deterioro cognitivo e afetivo como resposta ao estresse laboral crônico, posteriormente desenvolvendo atitudes negativas frente ao público de trabalho. O segundo perfil compreende uma forma mais agravada do primeiro, com o surgimento de sentimento de culpa - que não ocorre necessariamente em todos os indivíduos como um agravante da SB. Utilizando este modelo de Gil-Monte e corroborando com as pesquisas entre trabalhadores da atenção básica, Stelyus Silveira, Sheila Câmara e Mayte Amarray (2014) encontraram prevalência de 18 % da síndrome de *Burnout* (sendo 11 % com presença de culpa) e 41 % de ocorrência de acidentes relacionados ao trabalho em Porto Alegre, RS, Brasil.

Percebe-se que os estudos que abordam a saúde do trabalhador na atenção básica, embora contemplem aspectos laborais e a prevalência de agravos físicos e psicossociais, não o fazem de forma integrada. Nesse sentido, torna-se relevante a avaliação e compreensão de modelos de saúde que levem em consideração os aspectos individuais e o bem-estar associado a necessidades sociais, problemas e aspirações coletivas (Keyes, 1998).

O Bem-Estar Social (BES) é definido como a valoração que os sujeitos fazem acerca das circunstâncias e do funcionamento dentro de uma sociedade, sendo composto por cinco dimensões: a) Integração social: avaliação da qualidade das relações estabelecidas com sociedade e comunidade; b) Aceitação social: sentimento de pertencimento a um grupo e/ou comunidade e a confiança, aceitação de atitudes positivas e negativas associados aos outros e à própria vida, o que são descritos como indicadores de saúde mental; c) Contribuição social: sentimento de utilidade, de ser um membro vital da sociedade; d) Atualização Social: confiança no potencial de desenvolvimento e crescimento para a produção de bem-estar (confiança no progresso e na mudança social); e) Coerência Social: capacidade de compreensão da dinâmica do mundo social, percepção de qualidade, organização e funcionamento da sociedade e preocupação em inteirar-se sobre o que ocorre no mundo (Keyes, 1998).

A literatura internacional indica que as dimensões do Bem-Estar Social estão relacionadas à promoção e prevenção de saúde mental (Lupano, de la Iglesia, Castro e Keyes, 2017). Corey Keyes, Marié Wissing, Johan Potgieter, Michael Temane, Annamarie Kruger e Sinette Rooy (2008) encontraram em amostras sul-africanas e estadunidenses relação significativa de pontuações negativas em bem-estar social e bem-estar psicológico com sintomas de transtorno depressivo maior, transtorno de pânico e transtornos de ansiedade generalizado, além de associações significativas para transtornos mentais comuns.

Alessia Negrini, Marc Corbière, Guillaume Fortin e Tania Lecomte (2014) estudaram aspectos de bem-estar social, sintomatologia de transtornos depressivos e de ansiedade em uma população canadense em momento de reinserção laboral. Os autores demonstraram que a atividade laboral também possui associação positiva com bem-estar social dos indivíduos – independente de possuírem transtornos mentais ou não. Também foi observado que, indivíduos mais engajados na reinserção laboral – através do estabelecimento de metas e participação de atividades de integração sociais – resultavam em índices mais altos de Integração e Atualização Social.

Amálio Blanco e Dario Díaz (2005) demonstraram que há correlatos significativos entre as

dimensões de bem-estar social (integração, contribuição e atualização) e satisfação com a vida, percepção de bem-estar geral, aspectos relativos à saúde comunitária, limites e ação/inclusão sociais. A integração e suporte social são apontados por Sheldon Cohen (2004) como fatores de promoção de saúde que se associam com aspectos de regulação emocional, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, índices de mortalidade, estresse e correlatos imunológicos.

Até o presente momento, não há estudos sobre bem-estar social com a população de profissionais da saúde – embora estudos abordem índices com estudantes da área da saúde (Blanco & Díaz, 2005; Vivaldi & Barra, 2012). Também, a partir de buscas nas bases BVS e LILACs, verificou-se não existirem pesquisas na literatura nacional acerca do construto.

De acordo com a perspectiva dos estudos de Pedro Gil-Monte (2012), Tomasi et al. (2008) e Leilane Almeida, Samantha Torres e Cristiane Santos (2012), os aspectos psicossociais dos profissionais de saúde, que incluem as condições de trabalho, os riscos presentes no trabalho e a satisfação com o trabalho, podem representar fatores de risco, afetando negativamente a saúde do trabalhador, como é o caso da síndrome de *Burnout*. A vivência e experiências inter e intrasubjetivas do trabalho, especialmente no campo da saúde pública, acabam por incidir – tanto de maneira positiva, quanto negativa – no bem-estar do trabalhador, através dos aspectos de suporte

e integração social presentes na inserção comunitária e nas relações com os usuários do Sistema Único de Saúde (Maia, Silva & Mendes, 2011). O bem-estar social, por sua vez, pode representar um fator de proteção para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*, uma vez que sua contribuição para a saúde mental tem sido reportada (Lupano et al., 2017).

O presente estudo pretendeu avaliar a prevalência de *burnout* em trabalhadores da atenção básica e se o bem-estar social poderia funcionar como variável mediadora na relação entre a frequência de comportamentos violentos por parte dos usuários e riscos psicossociais relacionados ao trabalho e os dois perfis da Síndrome de *Burnout*. A hipótese principal do estudo, portanto, foi de que o bem-estar social medeia a relação entre a frequência de comportamentos violentos por parte dos usuários e riscos psicossociais relacionados ao trabalho e os dois perfis da Síndrome de *Burnout*, conforme a figura 1.

Método

Contexto do estudo

O estudo observacional, analítico de corte transversal foi realizado em Porto Alegre, RS, Brasil, no período de outubro de 2017 a abril de 2018. Porto Alegre/RS é a capital do estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o último censo do IBGE (Brasil, 2017), o município

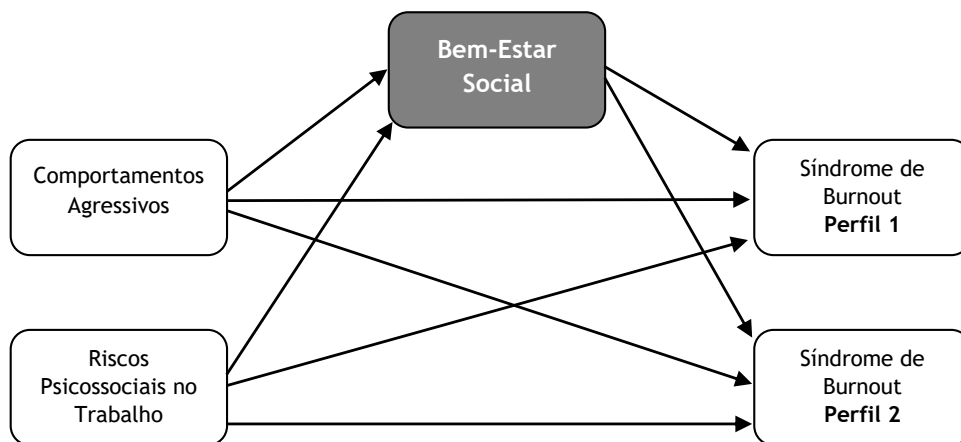


Figura 1. Modelo Conceitual de Mediação do Bem-Estar Social sobre a frequência de comportamentos violentos e riscos Psicossociais no Trabalho no Desenvolvimento de *Burnout* em trabalhadores da Atenção Básica. Porto Alegre, Brasil, 2017-2018.

tem 1.409.351 habitantes e um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,805. O município conta com 140 Unidades de Saúde dentre os serviços de atenção básica, sendo 15 destas conveniadas de outras instituições não vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde, 2017). Os serviços estão distribuídos em oito distritos sanitários, definidos em função do número de habitantes de cada região geográfica.

População alvo e população em estudo

A população alvo foi de profissionais da saúde que atuassem na atenção básica no município de Porto Alegre, RS, em serviços coordenados pela Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (servidores municipais e do IMESF - Instituto Municipal de Estratégia da Saúde da Família). A amostragem foi polietápica, de tipo estratificada, aleatória. O cálculo amostral foi realizado a partir da população total de trabalhadores profissionais da saúde atuando na atenção básica no município em 2017 (N=2.304) (Secretaria Municipal de Saúde, 2017). Utilizou-se o programa *Epi-Info* para os cálculos de tamanho de amostra (intervalos de confiança=95 %). Utilizou-se como parâmetro a prevalência mais elevada do agravo em estudo (Síndrome de *Burnout*), de acordo com estudo realizado com a população de profissionais de saúde da atenção básica de Porto Alegre, de 18 % (Silveira, Câmara & Amazaray, 2014), efeito de delineamento de 1,3 e poder de 95 %. Com isso, a amostra foi calculada em 268 trabalhadores.

A distribuição dos serviços, bem como a cobertura da atenção básica por distrito sanitário foi identificada, conforme o relatório de gestão municipal de saúde (Secretaria Municipal de Saúde, 2017). Estes estão assim distribuídos quanto à cobertura: região Centro (1,6 %); região Glória/Cruzeiro/Cristal (18,4 %); região Leste/Nordeste (14,4 %); região Norte/Eixo Baltazar (17,6 %); região Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (8 %); região Partenon/Lomba do Pinheiro (21,8 %), região Restinga/Extremo Sul (9,6 %); e região Sul/Centro Sul (13,6 %). A partir desses dados, a amostra foi estratificada, de maneira a manter a proporcionalidade em termos de número de serviços e número de trabalhadores por distrito.

Amostra

Participaram do estudo 248 trabalhadores, o que representou uma perda de 4,7 %. Destes, a maioria (91,1 %) era do sexo feminino, com idade média de 40,75 (DP=9,66) anos. Quanto à escolaridade, a maioria (51,4 %) tinha ensino médio completo. Em relação à classificação socioeconômica, a maioria possui classificação B (57,5 %), seguido pela classificação C (32,7 %) e classificação A (9,8 %) de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2015). A maior parte dos profissionais eram técnicos e auxiliares de enfermagem (30,2 %), seguido por agentes comunitários de saúde (27,4 %), enfermeiros (18,1 %), médicos (9,3 %), dentistas (7,7 %) e técnicos de saúde bucal (7,3 %). A média de tempo de atuação na atenção básica foi de 8,17 (DP=6,99). A maioria possuía vínculo pelo IMESF (73,7 %) e os demais possuíam vínculo com a prefeitura. A maioria trabalha sob regime de 40 horas (85,6 %) semanais (M=38,61; DP=7,94) e atende, em média, 38,5 pessoas por dia (DP=41,7). Cerca de 66,7 % trabalhavam em Estratégias de Saúde da Família, 30 % em Unidades de Saúde e 3,3 % em outros locais. Quanto a treinamento para atuação na atenção básica, 51,2 % haviam realizado e 84,8 % dos participantes consideram que há falta de profissionais conforme os critérios mínimos de composição de equipe de acordo com o estabelecido pela política.

Instrumentos de coleta de dados

a) Dados sociodemográficos. Inclui as variáveis sexo, idade e escolaridade;

b) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O questionário é composto por 12 questões, contendo a posse de itens (banheiros, automóveis, computador, lava-louça, geladeira, freezer, lava-roupa, DVD, microondas, motocicleta e secadora de roupa), contar com empregados domésticos, grau de instrução do responsável econômico pela família e duas questões sobre serviços públicos (água encanada e rua pavimentada). Possui os seguintes cortes de classificação para o Brasil: A (45-100), B1 (38-44), B2 (29-37), C1 (23-28), C2 (17-22), D-E (0-16) (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2015);

c) Questionário sobre a atuação na atenção básica. Elaborado para o presente estudo. Contempla questões referentes a profissão;

distrito de atuação, tipo de vínculo empregatício, carga horária semanal, número de pessoas atendidas diariamente, treinamento para atuação na atenção básica, e avaliação de falta de profissionais na equipe;

d) Comportamento agressivo dos usuários em relação aos profissionais de saúde. *Healthcare-worker's Aggressive Behaviour Scale-Users - Primary Healthcare version (HABS-U-PHC)* (Ruiz-Hernández, López-García, Llor-Esteban, Galián-Muñoz & Benavente-Reche, 2016). O instrumento foi traduzido e adaptado para a amostra deste estudo pelos autores, seguindo os procedimentos de adaptação semântica e transcultural (Internacional Test Commission, 2016). A escala é composta por 14 itens que são respondidos em uma escala de seis pontos (1-nunca, 2-anualmente, 3-trimestralmente, 4-mensalmente, 5-semanalmente e 6-diariamente). O alfa geral da versão original é de 0,91. No presente estudo, foi de 0,90. O modelo unifatorial apresentou índices adequados de ajuste: $\chi^2/gl=2,06$; TLI=0,92; CFI=0,94; RMSEA=0,06 (0,05; 0,08). Para as análises de mediação foi calculada a média da escala geral.

e) Bateria de riscos psicossociais no trabalho (UNIPSIPO), de Pedro Gil-Monte (2005). A bateria está composta pelas dimensões autonomia (5 itens, $\alpha=0,76$), conflito de papel (5 itens, $\alpha=0,76$), sobrecarga (6 itens, $\alpha=0,71$), apoio social no trabalho (8 itens, $\alpha=0,84$) e conflitos interpessoais no trabalho (5 itens, $\alpha=0,77$) (Carlotto & Câmara, 2015). Neste estudo, foram encontrados índices adequados de confiabilidade (autonomia - $\alpha=0,78$; conflito de papel - $\alpha=0,79$; sobrecarga - $\alpha=0,72$; apoio social - $\alpha=0,76$; e conflito interpessoal - $\alpha=0,76$). Todos os itens são repondidos em uma escala de frequência de cinco pontos (0 “nunca” a 4 “todos os dias”). Para as análises do estudo foram calculadas as médias de todas as subescalas.

f) Síndrome de *Burnout*. Foi utilizado o Questionário para avaliação da Síndrome de *Burnout - Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo - CESQT* - (Gil-Monte, 2005), adaptada para o Brasil por Pedro Gil-Monte, Mary Carlotto e Sheila Câmara (2010). O instrumento é composto de 20 itens que se distribuem em quatro subescalas: Ilusão para o trabalho (5 itens, $\alpha=0,72$); Desgaste psíquico (4 itens, $\alpha=0,86$); Indolência (6 itens, $\alpha=0,75$); e, Culpa (5 itens,

$\alpha=0,79$) (Gil-Monte, Carlotto & Câmara, 2010). A escala de respostas é de 5 pontos, variando de 0 (zero) - nunca a 4 (quatro) - muito frequentemente: todos os dias. Para acessar o Perfil 1, foi calculada a média das dimensões ilusão pelo trabalho (invertida), desgaste psíquico e indolência. Para acessar o Perfil 2 foi calculada a média das mesmas dimensões acrescidas da dimensão culpa. O ponto de corte estipulado para presença da síndrome para os dois perfis é de média $\geq 1,93$, conforme o critério de percentil de nível crítico proposto por Pedro Gil-Monte (2011). Para este estudo, os índices de confiabilidade para os itens do Perfil 1 foi de $\alpha=0,86$ e para o Perfil 2 foi de $\alpha=0,87$.

g) Bem-estar social. *Social Well-Being Scales* (Keyes, 1998) - versão reduzida adaptada por Blanco e Diaz (2005). O instrumento foi traduzido e adaptado para o contexto brasileiro pelos autores do presente estudo, seguindo os procedimentos de adaptação semântica e transcultural (Internacional Test Commission, 2016).

A versão validada é composta por 24 itens divididos em 5 dimensões: Integração Social (4 itens, $\alpha=0,80$; exemplo de item: “me sinto próximo às outras pessoas”); Aceitação Social (5 itens, $\alpha=0,84$; exemplo de item: “acho que os outros me valorizam como pessoa”); Contribuição Social (6 itens, $\alpha=0,84$; exemplo de item: “penso que o que faço é importante para a sociedade”); Atualização Social (5 itens, $\alpha=0,66$; exemplo de item: “vejo que a sociedade está em contínuo desenvolvimento”) e Coerência Social (4 itens, $\alpha=0,63$; exemplo de item: “o mundo está complexo demais para mim”).

O modelo obtido apresentou índices satisfatórios de ajuste: $\chi^2/gl=1,99$; TLI=0,94; CFI=0,95; RMSEA=0,06 (0,05; 0,07) e de consistência interna ($\alpha=0,89$). A escala de respostas é do tipo likert, variando de 1 (um) - totalmente em desacordo a 7 (sete) - totalmente de acordo. Neste estudo, o índice de confiabilidade para a escala geral foi de $\alpha=0,82$. Os itens negativos da escala foram invertidos para o cálculo das médias, de forma que quanto menores as médias, maiores os índices de Bem-Estar Social. Para as análises, foi calculada a média da escala geral.

Coleta de Dados

A coleta de dados se deu por contato direto aos distritos e serviços, conforme combinação com a Coordenação Geral da Atenção Primária e Serviços Especializados Ambulatoriais e Substitutivos da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. O convite inicial, com a apresentação da pesquisa, foi realizado em reunião geral das gerências distritais. Posteriormente, os pesquisadores participaram de reuniões de colegiado de coordenadores em cada distrito sanitário. Nestas, foi realizado o convite direto aos coordenadores e houve a distribuição dos instrumentos.

Foi solicitado aos coordenadores dos serviços que disponibilizassem um período (em torno de 50 minutos) para que os trabalhadores interessados pudessem responder ao instrumento de pesquisa no horário e local de trabalho. Foram fornecidos envelopes com lacres para cada questionário individual, a fim de garantir o sigilo dos participantes. Um envelope com lacre adicional também foi fornecido para que fossem depositados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para cada serviço que aceitou participar do estudo foram fornecidos um roteiro de apresentação da proposta do estudo a ser divulgada entre os trabalhadores; um número de questionários médio estimado em cinco por serviço (podendo ser modificado de acordo com as especificidades de cada serviço).

Como critérios de inclusão dos trabalhadores, participaram do estudo profissionais da área da saúde e agentes comunitários de saúde – servidores municipais ou vinculados ao IMESF – que trabalhassem há, pelo menos, seis meses na atenção básica. Como critérios de exclusão, não participaram do estudo os trabalhadores que se encontravam em licença de saúde ou em período de férias, assim como profissionais da área administrativa que atuam nas unidades de saúde – tais como seguranças, secretários, entre outros – e estagiários ou residentes.

Procedimento de análise de dados

O banco de dados foi digitado e analisado por meio do SPSS® v.20 (*Statistical Package for Social Sciences*). Primeiramente, para avaliação da qualidade do banco de dados, foram realizadas análises descritivas de caráter exploratório a fim de avaliar a distribuição dos

itens, os casos omissos ou possíveis erros de digitação.

Análises descritivas também foram utilizadas para a descrição da amostra e análise das médias dos instrumentos utilizados. A análise da confiabilidade foi realizada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

Foram utilizadas regressões lineares simples entre os desfechos (médias dos perfis de *Burnout*), variáveis mediadoras (Bem-Estar Social e suas dimensões) e variáveis laborais; e análises de mediação através do dispositivo macro para SPSS *Process* v.2.16 (Hayes, 2013), que avalia por método de reamostragem (*bootstrap*) os efeitos indiretos (*ab*) da variável mediadora e seus intervalos de confiança ($IC_{ab} \neq 0$ configura a significância). Todas as demais análises tomaram como nível de significância 5 % ($p < 0,05$).

Aspectos Éticos

O estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior denominado “Processos psicossociais relacionados à saúde de trabalhadores da atenção básica de Porto Alegre, RS: bem-estar social e fatalismo social” que foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre em 2017, tendo parecer de aprovação em ambos (parecer de número: 2.137.654). O estudo seguiu as normativas das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram fornecidos aos participantes do estudo um TCLE, em duas vias, para que estes estivessem cientes do teor e objetivos da pesquisa.

Resultados

Os resultados referentes às análises descritivas (amplitude, médias e desvio-padrão) são apresentados na tabela 1.

De acordo com a amplitude dos instrumentos e as médias, verifica-se que a frequência de comportamentos violentos por parte dos usuários apresentou média próxima a três, indicando uma frequência trimestral de vivência desse tipo de situação. Quanto aos riscos psicossociais no trabalho, a sobrecarga foi a que apresentou média mais elevada, seguida de

Instrumentos	Amplitude	Média/DP
Comportamentos agressivos	1-5,36	2,94; DP=1,11
Falta de autonomia	0-4	1,39; DP=0,86
Conflito de Papel	0-4	1,63; DP=0,96
Sobrecarga	0,17-4	2,23; DP=0,72
Falta de apoio social	0-4	1,71; DP=0,74
Conflito Interpessoal	0-4	1,22; DP=0,71
Bem-Estar Social	1,25-5,75	3,40; DP=0,78
Integração	1;6,5	3,14; DP=1,12
Aceitação	1;7	4,51; DP=1,25
Contribuição	1;5,33	2,18; DP=0,93
Atualização	1;7	3,82; DP=1,23
Coerência	1;7	3,60; DP=1,26
SB- Perfil 1	0-3,47	1,61; DP=0,67
SB-Perfil 2	0-3,20	1,46; DP=0,59

Tabela 1. Amplitude, médias e desvios padrão dos instrumentos e dimensões do estudo (n=248). Porto Alegre, Brasil, 2017-2018.

falta de apoio social e conflito de papel. As dimensões de conflitos interpessoais e a falta de autonomia apresentaram as menores médias.

A média de bem-estar social ficou próxima, porém abaixo do ponto médio da escala. As médias do Perfil 1 e do Perfil 2 da Síndrome de *Burnout* podem ser consideradas baixas em relação ao ponto médio da escala. Em relação à presença da síndrome, 24,2 % (n=60) apresentaram classificação para Perfil 1 e 8,5 % (n=21) para Perfil 2. Os coeficientes de confiabilidade (alfa de *Cronbach*) de todos os instrumentos foram satisfatórios, variando de 0,72, na escala de sobrecarga a 0,90, na HABS-U.

Para a análise de mediação foram testadas as três condições citadas por Reuben Baron e David Kenny (1986) em cada uma das análises. A primeira afirma que a variável mediadora (Bem-estar social) deve ser preditora da variável dependente (Perfil 1 e Perfil 2 de SB), condição essa que foi confirmada pelos resul-

CESQT Perfil 1					
Variável	B	IC (95 %)	b	t	p
Comportamentos agressivos	0,188	0,116; 0,26	0,311	5,12	<0,01
Falta de autonomia	0,154	0,057;0,250	0,196	3,14	<0,01
Conflito de Papel	0,267	0,186;0,349	0,381	6,47	<0,01
Sobrecarga	0,422	0,317;0,527	0,451	7,91	<0,01
Falta de apoio social	0,420	0,319;0,520	0,464	8,20	<0,01
Conflito Interpessoal	0,392	0,284;0,500	0,413	7,12	<0,01
Bem-Estar Social	0,411	0,315;0,507	0,474	8,45	<0,01
CESQT Perfil 2					
Comportamentos agressivos	0,202	0,140;0,264	0,378	6,39	<0,01
Falta de autonomia	0,118	0,033;0,204	0,171	2,72	<0,01
Conflito de Papel	0,236	0,164;0,308	0,382	6,47	<0,01
Sobrecarga	0,391	0,300;0,483	0,473	8,43	<0,01
Falta de apoio social	0,343	0,253;0,434	0,430	7,47	<0,01
Conflito Interpessoal	0,383	0,289;0,476	0,457	8,06	<0,01
Bem-Estar Social	0,356	0,271;0,441	0,466	8,25	<0,01
Bem-Estar Social					
Comportamentos agressivos	0,183	0,098; 0,268	0,262	4,26	<0,01
Falta de autonomia	0,095	-0,018;0,208	0,010	1,66	0,09
Conflito de Papel	0,180	0,081;0,280	0,223	3,58	<0,01
Sobrecarga	0,180	0,046;0,314	0,167	2,65	<0,01
Falta de apoio social	0,168	0,038; 0,297	0,161	2,55	<0,05
Conflito Interpessoal	0,243	0,109;0,377	0,222	3,57	<0,01

Tabela 2. Regressões lineares simples entre médias das variáveis independentes, dependentes (perfil 1 e perfil 2 de SB) e mediadora (Bem-estar social) (n=248). Porto Alegre, Brasil, 2017-2018.

tados obtidos. Para a segunda condição, é necessário que cada variável independente prediga a variável mediadora (Bem-estar social), o que também foi confirmado. O teste de regressão indica que essa condição é cumprida por todas as variáveis independentes, com exceção da variável falta de autonomia, conforme a Tabela 2.

Por fim, a terceira condição afirma que, na presença da variável independente e do mediador, a relação significativa que existia entre a variável independente e a dependente decresce em magnitude, o que também ocorreu mediante as análises de regressão (Tabela 3). Uma vez cumpridas as condições, foram realizadas as análises de mediação. Foram encontradas mediações parciais significativas para todas as variáveis independentes (comportamentos violentos e riscos psicossociais no trabalho), com exceção da dimensão Falta de autonomia. Todos os efeitos indiretos do modelo, assim como os coeficientes das regressões do modelo e de tamanho do efeito são apresentados na Tabela 3.

Discussão

Este estudo teve como objetivos avaliar a prevalência de síndrome de burnout em trabalhadores da atenção básica e verificar se o bem-estar social poderia funcionar como variável

mediadora na relação entre a frequência de comportamentos violentos por parte dos usuários e riscos psicossociais relacionados ao trabalho no desenvolvimento da Síndrome de *Burnout*. Pôde-se verificar que o delineamento apresentou um modelo teórico consistente, além de medidas psicométricas que apresentaram bons índices de validade em uma amostra aleatória. Nesse sentido, pode-se afirmar que, para o contexto de trabalhadores da saúde da atenção básica de Porto Alegre/BR, o Bem-estar social é um fator de proteção à saúde para o desenvolvimento de *Burnout* frente à ocorrência de comportamentos violentos por parte dos usuários e riscos psicossociais associados ao trabalho. Apesar do fato dos poderes de efeito de mediação serem relativamente de baixos a modestos (Hayes, 2013) – R^2_{MED} de 0,05 a 0,07 e $PMED$ de 14 % a 35 % -, eles são significativos.

Dentre as variáveis independentes, o maior efeito de mediação do Bem-Estar Social foi para a ocorrência de comportamentos violentos e pontuações para Perfil 1 (35 %) e Perfil 2 (27 %) de Síndrome de *Burnout*. Santiago Gascón et al. (2013) realizaram um estudo no qual identificaram a associação positiva entre a ocorrência de múltiplas formas de agressão (física, insultos e ameaças) e sintomas de *Burnout* em profissionais da saúde. Percebeu-se que a ocorrência dessas formas de violên-

		CESQT Perfil 1							
VI	VD	a	b	c'	ab	IC(95%)ab	R ² MED	PMED	
Comportamentos agressivos	Perfil 1 (CESQT)	0,18**	0,36**	0,12**	0,06	0,03;0,10	0,05	0,35	
Conflito de Papel		0,18**	0,35**	0,20**	0,06	0,02;0,10	0,06	0,23	
Sobrecarga		0,18**	0,35**	0,35**	0,06	0,01;0,12	0,06	0,15	
Falta de apoio social		0,16*	0,35**	0,36**	0,06	0,11;0,01	0,06	0,14	
Conflito Interpessoal		0,24**	0,34**	0,30**	0,08	0,03;0,14	0,07	0,21	
Comportamentos agressivos	Perfil 2 (CESQT)	0,18**	0,30**	0,14**	0,05	0,02;0,08	0,07	0,27	
Conflito de Papel		0,18**	0,30**	0,18**	0,05	0,02;0,09	0,06	0,23	
Sobrecarga		0,18**	0,30**	0,33**	0,05	0,01;0,10	0,06	0,14	
Falta de apoio social		0,16*	0,31**	0,29**	0,05	0,10;0,01	0,07	0,18	
Conflito Interpessoal		0,24**	0,29**	0,31**	0,07	0,03;0,12	0,07	0,18	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; a= Coeficiente de regressão entre VI e VM; b= Coeficiente de regressão entre VM e VD; c'= Coeficiente de regressão entre VI e VD; ab= Coeficiente do efeito indireto; R²MED= Proporção da variância em VI explicado pelo efeito indireto; PMED= Razão do efeito indireto sobre efeito total.

Tabela 3. Análises de mediação entre as variáveis independente (comportamentos violentos dos usuários e riscos psicossociais), dependentes (perfis 1 e 2 de SB) e mediadora (Bem-Estar Social) (n=248). Porto Alegre/RS, 2017-2018.

cia afetam de forma significativa o senso de comunidade, recompensa laboral e os valores desses profissionais.

Santiago Gascón et al. (2009) também reportam dados de violência contra trabalhadores da saúde da Espanha e que a ocorrência de ameaças não-físicas (ameaças e insultos) é de maior prevalência em dispositivos da atenção básica do que quando comparados a serviços de atenção mais especializados. Apesar do estudo não apresentar diferenças de prevalência de violência por profissão relativos aos dispositivos da atenção primária, os autores evidenciam que nem todos os profissionais acabam expostos ao mesmo nível de risco para agressões. Como apontado por Maia et al. (2011), a proximidade emocional (e física) entre os profissionais – mais especificamente da figura do agente comunitário de saúde – e da comunidade contribui bastante como fonte de estresse nas relações de trabalho, aumentando o risco de agressões, assim como para o desenvolvimento de *Burnout* e outros transtornos psiquiátricos (Roldán, Salazar, Garrido & Ramos, 2013).

Em relação à prevalência da síndrome de *burnout*, é importante ressaltar que os índices encontrados são superiores aos reportados em estudos nacionais anteriores com a população (Silva et al., 2015; Silveira, Câmara & Amazarray, 2014; Trindade et al., 2010). Uma explicação para essa ocorrência pode se dar pelo fato de que a média de Aceitação Social – que diz respeito ao sentimento de utilidade – foi a que apresentou maiores escores, o que diz respeito a um menor índice em termos de bem-estar social e que estão relacionados ao possível desencadeamento de transtornos psiquiátricos e agravos de saúde nesses trabalhadores (Cohen, 2004; Keyes et al., 2008). Ao mesmo tempo, a média mais baixa das dimensões do BES na população foi a de Contribuição Social, que apontam para maior reconhecimento no trabalho por parte dos usuários e comunidade como fator de proteção para menor estresse crônico laboral e, conseqüentemente, menor desenvolvimento de sintomas da síndrome (Lima, Pires, Forte & Medeiros, 2014).

Em relação aos riscos psicossociais, um fato a ser assinalado é que a falta de autonomia foi a única dimensão que não se apresentou significativa no modelo de predição de bem-estar e na mediação para os níveis de *Burnout*.

Pesquisas demonstram que a falta de autonomia contribui para o aumento dos índices das dimensões de *Burnout*, principalmente na Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico (Carlotto & Câmara, 2017a; Carlotto, Librelotto, Pizzinato, & Barcinski, 2012). As regressões lineares foram significativas para os desfechos de Perfil 1 e Perfil 2, também corroborando para a importância da atenção da autonomia para o desenvolvimento da síndrome. No entanto, no que diz respeito ao bem-estar social, pesquisas apontam para o fato de que as características de autonomia possuem baixa relação com apoio social – especialmente em relação ao sexo feminino quando comparado ao masculino – e com outras variáveis de bem-estar social, o que explicaria a ausência de predição da variável (Vivaldi & Barra, 2012; Zubieta & Delfino, 2010).

Além disso, também vale frisar que as variáveis psicossociais que apresentaram maior efeito de mediação foram: Conflito de Papel (23 % para os Perfis 1 e 2) e Conflito Interpessoal (21 % para Perfil 1 e 18 % para Perfil 2). Outros estudos apontam para a associação significativa entre os estressores relacionais e altos índices de Ilusão pelo Trabalho, Indolência, Culpa, assim como no desenvolvimento para os dois tipos de Perfis de *Burnout* (Carlotto & Câmara, 2017b; Rodriguez & Carlotto, 2017). Como apontado por Ana Bazzo-Romagnolli, Brígida Gimenez-Carvalho e Elisabete Almeida-Nunes (2014), os conflitos interpessoais na atuação profissional na atenção básica estão relacionados ao descompromisso dos trabalhadores com a equipe e a falta de colaboração para o trabalho coletivo.

É importante assinalar que a atuação no contexto da atenção primária é bastante singular, no sentido que o trabalho interdisciplinar acaba por transcender as particularidades técnicas de cada profissional, assim como se dá em diferentes âmbitos (domiciliar, laboral, comunitário, entre outros). Essa flexibilização de papéis e responsabilidades se torna um importante fator desencadeador de *Burnout* que perpassam as percepções de Integração e Contribuição Sociais (Maia, Silva & Mendes, 2011), assim como as demais percepções sociais que o trabalhador estabelece nos territórios de atuação.

Algumas limitações também devem ser observadas no estudo. Houve 4,7 % de perdas em relação ao cálculo amostral. Isso se deu em

função da baixa adesão de um dos distritos do município em relação ao estimado. Este distrito em específico estava passando por mudanças de gestão e problemas de ordem político-sociais, o que pode ter influenciado a baixa adesão ao estudo. Além disso, o questionário era relativamente extenso por fazer parte de um projeto de pesquisa maior, o que, a observar pela média da sobrecarga de trabalho, pode indicar que desencorajou a participação de muitos trabalhadores. Também vale ressaltar que somente participaram trabalhadores da atenção básica de um município da região sul do Brasil. Isso deve ser levado em conta no que diz respeito à generalização desses resultados a outros trabalhadores da região Sul e do restante do país. Pôde-se perceber que houve uma maior participação de mulheres na pesquisa, o que era esperado para a população do estudo e pela área de atuação (Barreto, 2015; Galea & Tracy, 2007), porém isso também diminui a generalização desses achados para a população geral, ainda que os profissionais atuantes na atenção básica no Brasil sejam, de fato, predominantemente, mulheres (Lima et al., 2016).

Pode-se concluir que o Bem-Estar Social é uma importante e significativa variável mediadora entre riscos psicossociais no trabalho, ocorrência de comportamentos agressivos e o desenvolvimento de *Burnout* em profissionais que atuam nos dispositivos da atenção primária em saúde. Mais estudos se fazem necessários para compreender de que maneira os aspectos de Bem-Estar Social se relacionam com os problemas de saúde dos trabalhadores da atenção básica – levando em consideração as particularidades de cada contexto/comunidade de atuação – assim como compreender de que forma se pode promover saúde nesses dispositivos. Porém, vale ressaltar que quaisquer futuras intervenções não podem ocorrer somente no nível dos profissionais de saúde, mas sim de forma integralizada e coletiva levando em conta as comunidades e dispositivos intersetoriais, contemplando todos os atores sociais (usuários e profissionais de outros setores), assim como na implementação de novas políticas públicas que facilitem essa articulação entre sistemas e priorizem a promoção de saúde da população como um todo.

Referências

- Almeida, Leilane Graziela Nascimento; Torres, Samantha Coelho & Santos, Magali Freitas (2012). Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 1(1), 142-154. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.51>
- Arimany-Manso, Josep; Clos-Masó, Dolores & Gómez, Durán, Esperanza (2016). Sobre las agresiones a profesionales sanitarios. *Atención Primaria*, 48(3), 147-148. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.002>
- Associação Brasileira de Empresas. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015). *Crêterios de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado de <http://www.abep.org/Servicos/Download.aspx?id=12>
- Baron, Reuben & Kenny, David (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Barreto, Paula Cristina da Silva (2015). Gênero, raça, desigualdades e políticas de ação afirmativa no ensino superior. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 16, 39-64. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151603>
- Bazzo-Romagnolli, Ana Paula; Gimenez-Carvalho, Brígida & Almeida-Nunes, Elisabete de Fátima Polo (2014). Gestão de unidade básica de saúde em municípios de pequeno porte: Instrumentos utilizados, facilidades e dificuldades relacionadas. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 168-180. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.gubs>
- Blanco Abarca, Amalio & Díaz, Dario (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
- Brasil (2017). *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/porto-alegre/panorama>
- Carlotto, Mary Sandra & Câmara, Sheila Gonçalves (2017a). Burnout Syndrome Profiles among Teachers. *Escritos de Psicologia*, 10(3), 159-166. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2017.2911>
- Carlotto, Mary Sandra & Câmara, Sheila Gonçalves (2017b). Riscos psicossociais associados à síndrome de burnout em professores universitários. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 447-457.

- <https://doi.org/10.12804/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4036>
- Carlotto, Mary Sandra & Câmara, Sheila Gonçalves (2015). Prevalence and risk factors of common mental disorders among teachers. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 31(3), 201-206.
<https://doi.org/10.1016/j.rpto.2015.04.003>
- Carlotto, Mary Sandra; Librelotto, Rejane; Pizzinato, Adolfo & Barcinski, Mariana (2012). Prevalência e fatores associados à Síndrome de Burnout nos professores de ensino especial. *Análise Psicológica*, 30(3), 315-327.
<https://doi.org/10.14417/ap.569>
- Carlotto, Mary Sandra; Câmara, Sheila Gonçalves; Braun, Ana Claudia; Rodriguez, Sandra Spindler & Diehl, Liciane (2017). Psicologia da saúde ocupacional: uma revisão integrativa. *Aletheia*, 50(1-2), 143-153. Recuperado de <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/4171/2997>
- Cohen, Sheldon (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.8.676>
- Figueiredo-Ferraz, Hugo; Gil-Monte, Pedro Rafael & Grau-Alberola, Ester (2013). Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory" (SBI): Adaptation and validation in a Portuguese-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 63, 33-40.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.003>
- Galea, Sandro & Tracy, Melissa (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology*, 9(17), 643-653.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.03.013>
- Gascón, Santiago; Leiter, Michael; Andrés, Eva; Santed, Miguel; Pereira, João Cunha, Maria... Martínez-Jarreta, Begoña (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(22), 3120-3129.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04255.x>
- Gascón, Santiago; Martínez-Jarreta, Begoña; González-Andrade, Fabricio; Santed, Ángel; Casaldó, Yolanda & Rueda, María Ángeles (2009). Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15(1), 29-35.
<https://dx.doi.org/10.1179/107735209799449707>
- Gil-Monte, Pedro Rafael (2011). *CESQT. Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual*. Madrid: TEA.
- Gil-Monte, Pedro Rafael (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, Pedro Rafael (2012). Riesgos Psicosociales en el Trabajo y Salud Ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(2), 237-241.
<https://doi.org/10.1590/s1726-46342012000200012>
- Gil-Monte, Pedro Rafael; Carlotto, Mary Sandra & Câmara, Sheila Gonçalves (2010). Validação da versão brasileira do "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" em profesores. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 140-147. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/15.pdf>
- Gil-Monte, Pedro Rafael & Zúñiga-Caballero, Leslie Claret (2010). Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9(1), 169-178. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a14.pdf>
- Hayes, Andrew (2013). *Methodology in the social sciences. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, Guilford Press.
- International Test Commission (2016). *Diretrizes para tradução e adaptação de testes*. Recuperado de https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_brazilian_portuguese.pdf
- Keyes, Corey Lee (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
<https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, Corey Lee; Wissing, Marié; Potgier, Johan; Temane, Michael; Kruger, Annamarië & van Rooy, Sinette (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
<https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Lima, Leticia de; Pires, Denise Elvira Pires de; Forte, Elaine Cristina Novatzki & Medeiros, Francini (2014). Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Escola Anna Nery*, 18(1), 17-24.
<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140003>
- Lima, Eliane de Fátima; Sousa, Ana Inês; Primo, Cândida Caniçali; Leite, Franciele Marabotti Costa; Souza, Maria Helena Nascimento & Maciel, Ethel Eleonor Nóia (2016). Perfil Socioprofissio-

- nal de trabalhadores de equipes saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(1), e9405. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>
- Lupano Perugini, Maria; de la Iglesia, Guadalupe; Castro Solano, Alejandro & Keyes, Corey Lee (2017). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology*, 13(1), 93-108. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i1.1163>
- Maia, Leandro Dias de Godoy; Silva, Nicácio Dieger & Mendes, Patrícia Helena Costa (2011). Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 93-102. <https://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572011000100009>
- Negrini, Alessia; Corbière, Marc; Fortin, Guillaume & Lecomte, Tania (2014). Psychosocial well-being construct in people with severe mental disorders enrolled in supported employment programs. *Community Mental Health Journal* 50(8), 932-42. <https://dx.doi.org/10.1007/s10597-014-9717-8>
- Rodriguez, Sandra Yvone Spiendler & Carlotto, Mary Sandra (2017). Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 141-150. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100014>
- Roldán, Gloria; Salazar, Isabel; Garrido, Laura & Ramos, Juan (2013). Violence at work and its relationship with burnout, depression and anxiety in healthcare professionals of the emergency services. *Health*, 2 (52), 193-199. <https://doi.org/10.4236/health.2013.52027>
- Ruiz-Hernández, José Antonio; López-García, Cecilia; Llor-Estebán, Bartolomé; Galián-Muñoz, Imaçulada & Benavente-Reche, Ana Pilar (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (16), 295-305. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.06.001>
- Santos, José Luís Guedes dos; Vieira, Mariana; Assuiti, Luciana Ferreira Cardoso; Gomes, Doris; Meirelles, Betina Hörner Schlindwein & Santos, Sílvia Maria de Azevedo dos (2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 205-212. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200028>
- Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (2017). *Relatório Anual de Gestão em Saúde - 2017*. Porto Alegre: Autor. Recuperado de http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rag.pdf
- Silva, Salvyana Carla Palmeira Sarmento; Nunes, Marco Antonio Prado; Santana, Vanessa Rocha; Reis, Francisco Prado; Machado Neto, José & Lima, Sonia Oliveira (2015). A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011-3020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>
- Silveira, Stelyus Leonidas; Câmara, Sheila Gonçalves & Amazarray, Mayte Raya (2014). Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(4), 386-392. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201400040012>
- Tomasi, Elaine; Facchini, Luiz Augusto; Piccini, Roberto Xavier; Thumé, Elaine; Silveira, Denise Silva da; Siqueira, Fernando Vinholes...Teixeira, Vanessa Andina (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Suppl. 1), s193-s201. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300023>
- Travetto, Carolina; Daciuk, Nadia; Fernández, Susana; Ortiz, Patricia; Mastandueno, Ricardo; Prats, Maria; Flichtentrei, Daniel & Tajer, Carlos (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(4), 307-315. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n4/307-315/es>
- Trindade, Leticia de Lima; Lautert, Liana; Beck, Carmem Lúcia Colomé; Amestoy, Simone Coelho & Pires, Denise Elvira Pires (2010). Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(5), 684-689. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500016>
- Verde, Fábio Frazatto; Bernardo, Marcia Hespanhol & Büll, Sandra (2013). Trabalho e precarização na saúde pública. *Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 3(1), 18-31. Recuperado de <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1125/816>
- Vivaldi, Flavia & Barra, Enrique (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>

Zubieta, Elena & Delfino, Gisela (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 17, 277-283.

Recuperado de:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v17/v17a27.pdf>



PAULO ROBERTO TABORDA DE SOUZA FILHO

Mestre em Psicologia e Saúde. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde.

FILIFE CAMPANI

Mestre em Psicologia e Saúde. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

SHEILA GONÇALVES CÂMARA

Doutora em Psicologia. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde.

DIRECCIÓN DE CONTACTO

paulotabordasouza@gmail.com | filipecampani@hotmail.com | sheila.gcamara@gmail.com

FORMATO DE CITACIÓN

Taborda de Souza Filho, Paulo Roberto, Campani, Filipe & Câmara, Sheila Gonçalves (2019). Contexto Laboral e Burnout entre trabalhadores da Saúde da Atenção Básica: o papel mediador do Bem-Estar Social. *Quaderns de Psicologia*, 21(1), e1475. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1475>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 03/08/2018
1ª Revisión: 20/09/2018
Aceptado: 01/11/2018