

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**ASSOCIAÇÃO DA EMPATIA E DO ESTRESSE OCUPACIONAL COM O
BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de Mestrado

João Paulo Pinheiro

**Porto Alegre,
Abril de 2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**ASSOCIAÇÃO DA EMPATIA E DO ESTRESSE OCUPACIONAL COM O
BURNOUT EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada
como exigência para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, sob orientação do Prof.
Dr. Eduardo Augusto Remor.

João Paulo Pinheiro

**Porto Alegre,
Abril de 2018**

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos profissionais da atenção primária em saúde brasileira.

AGRADECIMENTOS

Ao meu amor, Fê, pela paciência, incentivo, consolo, interesse e cumplicidade sem os quais esse trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, irmãos, cunhados e sobrinhos, pelo exemplo, pelo constante apoio, pela valorização dos meus estudos em qualquer fase da vida e também por me lembrarem de que existem muitas coisas valiosas com que me importar além do mestrado.

Aos profissionais da secretaria de saúde e das gerências distritais que apoiaram e divulgaram esse estudo e a todos os trabalhadores que responderam e/ou repassaram a pesquisa.

À imprescindível Juliana Sbicigo pela forma sensível e interessada de dar suporte nas análises e na escrita.

À UFRGS, ao PPG Psicologia e à CAPES por me proporcionarem a bolsa e a oportunidade de realizar o mestrado.

Aos admiráveis profissionais da APS que cruzaram o meu caminho, com menção especial ao pessoal da Unidade Jardim ITU, que além de ter participado do estudo piloto realizado, me ensinaram muito sobre fazer saúde em equipe e com os usuários.

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e à professora Rosemarie Tschiedel pelas primeiras lições sobre a importância da APS.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde – GPPS pelo carinho e ao meu orientador, professor Eduardo Remor, pelas lições sobre como ser um pesquisador e também sobre como lidar com a diferença.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	2
Agradecimentos	3
Sumário.....	4
Lista de Tabelas e Figuras	6
Resumo	7
Abstract.....	8
Apresentação.....	9
Capítulo I - Introdução.....	10
A Síndrome de Burnout	10
Empatia e <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	12
Estresse Ocupacional e <i>Burnout</i> em profissionais de saúde	13
Burnout na Atenção Primária em Saúde.....	16
Considerações finais	20
Capítulo II – Estudo Empírico	21
Introdução	21
Método	24
Resultados.....	32
Discussão	41
Considerações finais	54
Capítulo III – Conclusão.....	56
Referências	60
Anexos	77
Anexo A.....	78
Anexo B	80

Anexo C	82
Anexo D	84
Apêndices	92
Apêndice A	93
Apêndice B	96
Apêndice C	97
Apêndice D	100

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1. Estresse ocupacional como mediador e moderador da associação entre empatia e *Burnout*

Tabela 1. *Características Sociodemográficas e Ocupacionais da Amostra Total e por Categoria Profissional*

Tabela 2. *Correlações de Pearson entre dimensões de Burnout e possíveis variáveis preditoras*

Tabela 3. *Modelos de Regressão Linear para Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico*

Tabela 4. *Modelos de Regressão Linear para Indolência e Pontuação Total de Burnout*

Tabela 5. *Modelo de Regressão Logística para Nível Crítico de Burnout*

RESUMO

O *Burnout* é uma síndrome desencadeada pela exposição crônica a estressores interpessoais no trabalho e pode trazer consequências graves para a saúde dos profissionais e para o cuidado dos pacientes. O nível de empatia e o estresse ocupacional dos profissionais estão associados à síndrome, contudo pouco se sabe sobre qual desses fatores apresenta maior associação com o *Burnout*. O objetivo principal desse estudo foi investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde (APS). 348 trabalhadores responderam a versões *online* de escalas de estresse ocupacional, empatia, *Burnout* e questionário abordando aspectos sociodemográficos, histórico profissional e contexto de trabalho. As dimensões do estresse ocupacional Recompensa e Esforço tiveram maior peso na explicação da variância de Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico, respectivamente, enquanto a Razão Esforço-recompensa foi a variável que mais contribuiu para explicar a presença de Nível Crítico de *Burnout*. Preocupação Empática foi a principal preditora para Indolência e Pontuação Total de *Burnout*. Por fim, maior idade, raça/cor preta, maior tempo de atuação na saúde e na APS, formação específica para APS, melhores condições materiais de trabalho, exercer coordenação de equipe, supervisão de estagiários ou residentes e atuar em equipe completa estiveram associados a menores níveis de *Burnout*. Recomendam-se intervenções em prol da saúde do trabalhador da APS que englobem tanto a sua empatia quanto estressores ocupacionais.

Palavras-chave: Estresse ocupacional; empatia; *Burnout*; atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Burnout is a syndrome triggered by chronic exposure to interpersonal stressors at work and can have serious consequences for professionals' health and for patient care. The level of workers' empathy and occupational stress are associated with the syndrome, however little is known about which of these factors has a greater association with Burnout. The main objective of this study was to investigate the association of empathy and occupational stress with Burnout of primary health care (PHC) professionals. 348 workers responded to online versions of occupational stress, empathy and burnout scales and a questionnaire addressing sociodemographic variables, professional history and work context. The dimensions of occupational stress Reward and Effort were the main predictors for Enthusiasm towards Job and Psychological Exhaustion, respectively, while the Effort-reward Ratio was the variable that most contributed to explain the presence of Critical Burnout Level. Empathic Concern was the main predictor for Indolence and Total Burnout Score. Finally, older age, black race/color, longer time working in health and PHC, specific training for PHC, better working conditions, exercising team coordination and supervision of trainees or residents and working in a full team were associated with lower levels of Burnout. It is recommended interventions for PHC workers' health that include both their empathy and occupational stressors.

Keywords: Occupational stress; empathy; Burnout; primary health care.

APRESENTAÇÃO

O *Burnout* é uma síndrome desencadeada pela exposição crônica a estressores ocupacionais e pode trazer consequências graves para o bem-estar dos profissionais de saúde e para o cuidado dos pacientes (Elbarazi, Loney, Yousef & Elias, 2017; Suñer-Soler et al, 2014). No contexto da atenção primária em saúde (APS) brasileira, os profissionais estão expostos a estressores como alta carga laboral, formação insuficiente para o trabalho, ambiente ocupacional precário, baixa remuneração, pouca autonomia e conflitos interpessoais com os usuários e colegas (Pereira, 2011). Contudo, ainda são necessários mais estudos para averiguar a associação de estressores cotidianos da APS brasileira com a prevalência de *Burnout* dos profissionais (Lima, Farah e Bustamente-Teixeira, 2017).

A literatura aponta ainda que, além dos estressores ocupacionais, o grau de empatia dos profissionais de saúde pode estar relacionado com o desenvolvimento de *Burnout* (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). Contudo, não há consenso se a empatia exerce caráter protetivo ou se predispõe à síndrome (Zenasni, Boujout, Woerner, & Sultan, 2012).

Frente a esse cenário, essa dissertação tem como objetivo investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde (APS). O primeiro capítulo apresenta uma revisão teórica sobre o *Burnout* e sua relação com a empatia, o estresse ocupacional e a atenção primária em saúde. O segundo capítulo descreve um estudo transversal com profissionais da APS de Porto Alegre e o terceiro tece as considerações finais acerca da revisão teórica e da investigação empírica apresentadas, debatendo sua implicação para as políticas públicas.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde (APS). Nesse capítulo introdutório, são descritas as evidências empíricas que embasaram o estudo transversal descrito na segunda parte da dissertação. Dessa forma, o objetivo desse capítulo é apresentar uma revisão teórica acerca da relação do *Burnout* com a empatia dos profissionais de saúde, com o estresse ocupacional vivenciado por esses trabalhadores e com o contexto laboral da atenção primária em saúde.

A Síndrome de Burnout

Segundo Maslach e Jackson (1981), a síndrome de *Burnout* consiste em uma reação a estressores relacionados ao trabalho, em especial quando esse envolve diretamente a relação com pessoas, e que pode envolver esgotamento físico, autoconceito negativo, sentimento de desamparo, e atitudes negativas em relação ao desempenho da função. O modelo de Maslach e Jackson (1981) prevê três dimensões para o fenômeno: Exaustão Emocional (EE): manifestação de esgotamento das reservas emocionais do profissional; Despersonalização (DP): sentimentos negativos em relação às pessoas atendidas, que passam a ser tratadas de forma desumanizada ou objetificada; Baixa Realização Pessoal (RP): sentimentos de insatisfação consigo e com o desempenho no trabalho.

Segundo Gil-Monte (2011), que propôs um modelo com quatro dimensões, caracterizado por aspectos cognitivos, como o rebaixamento das expectativas dos indivíduos em alcançar determinadas metas laborais (Baixa Ilusão pelo Trabalho, semelhante à Baixa Realização Pessoal de Maslach e Jackson), assim como aspectos emocionais, como esgotamento emocional e físico oriundo da necessidade diária de manter relações com pessoas que possuem ou geram problemas (Desgaste Psíquico, análogo à Exaustão Emocional). Como consequência dessas deteriorações, os indivíduos passam a desenvolver também atitudes negativas de indiferença e cinismo em relação às pessoas a quem prestam serviço (Indolência, construto próximo à Despersonalização). A quarta dimensão da síndrome proposta por Gil-Monte (2011), que extrapolaria o modelo clássico de Maslach e Jackson, estaria presente nos casos mais deteriorados, consistindo no surgimento de sentimentos de culpabilização por atitudes e comportamentos não condizentes com as normas internalizadas e com a cobrança social acerca do papel profissional.

A síndrome pode trazer consequências graves para a saúde dos profissionais, levando a problemas psicossomáticos, depressão, ansiedade, baixa auto-estima, insônia, irritabilidade e intolerância a frustração, assim como reduzir a qualidade do cuidado oferecido a pacientes e a satisfação com o trabalho, aumentar o número de erros no manejo e o absenteísmo injustificado (Elbarazi, Loney, Yousef & Elias, 2017; Suñer-Soler et al, 2014). O impacto dessa condição pode chegar a provocar problemas familiares e conflito entre trabalho e vida doméstica (Suñer-Soler et al, 2014).

Ainda que estudos de prevalência apresentem variações entre si em relação ao modelo da síndrome utilizado, diferentes instrumentos para sua mensuração ou critérios distintos para identificação de risco de *Burnout* a partir dos escores obtidos (Maslach & Leiter, 2016), é possível afirmar que o *Burnout* apresenta alta prevalência entre diferentes categorias profissionais da área da saúde. Estima-se que a prevalência da síndrome esteja entre 30 e 70% entre médicos ao redor do mundo (Lamothe, Boujut, Zenasni, & Sultan, 2014). Shanafelt et al (2015) averiguou risco de ocorrência da síndrome, identificado por altos escores em Exaustão Emocional e/ou Despersonalização, em 54,4% dos 6880 médicos americanos que responderam ao *Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). De forma semelhante, um estudo com enfermeiras intensivistas brasileiras, utilizando o mesmo instrumento, apontou uma prevalência da síndrome de 53,3% pelo critério de pontuação extrema em qualquer uma das subescalas de *Burnout* (Silva et al, 2015), enquanto uma investigação com dentistas referiu que 26% dos profissionais participantes estavam em risco de *Burnout*, por apresentarem altos escores tanto em Exaustão Emocional quanto em Despersonalização (Gorter & Freeman, 2011). Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez (2010), em um estudo com 110 psicólogos de diversas regiões do Brasil, averiguaram que 25,5% desses profissionais apresentaram valores acima da média em Exaustão Emocional e 24,5%, em Despersonalização, quando comparados a uma amostra com diversas profissões. Reduzida Realização Pessoal no trabalho foi averiguada em 21,5% dos profissionais de psicologia. Os autores não informaram a percentagem de profissionais que consideraram estar em risco de *Burnout* a partir desses resultados.

A literatura aponta que os níveis preocupantes da síndrome em profissionais de saúde podem ser explicados tanto por características do contexto de trabalho quanto por fatores disposicionais dos trabalhadores (Truchot, 2006). Dentre esses fatores disposicionais, destaca-se a vasta produção acerca da empatia (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016).

Empatia e *Burnout* em profissionais de saúde

Segundo Davis (1983), a empatia pode ser considerada um construto multidimensional, possuindo uma face cognitiva, definida pela possibilidade de compreender a perspectiva do outro, e um aspecto emotivo, envolvendo afetação emocional pela situação de outra pessoa. Em seu modelo existem duas subdimensões contidas na empatia cognitiva: a Tomada de Perspectiva, que consiste na capacidade de espontaneamente adotar o ponto de vista psicológico do outro, e a Fantasia, capacidade de transpor-se imaginativamente para os sentimentos e ações de personagens fictícios. A empatia emocional também pode ser dividida em duas subdimensões: Preocupação Empática, definida pela presença de sentimentos orientados ao outro de compaixão e preocupação, e Angústia Pessoal, que consiste em sentimentos orientados para si de ansiedade e desconforto em situações interpessoais tensas.

A literatura apresenta algumas possibilidades, em parte contraditórias, para a relação entre Empatia e *Burnout*. A Teoria de Fadiga por Compaixão (Figley, 2002) considera que profissionais de saúde que são muito empáticos estão mais propensos a sofrer da síndrome. Por outro lado, existem evidências de que profissionais empáticos teriam menores chances de desenvolver *Burnout* (Ferri, Guerra, Marcheselli, Cunico, & Lorenzo, 2015; Park et al, 2016; Oriol, Yuguero, Marsal, Esquerda, Vivanco, & Soler-González, 2017). Há ainda a possibilidade de que exista uma relação na direção contrária, com a síndrome causando um decréscimo na empatia de profissionais de saúde (Zenasni et al, 2012). Por fim, vários estudos sugerem que a relação entre Empatia e *Burnout* pode variar de acordo com o tipo ou dimensão de empatia aferida (Zenasni, Boujout, Woerner, & Sultan, 2012).

Estudos utilizando as subdimensões de Davis demonstraram que o *Burnout* está relacionado com menores níveis de Preocupação Empática (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Paro et al, 2014; Thomas et al, 2007; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman e Aldana, 2017) e maiores níveis de Angústia Pessoal (Gleichgerrcht & Decety, 2013; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman, & Aldana, 2017) em estudantes de medicina, residentes médicos ou profissionais médicos atuantes. Alguns estudos apontam que tanto a Preocupação Empática quanto a Tomada de Perspectiva estão inversamente associados ao *Burnout* entre médicos da Atenção Primária (Lamothe, Boujout, Zenasni & Sultan, 2014) e enfermeiros (Duarte & Pinto-Gouvea, 2017). Contudo, Tei et al (2014) averiguaram uma relação positiva entre Tomada de Perspectiva e Exaustão Emocional em enfermeiros.

Para Thirioux, Birault e Jaafari (2016), a diversidade de hipóteses para a relação entre empatia e *Burnout* se deve às diferentes conceitualizações de empatia presentes na literatura e

à ausência de diferenciação entre empatia e simpatia nos estudos correntes. Segundo Thirioux et al. (2014), a empatia seria a capacidade de sentir e compreender o estado emocional, mental, motor, somatosensorial e intencional de outras pessoas, adotando sua perspectiva visuo-espacial e psicológica e mantendo conscientemente a distinção entre si e o outro. Por outro lado, ao experienciar simpatia, os indivíduos mapeariam a sensação do corpo do outro em seu próprio corpo e reduziriam a experiência alheia a uma perspectiva egocentrada, tendendo a fundir suas identidades (Thirioux et al, 2014). Dessa forma, a empatia, por favorecer uma simulação apenas parcial dos sentimentos do outro, preveniria a Exaustão Emocional, e evitaria a Despersonalização, uma vez que a consideração da alteridade alheia preveniria qualquer objetificação (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). A Despersonalização, em contrapartida, poderia prejudicar a empatia. O papel da simpatia, por outro lado, seria o de aumentar a propensão de profissionais médicos à Exaustão Emocional, uma vez que estaria baseada na confusão entre o eu e o outro e atribuição a si dos sentimentos vividos pelos pacientes (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016).

Em relação às dimensões de Davis, Thirioux, Birault e Jaafari (2016) hipotetizam que estudantes de medicina deverão ter maior propensão a desenvolver *Burnout* quando apresentarem altos níveis de Angústia Pessoal, que poderia ser compreendida como simpatia, e baixos níveis de Tomada de Perspectiva, que corresponderia à sua definição de empatia. O estudo de von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman e Aldana (2017) confirma parcialmente essa hipótese, ainda que a dimensão de empatia que se mostrou preventiva para o *Burnout* entre os estudantes tenha sido a Preocupação Empática, e não a Tomada de Perspectiva.

Paralelamente à discussão sobre as associações entre empatia e *Burnout*, a literatura é consensual em apontar que as altas prevalências da síndrome em profissionais de saúde estão relacionadas tanto aos estressores presentes no contexto de trabalho como à ausência de fatores protetivos ao desgaste do profissional, como a boa relação com colegas e chefia (Truchot, 2006). As evidências acerca de estressores e fatores de proteção laborais, assim como sua relação com o *Burnout*, será melhor explorada a seguir.

Estresse Ocupacional e *Burnout* em profissionais de saúde

Há uma vasta produção a respeito da influência do estresse ocupacional sobre o desenvolvimento do *Burnout* (Aronson et al, 2017). Robert Karasek, na década de 70, iniciou investigações a respeito do papel do ambiente de trabalho como fonte de estresse,

relacionando-os ao risco de adoecimento. Seu modelo de estresse ocupacional leva em consideração dois aspectos: a intensidade das demandas e o grau de controle do trabalhador sobre o processo de trabalho (Theorell & Karasek, 1996). As demandas são desafios de ordem psicológica refletidos pela quantidade ou qualidade do trabalho, incluindo, por exemplo, o tempo para a realização das tarefas ou o conflito entre demandas que se contradizem. Por sua vez, o controle consiste na possibilidade do trabalhador fazer uso de suas habilidades intelectuais no desempenho de suas tarefas, decidindo inclusive como irá realizá-las e tendo oportunidades de aprendizado e novas experiências. Situações em que os profissionais são expostos a maiores demandas de trabalho, combinadas com um menor grau de controle sobre a sua execução, seriam aquelas que acarretariam maior desgaste ao trabalhador (Theorell & Karasek, 1996). Posteriormente, Johnson e Hall (1988), a partir de um estudo transversal com a população sueca, apresentaram o apoio social no trabalho como fator protetor para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, adicionando-o ao modelo original.

Siegrist (1996) propôs o modelo *Effort-reward Imbalance*, que define altos níveis de esforço e baixos níveis de recompensa no ambiente de trabalho como geradores de um estado emocional de aflição com propensão a ativação autonômica e reações de tensão associadas. As recompensas compreendem retorno financeiro, estima dos pares ou mesmo status social. O estado de estresse ainda seria ampliado por fatores intrínsecos individuais, que levam o trabalhador a comprometer-se exageradamente com as tarefas. Esse modelo é entendido como complementar ao de Karasek, relacionando-se a mecanismos psicossociais distintos (Theorell, 2000).

Na literatura, é bastante comum a associação do *Burnout* em enfermeiros com a elevada carga ou demanda de trabalho (Bakker, Kilmer, Siegrist, & Schufeli, 2000; Bougea et al, 2016; Elst et al, 2016; Hsu, Chen, Yu, & Lou, 2010; Jourdain & Chenevert, 2010; Luan, Wang, Hou, Chen, & Lou, 2017; Sundin, Hochwalder, & Lisspers, 2009; Vandebroek, Van Gerven, Witte, Vanhaecht, & Godderis, 2017). Há também evidências de relação do *Burnout* com cargas elevadas de trabalho entre médicos da Atenção Primária em Saúde (Kushnir & Cohen, 2008; Torppa, Kuikka, Nevalainen, & Pitkälä, 2015) e profissionais médicos em geral (Vandebroek et al, 2017). Médicos da Atenção Primária se mostraram mais suscetíveis ao *Burnout* quando submetidos a uma maior pressão de tempo para realizar atendimentos e visitas (Rabattin et al, 2016). Entre residentes médicos, o estudo de Verweij et al (2017) apontou que a carga de trabalho e o quanto essa era emocionalmente demandante estavam

diretamente relacionados com o *Burnout*, enquanto demandas cognitivas foram protetivas, prevenindo baixos índices de Realização Pessoal.

No que diz respeito à falta de controle sobre o processo de trabalho, esse também se mostrou associado ao *Burnout* entre enfermeiros (Elst et al, 2016; Gasparino, Guirardello, & Aiken, 2011; Lorenz & Guirardello, 2014; Vandebroek et al, 2017), médicos da Atenção Primária (Rabattin et al, 2016) e profissionais atuantes em serviços de saúde mental (Day, Crown, & Ivany, 2017). O *Burnout* mostrou-se inversamente associado ao grau de autonomia exercido e as oportunidades de aprendizado oriundas do trabalho entre profissionais da enfermagem e medicina (Kushnir & Cohen, 2008; Vandebroek et al, 2017). Sentir-se desafiado pelo trabalho (Kushnir & Cohen, 2008) e a possibilidade de desenvolver-se no desempenho da função (Verweij, 2017) mostraram-se inversamente relacionados à síndrome em médicos da Atenção Primária e residentes médicos, respectivamente. De acordo com o previsto por Theorell e Karasek (1996), a interação entre alta demanda e baixo controle no trabalho mostrou-se uma situação de alto desgaste entre profissionais de enfermagem, compondo um modelo de maior predição sobre o *Burnout* do que aquele que não considerava a relação entre essas dimensões do estresse ocupacional (Elst et al, 2016).

Há também associação entre menor incidência de *Burnout* entre enfermeiros e o apoio social recebido de colegas (Sundin, Hochwalder, & Lisspers, 2009), supervisores (Gasparino, Guirardello & Aiken, 2011; Jourdain & Chenevert, 2010; Lorenz & Guirardello, 2014) ou ambos (Bougea et al, 2016, Elst et al, 2016, Hsu, Chen, Yu, & Lou, 2010). O apoio dos supervisores esteve igualmente relacionado a menor incidência de *Burnout* entre os trabalhadores da área de saúde mental (Day, Crown, & Ivany, 2017). Além disso, enfermeiros que experienciaram mais problemas interpessoais no trabalho mostraram-se mais suscetíveis à síndrome (Luan, Wang, Hou, Chen, & Lou, 2017). Em especial, a boa relação entre essa categoria e os profissionais médicos mostrou-se inversamente relacionada ao *Burnout* tanto nos enfermeiros (Gasparino, Guirardello & Aiken, 2011; Lorenz & Guirardello, 2014) quanto nos profissionais médicos (Vandebroek et al, 2017). Membros dessa última categoria atuantes na atenção primária que se sentiam sozinhos no trabalho estiveram mais propensos ao *Burnout* (Torppa, Kuikka, Nevalainen & Pitkälä, 2015), da mesma forma que profissionais de diferentes categorias da atenção primária que referiram executar menos trabalho em equipe (Falgueras et al, 2015). Há também evidências de que o apoio entre colegas esteja inversamente relacionado com o *Burnout* entre residentes médicos (Verweij 2017), além de

moderar a influência da falta de clareza de papéis sobre a exaustão emocional em equipes multiprofissionais hospitalares (Portoghese et al, 2017).

Somam-se às evidências que conectam o *Burnout* à demanda, controle e apoio social os estudos que associam a síndrome ao quanto os profissionais de saúde se sentem recompensados pelos seus esforços no trabalho (Day, Crown, & Ivany, 2017). No estudo de Hsu, Chen, Yu e Lou (2010), menores salários estiveram associados a maiores níveis de *Burnout* em profissionais de enfermagem do sexo masculino. Por sua vez, o reconhecimento do trabalho por parte de pacientes mostrou-se inversamente associado ao *Burnout* tanto entre médicos (Kushnir & Cohen, 2008) quanto enfermeiros, estando a suscetibilidade ao *Burnout* desses últimos também relacionada ao reconhecimento de seu trabalho pelos colegas médicos (Jourdain & Chenevert, 2010) e a possibilidade de progressão dentro da organização (Gasparino, Guirardello & Aiken, 2011; Lorenz & Guirardello, 2014). A literatura aponta ainda que o desequilíbrio entre esforços dos profissionais e as recompensas obtidas esteve associado ao *Burnout* em profissionais de enfermagem (Fortunatti & Palmeiro-Silva, 2017; Schulz et al, 2009).

No contexto específico da atenção primária em saúde brasileira, sabe-se que os profissionais podem estar expostos a alta demanda de trabalho, pouca autonomia, baixa remuneração e conflitos interpessoais com usuários e colegas, o que os coloca em risco de desenvolver a síndrome (Pereira, 2011). De fato, altas prevalências de *Burnout* são encontradas entre as diferentes categorias profissionais que compõem a APS (Silva, 2015), conforme será melhor detalhado na sessão a seguir.

Burnout na Atenção Primária em Saúde

A APS deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde, para que esses produzam maior prevenção e controle de doenças crônicas e agudas, de forma custo-efetiva e com maior equidade na saúde das populações atendidas (Harzheim, 2011). Para isso, os profissionais de saúde devem orientar-se por um conjunto de atributos essenciais à APS (Starfield, 1992), a saber: Primeiro Contato: possibilitar que o usuário acesse primeiramente a APS na ocorrência da maior parte dos seus problemas de saúde; Integralidade: atender ao usuário como um todo, levando em consideração não apenas aspectos biomédicos, mas seu contexto de vida e individualidade; Coordenação do Cuidado: conduzir o usuário para o acesso adequado a outros serviços; e Longitudinalidade: acompanhar ativamente o usuário e sua família ao longo de suas vidas. Dessa forma, atuar na atenção primária exige o contato

com demandas complexas, frequentemente estressantes e carregadas emocionalmente, que surgem no contato continuado com as famílias atendidas, o que pode estar relacionado com a alta incidência de *Burnout* em médicos da atenção primária quando comparados a outras especialidades (Schaufeli, Maassen, Baker & Sixma, 2011).

Soler et al (2008), em um estudo com 1393 participantes de diversos países, averiguaram que 43% dos profissionais médicos europeus da APS apresentaram altos índices de EE, 35% demonstraram níveis elevados de DP e 32% baixo grau de RP, com 12% apresentando níveis extremos nas três dimensões, o que consiste no critério de Maslach, Jackson e Leiter (1996) para alto risco de *Burnout*. Apenas um terço dos médicos não teve escores extremos em nenhuma das subescalas. Um estudo mais recente, realizado com 683 médicos irlandeses, demonstrou que 52,7% dos profissionais reportaram altos níveis de EE, 31,6 % alta DP e 16,3% baixa RP. Nessa investigação, apenas 6,6% apresentaram índices extremos nas três dimensões (O’Dea, O’Connor, Lydon, & Murphy, 2016). Percentagens semelhantes de médicos enfrentando *Burnout*, 5,5% e 6,3%, foram averiguadas no Iran (Amiri et al, 2016) e na Arábia Saudita (Al-Sareai, Al-Khalidi, Mostafa e Abdel-Fattah, 2013), respectivamente. Esses resultados indicam semelhança entre as prevalências de alto risco de *Burnout* entre médicos da APS, variando de 5,5% a 12% quando consideradas as três dimensões, como preconizam Maslach e Leiter (2016). Importante ponderar que, para Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita e Pfahler (2012), ainda que os pontos de corte obtidos por Maslach, Jackson e Leiter (1996) possam ser considerados baixos e precisem ser utilizados com cautela, mesmo níveis baixos e moderados de *Burnout* poderiam ser indicativos de risco para os profissionais. Em um estudo dinamarquês, 25,5% dos médicos da APS alcançaram critérios para nível moderado de *Burnout* (Pedersen & Vedsted, 2014), enquanto no estudo de Amiri et al (2016) aproximadamente o dobro (52,7%) estavam nessa situação.

No que diz respeito a outras categorias profissionais que compõem a APS, uma investigação na Espanha (Falgueras et al, 2015) incluiu médicos, enfermeiros e odontólogos, obtendo uma prevalência geral de alto *Burnout* de 3,4% entre as equipes participantes. Odontólogos apresentaram 44,4% de alta EE, 27,8% de alta DP e 5,6% de baixa RP, os médicos, alta EE: 42,7%, alta DP: 27,3% e baixa RP: 7,7%, enquanto os enfermeiros, alta EE: 31,3%, alta DP: 14,8% e baixa RP: 4,3%. Houve, portanto, menores indicativos de *Burnout* entre esses últimos profissionais. Por outro lado, um estudo português (Mata, Machado, Moutinho e Alexandra, 2016), sugeriu que o grau de desgaste dos enfermeiros tenha superado

ligeiramente o dos demais profissionais, com alto *Burnout* em 9,9%, seguido dos médicos especialistas que operam na APS (7,2%).

No cenário brasileiro, a APS corresponde ao papel a ser desempenhado por equipes multiprofissionais em unidades de saúde (também conhecidas como “postos” de saúde) que atendem principalmente as pessoas que residem nos seus arredores. Atualmente, dois modelos assistenciais principais dividem a organização da APS brasileira: as unidades básicas de saúde chamadas “tradicionais” (UBS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As UBS consistem no modelo anterior ao ESF, voltado em especial à reabilitação da doença, restringindo-se a seus aspectos individuais e biológicos e centrando-se nas especialidades médicas (Trindade & Pires, 2013). A ESF foi o modelo eleito pelo Ministério da Saúde brasileiro para reorganização da APS desde 1997, quando ocorrera a regulamentação para ampliação do então chamado Programa de Saúde da Família (Brasil, 1997). Consiste no modelo para expansão, qualificação e consolidação dos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica (concepção brasileira de APS), devendo realizar ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde considerando um território adstrito definido (Brasil, 2012). Enquanto as UBS não possuem uma delimitação de equipe definida, as ESF são constituídas de enfermeiro(a), médico(a), técnico(a)/auxiliar de enfermagem e agentes comunitários(as) de saúde. As equipes de saúde bucal eventualmente vinculadas a essa equipe mínima contam com cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012).

Silveira, Câmara e Amazarray (2014) observaram que o modelo assistencial foi um preditor significativo do *Burnout* em profissionais de saúde, sendo a vinculação a UBS um fator de risco para desenvolvimento da síndrome. O *Burnout* na APS brasileira ainda tem sido relacionado a vínculo por cargo público (Albuquerque, Melo, & Neto, 2012) e maior carga horária. Variáveis sociodemográficas como ser mulher e ser da raça negra (Silva e Menezes, 2008) também se relacionam a maiores níveis de esgotamento profissional. Há evidências de que idade mais avançada (Carlotto, Pizzinato, Rocha, & Oliveira-Machado, 2013; Lima, Farah & Bustamente-Teixeira; 2017; Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015; Martins, Laport, Menezes, Medeiros & Ronzani, 2014; Silva & Menezes, 2008; Silva et al, 2015) e maior tempo de atuação na saúde (Lima, Farah & Bustamente-Teixeira; 2017; Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015) estejam relacionados a menores níveis de *Burnout*. No entanto, também há investigações indicando que, quanto maior a idade (Silva, 2015) e o tempo de atuação (Silveira, Câmara e Amazarray, 2014), mais altos são os níveis da síndrome.

Todavia, os níveis de *Burnout* na APS variam na literatura brasileira em grande parte pelos instrumentos utilizados, os pontos de corte adotados e o critério para avaliação do *Burnout*. Utilizando o Maslach Burnout Inventory – MBI (1996), com pontos de corte a partir de percentis da própria amostra, Trindade e Lautert (2010) identificaram alto risco de *Burnout* em 6,9% dos profissionais das diferentes categorias da ESF, prevalência muito semelhante à encontrada por Silva et al (2015), de 7%. Por sua vez, utilizando pontos de corte e critérios ligeiramente distintos dos de Maslach, Jackson e Leiter (1996), Silva (2015) realizou um estudo com 2940 profissionais de ESF da cidade de São Paulo e encontrou prevalência geral, com nível grave de *Burnout*, de 11,7%, e 47,7% dos profissionais em nível moderado. Indicativos da síndrome (nível grave) foram identificados em 12,8 % dos ACS, 7,7% dos aux./técnicos de enfermagem, 10,5% dos enfermeiros e em 15,7% dos médicos.

Por outro lado, a investigação de Mota, Dosea e Nunes (2014), usando o MBI com os pontos de corte e critérios de Maslach, Jackson e Leiter (1996), encontrou níveis mais graves entre ACS, com 29,3% dos participantes com características equivalentes a *Burnout* e 10,8% com níveis moderados. Esse resultado foi semelhante ao de Silva e Menezes (2008), que identificaram 24,1% dos ACS com níveis graves da síndrome.

Merces et al (2016), também pelos critérios de Maslach, Jackson e Leiter (1996), informaram que 10,6% dos enfermeiros que atuavam na APS apresentaram alto risco de *Burnout*. Em outro estudo, estimando a prevalência conjunta entre enfermeiros e técnicos, a percentagem chegou a 16,7% (Merces et al, 2017). O mesmo estudo, utilizando o critério de Grunfeld et al (2000), em que apenas uma dimensão em nível extremo é indicativa de *Burnout*, referiu que dessa forma a prevalência de alto risco de *Burnout* seria de 58,3%.

Também utilizando o critério de Grunfeld et al (2000), Martins, Laport, Menezes, Medeiros e Ronzani (2014) identificaram 41,6% dos profissionais com indicação positiva de *Burnout*, enquanto Lima, Farah e Bustamante-Teixeira (2017) averiguaram 51%. Albuquerque, Melo e Neto (2012) usaram percentis para dividir os escores obtidos com a Escala de Caracterização do *Burnout* (Gianasi, 2004) em três partes iguais (baixo, médio e alto), e com isso observaram que 37,09% dos profissionais das ESF obtiveram escores médios ou altos nos seus fatores (Exaustão emocional, Desumanização e Decepção), com 0,9% apresentando escores altos nos três. Silveira, Câmara e Amazarray (2014) utilizaram o *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT) (Gil-Monte, Carlotto & Câmara, 2010) e averiguaram que 18% da amostra de profissionais da APS apresentaram índices altos apenas nas três dimensões centrais do *Burnout* (alto Desgaste

Psíquico, alta Indolência e baixa Ilusão pelo Trabalho), apresentando critérios para o Perfil 1 da síndrome, enquanto 11% demonstraram indícios de sua forma mais grave, o Perfil 2, quando somam-se a esses índices altos níveis de Culpa pelo desempenho no trabalho.

Considerações finais

Conforme Dias, Rigotto, Augusto, Cancio e Hoefel (2009), profissionais de APS podem agir mais diretamente sobre os determinantes de saúde e podem ser altamente resolutivos em relação aos problemas dos usuários por conta da proximidade com o território e com o modo de vida das pessoas atendidas. Contudo, as expectativas em relação à função da APS dentro do SUS, atreladas a inúmeros indicadores a serem observados e ações a serem cumpridas, culminam na sobrecarga dos profissionais e seu adoecimento. Dessa forma, torna-se contraditório esperar que profissionais sobrecarregados e adoecidos, trabalhando em condições muitas vezes precárias, possam responder adequadamente às demandas de promoção de saúde, prevenção e tratamento do adoecimento dos usuários. Dados os desafios do contexto de trabalho dos profissionais da APS e as prevalências de alto risco de *Burnout* apontadas entre profissionais brasileiros, o presente capítulo indica a necessidade de medidas de diminuição do estresse crônico ao qual os profissionais estão submetidos para que o direito a saúde tanto de de trabalhadores quanto de usuários seja respeitado.

As evidências apresentadas sugerem também a necessidade de mais estudos que contribuam para o entendimento da relação entre empatia e *Burnout*, que ainda carece de consenso na literatura. Frente aos desafios contextuais do trabalho em APS em nosso país, também se torna importante averiguar o quanto as tendências empáticas dos profissionais são relevantes na associação com o *Burnout* quando comparadas às condições de trabalho, o que poderia ajudar a direcionar futuras intervenções em prol da saúde do trabalhador e da efetividade da APS brasileira. A presente dissertação busca abordar essas e outras questões através do estudo apresentado no próximo capítulo.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO
ASSOCIAÇÃO DA EMPATIA E DO ESTRESSE OCUPACIONAL COM O BURNOUT
EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Introdução

Segundo Maslach e Jackson (1981), a síndrome de *Burnout* consiste em uma reação a estressores relacionados ao trabalho, em especial quando esse envolve diretamente a relação com pessoas, e que pode envolver esgotamento físico, autoconceito negativo, sentimento de desamparo, e atitudes negativas em relação ao desempenho da função profissional. As três dimensões da síndrome no modelo de Maslach e Jackson (1981) são Exaustão Emocional, manifestação de esgotamento das reservas emocionais do profissional, Despersonalização, sentimentos negativos em relação às pessoas atendidas, que passam a ser tratadas de forma desumanizada ou objetificada, e baixa Realização Pessoal, que corresponde a sentimentos de insatisfação consigo e com o desempenho no trabalho.

Gil-Monte (2011) propôs um modelo com quatro dimensões, sendo as três primeiras semelhantes ao modelo original de Maslach e Jackson. A Baixa Ilusão pelo Trabalho aproxima-se da Baixa Realização Pessoal, o Desgaste Psíquico é análogo a Exaustão Emocional e a Indolência, semelhante à Despersonalização. Nível crítico de comprometimento nessas dimensões é suficiente para o estabelecimento da síndrome. A Culpa, quarta dimensão de *Burnout* proposta por Gil-Monte (2011), estaria presente nos casos mais deteriorados, consistindo no surgimento de sentimentos de culpabilização por atitudes e comportamentos não condizentes com as normas internalizadas e com a cobrança social acerca do papel profissional. Dessa forma, níveis críticos de *Burnout* constituem Perfil 1 da síndrome quando acompanhados de baixos níveis de Culpa, enquanto o Perfil 2 acontece quando altos níveis de culpabilização acompanham os níveis extremos nas demais dimensões de *Burnout*, resultando na forma mais grave da síndrome.

O *Burnout* pode trazer consequências graves para a saúde dos profissionais, levando a problemas psicossomáticos, depressão, ansiedade, baixa autoestima, insônia, irritabilidade e intolerância a frustração, assim como reduzir a qualidade do cuidado oferecido a pacientes e a satisfação com o trabalho, aumentar o número de erros no manejo e o absenteísmo injustificado (Elbarazi, Loney, Yousef & Elias, 2017; Suñer-Soler et al, 2014). O impacto

dessa condição pode chegar a provocar problemas familiares e conflito entre trabalho e vida doméstica (Suñer-Soler et al, 2014).

A literatura tem indicado associação do *Burnout* em profissionais de saúde com a exposição crônica a níveis elevados de estresse ocupacional (Aronson et al, 2017). O estresse ocupacional pode ser entendido como a resposta dos profissionais diante de demandas laborais que excedem seus conhecimentos ou habilidades de enfrentamento (WHO, 2004). Ambientes de trabalho são mais estressantes quando alta carga laboral é acompanhada de pouco controle sobre o processo de trabalho e pouco suporte de chefia e colegas (Theorell & Karasek, 1996), assim como quando ocorrem baixas recompensas pelos esforços do trabalhador ou comprometimento exagerado desse com sua função (Siegrist, 1996). No contexto específico da atenção primária em saúde brasileira, sabe-se que os profissionais podem estar expostos a alta demanda de trabalho, pouca autonomia, baixa remuneração e conflitos interpessoais com usuários e colegas, o que os coloca em risco de desenvolver *Burnout* (Pereira, 2011). Lorenz e Guirardello (2014) identificaram relação inversa significativa entre o *Burnout* em enfermeiros da APS brasileira e a autonomia, o controle sobre o ambiente de prática e o apoio oferecidos pela organização em que atuavam.

Todavia, além de fatores do contexto ocupacional, aspectos disposicionais, como o grau de empatia, também são considerados relevantes para explicar os níveis de *Burnout* encontrados entre profissionais de saúde (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). Segundo Davis (1983), a empatia pode ser considerada um construto multidimensional. Sua face cognitiva é constituída das dimensões Tomada de Perspectiva, a habilidade de espontaneamente adotar o ponto de vista psicológico do outro, e Fantasia, capacidade de transpor-se imaginativamente para os sentimentos e ações de personagens fictícios. Seu aspecto emocional consiste nas dimensões Preocupação Empática, definida pela presença de sentimentos orientados ao outro de compaixão e preocupação, e Angústia Pessoal, sentimentos orientados para si de ansiedade e desconforto em situações interpessoais tensas (Davis, 1983).

A literatura apresenta algumas possibilidades, em parte contraditórias, para a relação entre empatia e *Burnout*. A Teoria de Fadiga por Compaixão (Figley, 2002) considera que profissionais de saúde que são muito empáticos estão mais propensos a sofrer da síndrome. Por outro lado, também existem evidências de que profissionais empáticos teriam menores chances de serem acometidos pelo *Burnout* (Ferri, Guerra, Marcheselli, Cunico, & Lorenzo, 2015; Park et al, 2016; Oriol, Yuguero, Marsal, Esquerda, Vivanco, & Soler-González, 2017). Há ainda a possibilidade de que o *Burnout* cause um decréscimo na empatia de profissionais de saúde (Zenasni et al, 2012). Por fim, cogita-se ainda que a relação entre empatia e *Burnout*

possa variar de acordo com o tipo ou dimensão de empatia aferida (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Zenasni, Boujout, Woerner, & Sultan, 2012).

Em suma, há impasse na literatura a respeito da relação entre empatia e *Burnout* em profissionais de saúde (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). No que tange à relação entre estresse ocupacional e *Burnout*, Aronsson et al. (2017) apontam a necessidade de mais estudos que explorem a associação de estressores ocupacionais com as diferentes dimensões da síndrome. Além disso, até o momento, não foram identificados estudos que englobassem concomitantemente o estresse ocupacional e a empatia dos profissionais na sua associação com o *Burnout*. Tampouco foram exploradas as possíveis interações e efeitos indiretos envolvendo essas variáveis em sua relação com a síndrome. Considerando que o grau de empatia dos profissionais possa modificar a percepção das demandas trazidas pelos usuários, seria lógico admitir que a empatia possa estar associada não apenas ao *Burnout*, mas ao estresse ocupacional experienciado pelos profissionais. Dessa forma, seria possível que esse último mediasse parte do efeito da empatia sobre o *Burnout*. Por outro lado, a associação positiva ou negativa da empatia com a síndrome poderia ser moderada pela quantidade e intensidade das demandas que geram estresse no cotidiano de atendimento da APS.

Na APS brasileira, contribuem ainda para a explicação da ocorrência do *Burnout* fatores sociodemográficos e aspectos ocupacionais específicos que carecem de maior investigação. Ainda que com poucos estudos, a síndrome tem sido relacionada ao tipo de unidade em que os profissionais atuam (Silveira, Câmara, & Amazarray, 2014), vínculo por cargo público (Albuquerque, Melo, & Neto, 2012) e maior carga horária (Silva et al, 2015). Variáveis sociodemográficas como ser mulher e ser da raça negra (Silva & Menezes, 2008) também se relacionam a maiores níveis de esgotamento profissional. Idade e tempo de atuação profissional aparecem tanto direta (Silva, 2015; Silveira, Câmara e Amazarray, 2014) quanto inversamente relacionados ao *Burnout* (Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015; Martins, Laport, Menezes, Medeiros & Ronzani, 2014).

Sendo assim, o objetivo principal da presente pesquisa foi investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde. Os objetivos específicos foram investigar: (a) quais das dimensões relacionadas ao estresse ocupacional e à empatia têm maior associação com as principais dimensões de *Burnout*, sua Pontuação Total e presença de Nível Crítico da síndrome; (b) se o estresse ocupacional poderia moderar ou mediar o efeito da empatia sobre o *Burnout*; (c) a associação do *Burnout* com variáveis sociodemográficas, categoria profissional, histórico ocupacional e

em relação aos profissionais possuem ou não formação específica para APS; (d) a associação do *Burnout* com tipo de unidade de saúde, formas de contratação, condições materiais de trabalho e com a variedade de vínculos empregatícios na saúde; (e) a associação do grau de *Burnout* dos profissionais com acúmulo de funções de coordenação, supervisão de residente ou estagiário e com atuação em equipe incompleta.

Método

Participantes

Participaram do estudo 348 profissionais das oito gerências distritais de saúde do município de Porto Alegre (RS, Brasil). Foram considerados aptos à participação todos os profissionais das categorias enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, médico(a), cirurgião(ã) dentista, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal e agente comunitário(as) de saúde que atuassem na APS e que não estivessem afastados do trabalho por um período maior do que uma semana. Na Tabela 1, é apresentada a caracterização sociodemográfica e ocupacional da amostra total e por categoria profissional. Participaram do estudo majoritariamente mulheres e pessoas da cor branca. A média de idade foi de 40 anos (DP = 9.7) e predominam os profissionais enfermeiros e atuantes no ESF.

Delineamento e Procedimentos

Esse estudo consistiu em um delineamento transversal (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2009). Inicialmente, foi realizado um estudo piloto para avaliar a compreensão, formato e aceitação dos participantes em relação ao protocolo de avaliação a ser utilizado. Participaram dessa etapa nove profissionais de saúde (seis agentes comunitários, dois enfermeiros e um médico) de uma mesma equipe de APS, oito mulheres e um homem, de 30 a 59 anos (M= 44,11; DP= 9,28). Cinco possuíam apenas ensino médio completo, um possuía ensino superior incompleto e três pós-graduação completa.

Os participantes responderam a um instrumento de avaliação que permitia fazer sugestões em relação a cada questão em particular, assim como avaliar o protocolo de forma global, a partir de questões objetivas e abertas. Os participantes agentes comunitários avaliaram uma versão mais curta (sem as escalas), enquanto os demais avaliaram o protocolo como um todo. Os escores, críticas e sugestões referentes à avaliação global do protocolo estão descritos no Apêndice A. As modificações realizadas foram a reescrita de questões para maior clareza, aumento da fonte utilizada no protocolo de avaliação e nas notificações da

plataforma *online* em caso de resposta inadequada, assim como inserção de questão sobre realização de supervisão de estagiários e residentes por parte dos profissionais.

Tabela 1.

Características Sociodemográficas e Ocupacionais da Amostra Total e por Categoria Profissional.

	Total n = 348 (%)	Enferm. 102 (29,3) n (%)	Méd. 38 (10,9) n (%)	ACS 75 (21,6) n (%)	T/a. Enf. 69 (19,8) n (%)	Cir. Dent. 39 (11,2). n (%)	T/ S. B. 25 (7,2) n (%)
Sexo							
Mulheres	305 (87.6)	89 (87.3)	26 (68.4)	67 (89.3)	65 (94.2)	37 (94.9)	25 (100)
Idade (M (DP))	40.00 (9.7)	35.93 (7.04)	41.53 (10.55)	44.29 (10.58)	42.46 (9.57)	36.54 (8.89)	39.32 (8.71)
Raça/cor							
Preto	29 (8.3)	5 (4.9)	0 (0)	6 (8.0)	13 (18.8)	2 (5.1)	3 (12.0)
Pardo	49 (14.1)	10 (9.8)	2 (5.3)	21 (28.0)	12 (17.4)	2 (5.1)	2 (8.0)
Branco	269 (77.3)	87 (83.3)	36 (94.7)	47 (62.7)	44 (63.8)	35 (89.7)	20 (80.0)
Indígena	1 (0.3)	0 (0)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tipo US							
UBS	33 (9.5)	12 (11.8)	5 (13.2)	1 (1.3)	13 (18.8)	0 (0)	2 (8.0)
ESF	210 (60.3)	67 (65.7)	17 (44.7)	55 (73.3)	36 (52.2)	21 (53.8)	14 (56.0)
Mista	101 (29.0)	22 (21.6)	16 (42.1)	19 (25.3)	18 (26.1)	17 (43.6)	9 (36.0)
Indígena	4 (1.1)	1 (1.0)	0 (0)	0 (0)	2 (2.9)	1 (2.6)	0 (0)
Varied.Vínculos							
1 US	291(83.6)	88 (86.3)	21 (55.3)	70 (93.3)	62 (89.9)	29 (74.4)	21 (84.0)
1 US + S	32 (9.2)	5 (4.9)	11 (28.9)	4 (5.3)	4 (5.8)	6 (15.4)	2 (8.0)
> 1 US	21 (6.0)	8 (7.8)	4 (10.5)	0 (0)	3 (4.3)	4 (10.3)	2 (8.0)
> 1 US + S	4 (1.1)	1 (1.0)	2 (5.3)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Forma Contratação							
Via IMESF	257 (73.9)	78 (76.5)	11 (28.9)	72 (96.0)	47 (68.1)	31 (79.5)	18 (72.0)
Via SMS	65 (18.7)	18 (17.6)	13 (34.2)	3 (4.0)	18 (26.1)	6 (15.4)	7 (28.0)
Outra	26 (7.5)	6 (5.9)	14 (36.8)	0 (0)	4 (5.8)	2 (5.1)	0 (0)
T. S. (M (DP)) §	11.92 (8.27)	11.39 (6.87)	15.32 (9.63)	8.20 (5.30)	15.06 (10.33)	11.39 (8.88)	12.06 (6.99)
T. APS (M (DP)) §	8.86 (6.60)	8.25 (5.57)	13.01 (8.22)	8.05 (5.36)	9.20 (8.12)	8.15 (6.05)	7.90 (5.83)
T. US (M (DP)) §	4.83 (4.78)	3.16 (3.09)	5.00 (5.24)	7.67 (5.24)	5.16 (5.33)	3.09 (3.90)	5.60 (4.64)
Formação	200 (57.5)	80 (78.4)	34 (89.5)	15 (20.0)	32 (46.4)	29 (74.4)	10 (40.0)
Coordenação	69 (19.8)	59 (57.8)	4 (10.5)	0 (0)	0 (0)	5 (12.8)	1 (4.0)
Supervisão	119 (34.2)	0 (68.6)	14 (36.8)	4 (5.3)	2 (2.9)	28 (71.8)	1 (4.0)
Eq. Completa	91 (26.1)	25 (24.5)	11 (28.9)	25 (33.3)	14 (20.3)	13 (33.3)	3 (12.0)
N. At. (M (DP)) †	16.9 (18.5)	12.29 (8.99)	15.81 (8.38)	6.44 (2.70)	38.97 (19.37)	8.00 (5.94)	10.54 (7.72)

Nota: §: n = 312. †: n: 333. Enfer. = Enfermeiro, Méd. = Médico, ACS = Agente Comunitário de Saúde, Téc./aux. Enf. = Técnico ou auxiliar de enfermagem, Cir. Dent. = Cirurgião Dentista, Téc./aux. S. B. = Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal, Tipo US = tipo de unidade de saúde à qual o profissional está vinculado, Mista = unidade de saúde que abriga tanto equipe tradicional quanto ESF, Varied.Vínculos = variedade de vínculos profissionais na área da saúde, > 1 US + S = vínculo com mais de uma unidade de saúde e também com outro serviço de saúde, Via IMESF = contrato como celetista via instituto municipal, Via SMS = cargo público pela Secretaria Municipal de Saúde, T. S. = anos de atuação profissional na área da saúde, T. APS = anos de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, T. US = tempo de atuação na unidade de saúde atual, Formação= possuir especialização, residência ou curso técnico específico para APS, Coordenação= exercer função de coordenação de equipe na unidade, Supervisão = exerce supervisão de residente ou estagiário, Eq. Completa = atuar em equipe completa. N. at.= número de atendimentos/procedimentos (técnicos)/visitas (ACS) por turno.

Realizadas as alterações necessárias no protocolo de avaliação, a pesquisa foi divulgada nas gerências distritais, em reuniões com coordenadores de equipes de APS. Nessas

reuniões foram distribuídos panfletos (Apêndice B) com os *links* de acesso da plataforma *online* Survey Monkey (<https://pt.surveymonkey.com/>) e foi solicitado que os coordenadores os entregassem às suas equipes. Também foram solicitados os endereços de e-mail dos coordenadores e número de telefone para uso de aplicativo comunicador instantâneo (*WhatsApp*). Subsequentemente, foram enviadas mensagens por correio eletrônico e aplicativo contendo versão virtual do panfleto com os links, para que aos coordenadores participassem e também encaminhassem às suas equipes. O panfleto virtual também foi veiculado por redes sociais. Dessa forma, a amostragem não foi probabilística (Shaughnessy, Zechmeister, & Zechmeister, 2009). Ao acessar qualquer dos *links*, antes de responder ao protocolo, foi apresentada ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido presente no Apêndice C. Na sequência, os participantes responderam ao protocolo de avaliação (Anexos A, B e C e Apêndice D). A partir do início da coleta de dados, os profissionais tiveram seis semanas para responder aos instrumentos. Nesse intervalo de tempo, foram enviados lembretes para participação por e-mail e por aplicativo comunicador instantâneo.

Variáveis e Instrumentos

Características sociodemográficas, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade:

Os profissionais responderam um questionário desenvolvido *ad hoc* para esta pesquisa com informações como categoria profissional, variedade de instituições a que está vinculado profissionalmente, tipo de unidade em que atua (a saber, UBS, ESF, Unidade Mista (com equipe tradicional e ESF) ou Indígena), forma de contratação (cargo público via Secretaria Municipal de Saúde (SMS), celetista via instituto municipal (IMESF), entre outros), tempo de atuação na área da saúde, na APS e na unidade de saúde mais recente, se possui especialização, residência ou curso técnico específico para atuar na APS, se coordena equipe, se supervisiona estagiário ou residente, se atua em equipe completa, carga horária, número de consultas, procedimentos ou visitas (a depender da categoria) por turno, adequação das condições e espaço físico, dos equipamentos disponibilizados e dos insumos e materiais de consumo fornecidos para desempenho de sua função na(s) unidade(s) onde atua. Foram

solicitados também dados sociodemográficos, como idade, raça/cor¹ e sexo. O questionário está disponível no Apêndice D.

Empatia

Avaliada a partir de itens do *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*, de Davis (1980), traduzido e validado no Brasil por Sampaio et al (2011). A versão brasileira demonstrou propriedades psicométricas adequadas em seu estudo de validação, confirmando-se a estrutura de quatro fatores da escala original, com bons índices de consistência interna (Sampaio et al, 2011). Os aspectos cognitivos da Empatia são mensurados pela subescala “Tomada de Perspectiva”, que avalia a habilidade de *role taking* ou tomada de perspectiva do outro, e a subescala “Fantasia”, que mensura a habilidade imaginativa ou de fantasiar se colocando no lugar de personagens de filmes ou livros. Os aspectos afetivos da empatia são contemplados pelas subescalas “Angústia Pessoal”, que afere angústia ou incômodo em situações de emergência, representando ações autodirigidas e egoísticas, e a subescala “Preocupação Empática”, que mede o grau de preocupação ou consideração com as emoções do outro. A versão brasileira contém 26 itens em formato Likert de cinco pontos. Contudo, no presente estudo, houve uma falha no processo de coleta, fazendo com que os seis últimos itens da escala não fossem aplicados. Decidiu-se então por um processo de refatorialização com os 20 itens utilizados, seguindo as diretrizes de Izquierdo, Olea e Abad (2014). Uma análise fatorial exploratória foi realizada, com o método de extração Fatoração de Eixo Principal (*Principal Axis factoring*) e o método de rotação Oblimin, $KMO = 0.88$, *Barlet Test* $p < .001$, explicando 43,7% da variância observada. Identificou-se que os fatores obtidos apresentaram maioria de itens alocados nos mesmos fatores da escala original, e que os dois itens que se deslocaram eram compatíveis em significado com o seu novo fator. Dessa forma, optou-se por manter as mesmas etiquetas da escala original para os quatro fatores obtidos. A subescala “Preocupação Empática” resultante ($\alpha = 0.86$) passou a ter oito itens (3, 5, 6, 10, 11, 12, 16 e 20), “Angústia Pessoal” ($\alpha = 0.67$) apresentou quatro itens (13, 14, 17 e 19), “Fantasia” ($\alpha = 0.65$) demonstrou também quatro itens (1, 2, 15 e 18), assim como “Tomada de Perspectiva” ($\alpha =$

¹ Para raça/cor, foi utilizado o critério de classificação do IBGE, que considera as categorias preta, parda, branca, amarela e indígena. Segundo Osório (2013), apesar de antigo, essas categorias continuam adequadas para o estudo da discriminação racial.

0.73, itens 4, 7, 8 e 9). As diferenças de estrutura fatorial entre a escala original (Sampaio et al. 2011) e a versão utilizada nesse estudo são melhor detalhadas no Anexo A.

Estresse ocupacional

Avaliado a partir de duas escalas distintas:

a) Versão resumida da *Job Stress Scale (JSS)* adaptada para o português. A versão brasileira foi traduzida e validada por Alves, Chor, Faerstein, Lopes e Werneck (2004), obtendo-se propriedades psicométricas satisfatórias em termos de Fidedignidade (Alpha de Cronbach e Coeficiente de Correlação Intraclasse). A escala possui 17 itens divididos em três subescalas. A primeira, “Demanda”, com cinco itens (fidedignidade nesse estudo: $\alpha = 0.73$), avalia pressões de natureza psicológica presentes no trabalho, tanto de caráter qualitativo quanto quantitativo. “Controle”, com seis itens ($\alpha = 0.48$), refere-se à possibilidade de o trabalhador usar suas habilidades intelectuais para desempenhar sua função, bem como ter autoridade sobre a forma de realizá-la. “Apoio social”, com seis itens ($\alpha = 0.85$), mensura os níveis de interação social com colegas e com a chefia. O instrumento é respondido através de escala Likert de quatro pontos. O escore geral pode ser obtido pela razão entre os pontos na dimensão “Demanda” e aqueles oriundos da dimensão “Controle”, sendo que, quanto maior a razão, maior o desgaste propiciado pelo ambiente de trabalho (Comunicação pessoal de Alves, M. G. M., 2016). A escala está disponível no Anexo B dessa dissertação.

b) Versão Brasileira da escala *Effort-reward Imbalance (ERI)*. A escala original, de Siegrist et al (2004), foi traduzida e validada no Brasil por Chor, Werneck, Faerstein, Alves e Rotenberg (2008), obtendo-se propriedades psicométricas de fidedignidade (Alpha de Cronbach e Coeficiente de Correlação Intraclasse) satisfatórias. Possui 23 itens divididos em três subescalas. A subescala “Esforço” é composta de seis itens (fidedignidade nesse estudo: $\alpha = 0.76$) e mede o esforço requerido do profissional frente a demandas do ambiente ocupacional, referente a aspectos qualitativos e quantitativos da carga de trabalho. A subescala “Recompensa” ($\alpha = 0.84$) possui 11 itens e mede o quanto o profissional se sente recompensado pelo trabalho desempenhado, em termos financeiros, de estima e em relação a ascensão e segurança no trabalho. Em ambas as subescalas, primeiramente os participantes precisam concordar ou discordar com o conteúdo de cada ítem. Ao concordar, devem atribuir uma pontuação em escala Likert de quatro pontos. A terceira subescala, “*Overcommitment*” ($\alpha = 0.55$), mensura o empenho excessivo dos participantes em responder às demandas

laborais, através de seis itens respondidos a partir de escala Likert de quatro pontos (Chor et al, 2008). O escore geral de desequilíbrio esforço-recompensa pode ser calculado pela razão entre as pontuações obtidas nessas duas subescalas ($e / (r \times 0.454545)$), enquanto a subdimensão overcommitment é analisada como uma variável em separado (Siegrist et al, 2004). A escala está disponível no Anexo C dessa dissertação.

Burnout

Avaliado a partir do *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (CESQT, Gil-Monte, 2011). A versão brasileira utilizada demonstrou propriedades psicométricas adequadas em seu estudo de validação, confirmando-se a estrutura de quatro fatores da escala original, com bons índices de consistência interna (Gil-Monte, Carlotto & Câmara, 2010). O instrumento possui 20 itens e quatro subescalas, respondidas através de escalas Likert de cinco pontos. A dimensão “Ilusão pelo trabalho” está representada por cinco itens (fidedignidade nesse estudo: $\alpha = 0.89$), que mensuram as expectativas dos indivíduos em alcançar determinadas metas laborais, sendo invertidos para a Pontuação Total de *Burnout*. A subescala “Desgaste Psíquico” ($\alpha = 0.86$) possui quatro itens e refere-se ao esgotamento emocional e físico oriundo da necessidade diária de manter relações com pessoas que possuem ou geram problemas. Por sua vez, a subescala “Indolência” ($\alpha = 0.78$) possui seis itens, que mensuram atitudes negativas de indiferença e cinismo em relação aos clientes da organização. Por fim, a subescala “Culpa” ($\alpha = 0.84$), de cinco itens, refere-se à ocorrência de sentimentos de culpa pelo comportamento e atitudes interpessoais negativos desenvolvidos no trabalho, que geram desempenho inadequado da função (Gil-Monte, Carlotto & Câmara, 2010). A Pontuação Total da escala é obtida a partir da soma das pontuações das três primeiras dimensões, na seguinte fórmula: $20 - It + Dp + In$. Os valores médios por item são utilizados para comparação com a amostra original. É considerado Nível Crítico de *Burnout* para profissionais de saúde a média de pontuação por item da escala (divisão da Pontuação Total por 15) igual ou superior a 1.93, escore equivalente ao percentil 90 da amostra de referência obtida por Gil-Monte (2011). O Perfil 1 de *Burnout* está presente quando o Nível Crítico é acompanhado por pontuações na subescala Culpa menores do que 1.80 (percentil 90 na amostra de referência), enquanto o Perfil 2 caracteriza-se por pontuações iguais a esse valor ou maiores. A escala CESQT não foi incluída em anexo, pois se trata de um instrumento comercializado.

Considerações éticas

O presente estudo seguiu as diretrizes da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para regulamentação ética em pesquisas com seres humanos. O projeto foi apresentado à gestão do município, obtendo sua anuência para a implementação, e foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande do Sul (CAAE: 66152017.6.0000.5334). Os pareceres dos comitês de ética estão presentes no Anexo D. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e a forma de coleta de dados, assim como sobre seus direitos de integridade física, emocional e mental. Foram também comunicados de que suas informações pessoais permaneceriam confidenciais, utilizados somente para análises estatísticas. Os dados individuais foram armazenados pela plataforma de pesquisa online *Survey Monkey*® (<https://pt.surveymonkey.com/>), ficando disponíveis apenas para os pesquisadores. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conteve informações sobre o estudo e direito de evasão dos participantes a qualquer momento.

Análise dos dados

As análises foram realizadas com o software SPSS versão 20 (SPSS, Inc. Chicago, IL, USA). Os dados obtidos foram averiguados com relação ao grau de dispersão ou variabilidade (por exemplo, curtose e assimetria) para uma distribuição normal e para identificar a existência de escores extremos ou atípicos devido a erro do participante ao completar o questionário. Após esta inspeção inicial, foram calculadas as estatísticas descritivas de todas as variáveis: média, desvio padrão e porcentagem (Dancey & Reidy, 2006; Field, 2009).

Para a determinação de quais variáveis melhor explicavam a variância de *Burnout* apresentada pelos profissionais, modelos de regressão linear foram rodados utilizando-se o método *Enter*, tendo como variáveis dependentes cada uma das principais dimensões de *Burnout* (Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psíquico e Indolência) e a sua Pontuação Total. As variáveis intervalares e ordinais incluídas nesses modelos foram aquelas que demonstraram correlações com as variáveis dependentes. As variáveis dicotômicas utilizadas (com limite de duas por modelo) foram aquelas que apresentaram maior tamanho de efeito nas diferenças entre grupos (Teste t) para as variáveis dependentes. Para identificação dos preditores associados à ocorrência de Nível Crítico de *Burnout*, foi utilizada regressão logística, com método *Enter*. Foram incluídas nesse modelo as variáveis intervalares que demonstraram associação com a variável dependente em Testes t e as variáveis categóricas significativamente

associadas com o Nível Crítico de *Burnout* em Testes Qui-quadrado. Nessa análise, raça/cor foi incluída como variável dicotômica (não-branca e branca).

As análises de mediação e moderação foram realizadas utilizando a extensão PROCESS 2.16.3 (Hayes, 2013) para SPSS. Diversos modelos de mediação simples foram testados de acordo com a Figura 1, painel A. Averiguou-se efeito indireto das dimensões de empatia (X) – Preocupação Empática, Tomada de Perspectiva e Angústia Pessoal – sobre as dimensões de *Burnout* (Y) – Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psíquico e Indolência – e Pontuação Total, através da mediação das dimensões relacionadas ao estresse ocupacional (M) e seus escores totais (Razão Demanda-controle e Razão Esforço-recompensa).

As moderações testadas corresponderam aos modelos da Figura 1, painéis B e C, averiguando-se o efeito da interação das dimensões de empatia (X) – Preocupação Empática, Tomada de Perspectiva e Angústia Pessoal – com cada uma das dimensões relacionadas ao estresse ocupacional (M) e seus escores totais (Razão Demanda-controle e Razão Esforço-recompensa), averiguando seu efeito sobre as dimensões de *Burnout* (Y) – Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psíquico e Indolência – e sobre sua Pontuação Total.

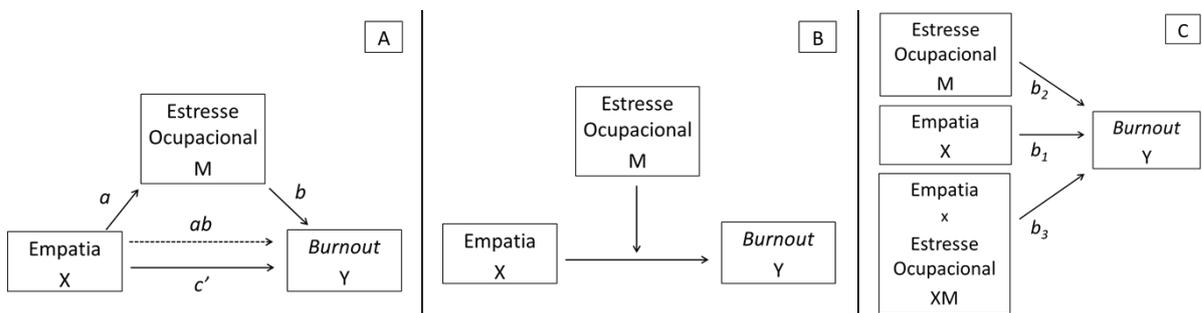


Figura 1. Estresse ocupacional como mediador e moderador da associação entre empatia e *Burnout*. Painel A: Modelo estatístico de mediação simples com as variáveis em estudo. Nota: a , b = Coeficientes de caminho não padronizados, ab = Coeficiente para efeito indireto de X sobre Y, c' = Coeficiente para efeito direto de X sobre Y. Painel B: Modelo conceitual de moderação simples com as variáveis em estudo. Painel C: Modelo estatístico de moderação simples com as variáveis em estudo. Adaptado de Hayes (2013).

Testes t foram utilizados para averiguar diferenças entre grupos nas principais dimensões de *Burnout* (Ilusão pelo Trabalho, Desgaste Psíquico e Indolência) e sua Pontuação Total em relação às seguintes variáveis dicotômicas: sexo, possuir ou não formação específica para atuar na APS, exercer ou não função de coordenação, desempenhar ou não função de supervisão de estagiários ou residentes, atuar ou não em equipe completa, ser contratado com vínculo celetista, via instituto municipal, ou com cargo público, via secretaria de saúde (outras

formas de contratação não foram incluídas pelo baixo número de participantes). ANOVA unifatorial foi utilizada para verificar as diferenças nas mesmas dimensões e Pontuação Total de *Burnout* em relação à raça/cor (não incluído “Indígena”, com apenas um participante), tipo de unidade (não incluída a “Unidade Indígena”, com apenas quatro participantes), variedade de vínculos (não incluída categoria “Atua em mais de uma unidade de saúde de Porto Alegre e em algum(s) outro(s) serviço(s) de saúde”, com apenas quatro participantes) e categoria profissional. O teste *post hoc* utilizado foi o de Bonferroni. Os grupos que não apresentaram critérios para testes paramétricos foram comparados pelo Teste de Kruskal-Wallis. Utilizando-se o Teste de Qui-quadrado, foram testadas as relações das variáveis categóricas anteriormente citadas com a presença ou não de Nível Crítico de *Burnout*, e com a presença ou não de cada um dos dois perfis de *Burnout* identificados por Gil-Monte (2011). As referidas análises foram acompanhadas do cálculo de seus respectivos tamanhos de efeito.

Resultados

Relações da Empatia e do Estresse Ocupacional com o Burnout

A Tabela 2 apresenta as correlações entre as dimensões de *Burnout*, sua Pontuação Total, as dimensões de empatia e estresse ocupacional, os dados sociodemográficos e as características ocupacionais da amostra. As correlações moderadas ou fortes ($r > .4$, segundo Dancey e Reidy (2006)) com o *Burnout* se deram apenas com as dimensões relacionadas ao estresse ocupacional e seus escores totais. A Ilusão pelo Trabalho esteve positivamente correlacionada com Preocupação Empática, Tomada de Perspectiva, Fantasia, Controle, Apoio Social, Recompensa, adequação das condições e espaço físico, dos equipamentos e dos materiais e insumos disponibilizados. Por outro lado, estiveram inversamente relacionados à Ilusão pelo Trabalho a Razão Demanda-controle, o Esforço, o *Overcommitment*, e a Razão Esforço-recompensa. Essas mesmas quatro dimensões demonstraram associação positiva e significativa com Desgaste Psíquico, assim como Angústia Pessoal, Fantasia e Demanda. Estiveram negativamente associados ao Desgaste Psíquico Controle, Apoio Social, Recompensa, adequação das condições e espaço físico, dos equipamentos e dos materiais e insumos disponibilizados, idade e tempo de atuação na área da saúde.

A Indolência esteve positivamente correlacionada a Angústia Pessoal, Razão Demanda-controle, *Overcommitment* e Razão Esforço-recompensa, e negativamente relacionada a Preocupação Empática, Tomada de Perspectiva, Controle, Apoio Social, Recompensa, adequação dos equipamentos, materiais e insumos disponibilizados e idade. Por

fim, a Pontuação Total de *Burnout* relacionou-se significativa e diretamente com Angústia Pessoal, Demanda, Razão Demanda-controle, Esforço, *Overcommitment* e Razão Esforço-recompensa. Inversamente relacionados à Pontuação Total de *Burnout* estiveram Preocupação Empática, Tomada de Perspectiva, Controle, Apoio Social, Recompensa, adequação das condições e espaço físico, dos equipamentos e dos materiais e insumos disponibilizados, idade, tempo de atuação na área da saúde e tempo de atuação na APS.

Predição da experiência de Burnout

Foram incluídas nos modelos de regressão linear (Tabelas 3 e 4) apenas as variáveis que demonstraram correlações significativas com as variáveis dependentes (ver Tabela 2), que consistiram nas três principais dimensões de *Burnout* e sua Pontuação Total. A Ilusão pelo Trabalho teve como variáveis preditoras a Preocupação Empática, o Controle sobre o processo de trabalho e o grau de Recompensa obtido, sendo essa última a variável com maior peso no modelo preditivo ($\beta = 0.33$) (Tabela 4). O modelo explicou 38% da variância total da Ilusão pelo Trabalho ($R^2 = 0.38$, $p < .001$). Angústia Pessoal, Demanda, Apoio Social, Esforço, Recompensa e Idade dos participantes predisseram significativamente os níveis de Desgaste Psíquico (Tabela 4), sendo a variável Esforço ($\beta = 0.39$) a que mais contribuiu para a explicação de 53% da variância total obtida com o modelo ($R^2 = 0.53$, $p < .001$). A Indolência teve como preditores a Preocupação Empática, variável de maior peso no modelo ($\beta = -0.36$), a Angústia Pessoal e o Apoio Social ($R^2 = 0.32$, $p < .001$). Essas mesmas dimensões, acrescidas de Controle, Esforço, Recompensa, *Overcommitment* e disponibilidade de insumos e materiais de consumo para desempenho da função contribuíram significativamente para a explicação da variância da Pontuação Total de *Burnout*, que foi de 53% ($R^2 = 0.54$, $p < .001$). A variável de maior peso nesse modelo foi novamente a Preocupação Empática ($\beta = -0.31$).

A Tabela 5 apresenta o modelo final de regressão logística para Nível Crítico de *Burnout* (tanto Perfil 1 quanto Perfil 2). Níveis Críticos de *Burnout* caracterizados pelo Perfil 1 foram identificados em 14.4% ($n = 50$) da amostra, e pelo Perfil 2, em 44.5% ($n = 155$) dos participantes. As variáveis que predisseram significativamente a ocorrência de Nível Crítico foram Angústia Pessoal, Controle, Apoio Social, *Overcommitment*, disponibilidade de insumos e material de consumo, raça/cor e Razão Esforço-recompensa, sendo essas últimas duas variáveis as que demonstraram a maior contribuição para o modelo.

Tabela 2.

Correlações de Pearson entre dimensões de Burnout e possíveis variáveis predictoras.

VDs	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
IT	16.81	4.86	.293**	-.091	.126*	.214**	-.042	.413**	.344**	-.416**	-.314**	.483**	-.172**	-.391**	.129*	.177**	.215**	.053	.050	.064	-.030	-.087	.008
DP	13.81	3.95	.058	.293**	.118*	.080	.431**	-.256**	-.429**	.545**	.675**	-.506**	.645**	.553**	-.115*	-.145**	-.184**	-.228**	-.113*	-.106	-.091	.038	-.007
IN	14.50	4.59	-.249**	.261**	.000	-.202**	.022	-.141**	-.368**	.235**	.326**	-.315**	.204**	.340**	-.103	-.208**	-.195**	-.170**	-.106	-.108	-.068	.058	.029
Total	31.50	10.38	-.225**	.270**	-.014	-.159**	.193**	-.353**	-.487**	.506**	.548**	-.558**	.416**	.544**	-.150**	-.230**	-.257**	-.187**	-.113*	-.118*	-.051	.081	.006
VIs																							
1. PE [§]	33.26	5.34	1	.318**	.438**	.588**	.058	.049	-.002	-.005	-.004	-.019	.218**	.028	-.042	.023	.059	.116*	.090	.047	.034	-.004	-.034
2. AP [§]	11.28	3.64	.372**	1	.435**	.041	.051	-.145**	-.137*	.149**	.210**	-.133*	.245**	.158**	-.104	-.159**	-.065	-.126*	-.167**	-.103	-.032	-.092	-.025
3. F [§]	13.74	3.48	.438*	.435**	1	.157**	.030	.054	-.047	-.014	.107*	-.043	.194**	.079	.011	-.038	.055	-.083	-.052	-.089	-.061	-.048	.080
4. TP [§]	17.03	2.39	.588**	.041	.157**	1	.196**	.031	.087	.092	.042	-.014	.168**	.042	-.096	.040	.073	.061	.141*	.117*	.009	-.034	-.039
5. Demanda	14.71	1.90	.058	.051	.030	.196**	1	-.074	-.115*	.529**	.404**	-.115*	.386**	.217**	-.085	-.071	-.170**	-.123*	-.069	-.051	-.128*	.055	-.030
6. Controle	16.76	2.21	.049	-.145**	.054	.031	-.074	1	.309**	-.757**	-.204**	.325**	-.149**	-.212**	.188**	.197**	.186**	.000	.053	.020	-.052	-.147**	.028
7. AS	17.16	3.50	-.002	-.137*	-.047	.087	-.115*	.309**	1	-.401**	-.402**	.573**	-.310**	-.459**	.078	.121*	.110*	.038	.069	.073	.032	-.009	-.003
8. D/C	0.99	0.22	-.005	.149**	-.014	.092	.529**	-.757**	-.401**	1	.508**	-.451**	.393**	.429**	-.249**	-.288**	-.339**	-.112*	-.087	-.079	-.044	.157**	-.028
9. Esforço	17.35	4.85	-.004	.210**	.107*	.042	.404**	-.204**	-.402**	.508**	1	-.567**	.561**	.778**	-.131*	-.202**	-.206**	-.200**	-.095	-.092	-.141*	.058	.012
10. Recomp.	35.76	8.68	-.019	-.133*	-.043	-.014	-.115*	.325**	.573**	-.451**	-.567**	1	-.394**	-.831**	.211**	.252**	.244**	.009	.039	.058	.023	-.082	-.032
11. Overc.	15.86	2.96	.218**	.245**	.194**	.168**	.386**	-.149**	-.310**	.393**	.561**	-.394**	1	.494**	.028	-.037	-.039	-.152**	-.105	-.113*	-.087	.079	-.001
12. E/R	1.02	0.64	.028	.158**	.079	.042	.217**	-.212**	-.459**	.429**	.778**	-.831**	.494**	1	-.188**	-.264**	-.219**	-.089	-.078	-.085	-.065	.176**	.004
13. C. físicas	2.86	1.13	-.042	-.104	.011	-.096	-.085	.188**	.078	-.249**	-.131*	.211**	.028	-.188**	1	.587**	.418**	.043	-.002	.070	.119*	-.049	.013
14. Equip.	2.95	0.95	.023	-.159**	-.038	.040	-.071	.197**	.121*	-.288**	-.202**	.252**	-.037	-.264**	.587**	1	.585**	.058	.112*	.150**	.098	-.153**	-.025
15. Insumos	2.79	0.92	.059	-.065	.055	.073	-.170**	.186**	.110*	-.339**	-.206**	.244**	-.039	-.219**	.418**	.585**	1	.046	.005	.048	.066	-.170**	-.069
16. Idade	39.95	9.68	.116*	-.126*	-.083	.061	-.123*	.000	.038	-.112*	-.200**	.009	-.152**	-.089	.043	.058	.046	1	.626**	.587**	.514**	.044	-.079
17. T. saúde	11.92	8.27	.090	-.167**	-.052	.141*	-.069	.053	.069	-.087	-.095	.039	-.105	-.078	-.002	.112*	.005	.626**	1	.778**	.411**	.232**	-.151**
18. T. APS	8.86	6.60	.047	-.103	-.089	.117*	-.051	.020	.073	-.079	-.092	.058	-.113*	-.085	.070	.150**	.048	.587**	.778**	1	.571**	.143*	-.173**
19. T. US	4.83	4.78	.034	-.032	-.061	.009	-.128*	-.052	.032	-.044	-.141*	.023	-.087	-.065	.119*	.098	.066	.514**	.411**	.571**	1	.050	-.088
20. N. atend.	15.63	15.48	-.004	-.092	-.048	-.034	.055	-.147**	-.009	.157**	.058	-.082	.079	.176**	-.049	-.153**	-.170**	.044	.232**	.143*	.050	1	-.026
21. CH	2.82	0.60	-.034	-.025	.080	-.039	-.030	.028	-.003	-.028	.012	-.032	-.001	.004	.013	-.025	-.069	-.079	-.151**	-.173**	-.088	-.026	1

Nota: [§] = itens refatorializados da versão brasileira do IRI (Sampaio et al, 2011). VDs= Variáveis Dependentes, IT = Ilusão pelo Trabalho, DP = Desgaste Psíquico, IN = Indolência, C= Culpa, Total = pontuação total de *Burnout* obtido pelo CESQT, VIs= Variáveis Independentes, PE = Preocupação Empática, AP = Angústia Pessoal, F = Fantasia, TP = Tomada de Perspectiva, AS = Apoio Social, D/C = Razão Demanda/ Controle, Recomp.= Recompensa, Overc.= Overcommitment, E/R= Razão Esforço/Recompensa. C. físicas = adequabilidade das condições físicas e espaço no trabalho, Equip. = Disponibilidade de equipamentos para desempenhar função, Insumos= Disponibilidade de materiais de consumo e insumos adequados para desempenhar função. T. saúde= anos de atuação profissional na área da saúde, T. APS= anos de atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, T. US= tempo de atuação na unidade de saúde atual, N. atend. = número de atendimentos/procedimentos (técnicos)/visitas (ACS) por turno. CH= Carga horária semanal. * $p < .05$. ** $p < .01$

Tabela 3.

Modelos de Regressão Linear para Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico

Ilusão pelo Trabalho						Desgaste Psíquico					
Variável	B	95% IC	β	t	p	Variável	B	95% IC	β	t	p
Constante	-7.19	[-14.17, -0.21]		-2.02	.044	Constante	9.01	[4.2, 13.81]		3.7	.000
Empatia						Empatia					
PE§	0.23	[0.12, 0.34]	0.26	4.27	.000	AP§	0.18	[0.09, 0.28]	0.18	3.87	.000
F	0.02	[-0.11, 0.15]	0.01	0.31	.753	F§	-0.01	[-0.10, 0.09]	-0.00	-0.12	.904
TP§	0.11	[-0.11, 0.33]	0.05	0.96	.338	JSS					
JSS						Demanda	0.39	[0.21, 0.58]	0.18	4.22	.000
Controle	0.54	[0.34, 0.74]	0.25	5.26	.000	Controle	-0.11	[-0.26, 0.04]	-0.06	-1.48	.139
AS	0.04	[-0.11, 0.18]	0.03	0.51	.608	AS	-0.14	[-0.25, -0.03]	-0.13	-2.6	.010
ERI						ERI					
Esforço	-0.04	[-0.16, 0.08]	-0.04	-0.61	.540	Esforço	0.32	[0.23, 0.40]	0.39	7.19	.000
Recomp.	0.19	[0.12, 0.25]	0.33	5.47	.000	Recomp.	-0.07	[-0.12, -0.02]	-0.15	-2.68	.008
Overc.	-0.07	[-0.25, 0.1]	-0.04	-0.8	.427	C. físicas	-0.06	[-0.4, 0.27]	-0.03	-0.37	.711
C. físicas	0.04	[-0.42, 0.5]	0.01	0.17	.871	Equip.	0.3	[-0.15, 0.74]	0.07	1.3	.194
Equip.	-0.13	[-0.73, 0.47]	-0.03	-0.43	.665	Insumos	-0.12	[-0.52, 0.29]	-0.03	-0.58	.564
Insumos	0.34	[-0.22, 0.9]	0.06	1.19	.235	Idade	-0.05	[-0.09, -0.01]	-0.12	-2.25	.025
Formação	-0.68	[-1.54, 0.18]	-0.07	-1.56	.120	T. saúde	0.02	[-0.03, 0.07]	0.05	0.99	.322
Coordenação	-0.10	[-1.2, 1.0]	-0.01	-0.183	.855	Eq. Comp.	-0.18	[-0.87, 0.52]	-0.02	-0.5	.620
						Raça/cor	-0.02	[-0.51, 0.46]	-0.00	-0.11	.912

Nota: Ilusão pelo Trabalho: $R^2 = 0.38$ ($n = 348$, $p < .001$), Desgaste Psíquico: $R^2 = 0.53$ ($n = 348$, $p < .001$). § = itens refatorializados da versão brasileira do IRI (Sampaio et al, 2011). PE = Preocupação Empática, AP = Angústia Pessoal, F = Fantasia, TP = Tomada de Perspectiva, AS= Apoio Social, D/C = Razão Demanda/ Controle, Recomp. = Recompensa, Overc. = Overcommitment, E/R= Razão Esforço/Recompensa. C. físicas = Adequabilidade das condições físicas e espaço no trabalho, Equip.= disponibilidade de equipamentos para desempenhar função, Insumos= disponibilidade de materiais de consumo e insumos adequados para desempenhar função, T. saúde= anos de atuação profissional na área da saúde, Formação= possuir ou não especialização, residência ou curso técnico específico para APS, Coordenação = exercer ou não função de coordenação de equipe na unidade, Eq. Comp.= atuar em equipe completa, Raça/cor= referir ser ou não da cor branca.

Tabela 4.

Modelos de Regressão Linear para Indolência e Pontuação Total de Burnout

Indolência						Pontuação Total de Burnout					
Variável	B	95% IC	β	t	p	Variável	B	95% IC	β	t	p
Constante	24.51	[18.63, 30.66]		8.06	.000	Constante	55.232	[40.62, 69.85]		7.44	.000
Empatia						Empatia					
PE§	-0.31	[-0.42, -0.21]	-0.36	-5.95	.000	PE§	-0.6	[-0.80, -0.39]	-0.31	-5.8	.000
AP§	0.35	[0.23, 0.48]	0.28	5.59	.000	AP§	0.64	[0.4, 0.89]	0.23	5.23	.000
TP§	0.07	[-0.16, 0.29]	0.03	0.59	.554	TP§	0.05	[-0.40, 0.5]	-0.01	0.22	.828
JSS						JSS					
AS	-0.31	[-0.44, -0.17]	-0.23	-4.38	.000	Demanda	-0.2	[-0.70, 0.3]	-0.04	-0.81	.417
D/C	-0.99	[-3.31, 1.34]	-0.05	-0.84	.404	Controle	-0.51	[-0.9, -0.12]	-0.11	-2.56	.011
ERI						AS	-0.49	[-0.78, -0.2]	-0.17	-3.29	.001
Overc.	0.11	[-0.06, 0.28]	0.07	1.22	.221	ERI					
E/R	1.02	[0.2, 1.83]	0.14	2.44	.015	Esforço	0.40	[0.16, 0.64]	0.19	3.33	.001
C. físicas	0.09	[-0.37, 0.5]	0.02	0.38	.701	Recomp.	-0.22	[-0.35, -0.09]	-0.19	-3.23	.001
Equip.	-0.25	[-0.85, 0.35]	-0.05	-0.83	.408	Overc.	0.6	[0.25, 0.952]	0.17	3.41	.001
Insumos	-0.44	[-1.0, 0.11]	-0.09	-1.56	.119	C. físicas	-0.17	[-1.07, 0.74]	-0.02	-0.36	.715
Idade	-0.04	[-0.08, 0.01]	-0.08	-1.63	.104	Equip.	0.56	[-0.62, 1.73]	0.05	0.93	.351
Formação	0.26	[-0.59, 1.11]	0.03	0.60	.546	Insumos	-1.32	[-2.39, -0.25]	-0.12	-2.43	.016
Coordenação	0.79	[-0.28, 1.86]	0.07	1.46	.146	Idade	-0.08	[-0.19, 0.04]	-0.07	-1.3	.193
						T. saúde	0.11	[-0.05, 0.28]	0.09	1.35	.179
						T. APS	-0.06	[-0.26, 0.13]	-0.04	-0.66	.511
						Formação	1.09	[-0.64, 2.82]	0.05	1.24	.216
						Coordenação	1.54	[-0.6, 3.69]	0.06	1.41	.157

Nota: Indolência: $R^2 = 0.32$ (n = 348, $p < .001$), Burnout Total: $R^2 = 0.54$ (n = 348, $p < .001$). § = itens refatorializados da versão brasileira do IRI (Sampaio et al, 2011). PE = Preocupação Empática, AP = Angústia Pessoal, TP = Tomada de Perspectiva, AS= Apoio Social, D/C = Razão Demanda/ Controle, Recomp.= Recompensa, Overc.= Overcommitment, E/R= Razão Esforço/Recompensa. C. físicas = Adequabilidade das condições físicas e espaço no trabalho, Equip.= disponibilidade de equipamentos para desempenhar função, Insumos= disponibilidade de materiais de consumo e insumos adequados para desempenhar função, T. saúde= anos de atuação profissional na área da saúde, Formação= possuir ou não especialização, residência ou curso técnico específico para APS, Coordenação= exercer ou não função de coordenação de equipe na unidade.

Tabela 5.

Modelo de Regressão Logística para Nível Crítico de Burnout

Variável	B	SE	Wald	p	OR	95% IC
Constante	2.25	2.15	1.09	.296	9.50	
AP§	0.12	0.04	8.48	.004	1.12	[1.04, 1.21]
Demanda	-0.08	0.08	1.12	.290	0.92	[0.79, 1.07]
Controle	-0.14	0.07	3.85	.050	0.87	[0.76, 1.0]
AS	-0.12	0.05	5.59	.018	0.89	[0.81, 0.98]
Overc.	0.13	0.06	4.44	.035	1.13	[1.01, 1.28]
E/R	1.84	0.5	13.6	.000	6.27	[2.36, 16.67]
Equip.	0.22	0.18	1.39	.238	1.24	[0.87, 1.78]
Insumos	-0.42	0.19	4.89	.027	0.66	[0.45, 0.95]
Idade	-0.02	0.01	2.75	.097	0.98	[0.95, 1.00]
Formação						
Não	-0.54	0.29	3.37	.067	0.58	[0.33, 1.04]
Sim -						
Raça/cor						
Não branca	0.76	0.34	5.06	.024	2.15	[1.1, 4.18]
Branca -						

Nota: Hosmer–Lemeshow goodness of fit $p = .890$, $-2 LL = 335.13$, Nagelkerke $R^2 = 0.44$.

§ = itens refatorializados da versão brasileira do IRI (Sampaio et al, 2011). AP = Angústia Pessoal, AS= Apoio Social, Overc.= Overcommitment, E/R = Razão Esforço/Recompensa, Equip.= disponibilidade de equipamentos para desempenhar função, Insumos= disponibilidade de materiais de consumo e insumos adequados para desempenhar função, Formação = possuir especialização, residência ou curso técnico específico para APS, Raça/cor= declarar-se de raça não-branca ou branca.

Aumentando em uma unidade a Razão Esforço-recompensa, as chaces de ocorrência de Nível Crítico de *Burnout* aumentam em 6.27 vezes. O modelo obtido também aponta que profissionais brancos possuem 2.15 vezes mais chances de apresentar Nível Crítico de *Burnout*. Os preditores juntos explicaram 43% da variância na presença de Nível Crítico da síndrome (Nagelkerke $R^2 = 0.43$).

Mediação do efeito da empatia sobre o Burnout através do estresse ocupacional

Análises de mediação demonstraram que houve efeito indireto significativo entre Empatia (X) e *Burnout* (Y) através de variáveis ligadas ao Estresse Ocupacional (M), utilizando o método de Correção de Viés para estimar os intervalos de confiança, baseados em 1000 amostras *bootstrap*. Mais especificamente, houve efeito indireto significativo da Angústia Pessoal (X) sobre o Desgaste Psíquico (Y) através das seguintes variáveis mediadoras (M):

- Apoio Social ($a = -0.131$; $b = -0.447$; $c' = 0.259$, $p < .001$; $ab = 0.059$, $IC\ 95\% = 0.016, 0.107$, Sobel Test $Z = 2.4$, $p = .016$, $R^2_{med} = 0.03$, $P_M = 0.185$).

- Recompensa ($a = -0.318$; $b = -0.216$; $c' = 0.249$, $p < .001$; $ab = 0.069$, $IC\ 95\% = 0.007, 0.101$, Sobel Test $Z = 2.54$, $p = .011$, $R^2_{med} = 0.034$, $P_M = 0.217$).
- Esforço ($a = 0.28$; $b = 0.523$; $c' = 0.171$, $p < .001$; $ab = 0.146$, $IC\ 95\% = 0.075, 0.219$, Sobel Test $Z = 3.83$, $p < .001$, $R^2_{med} = 0.061$, $P_M = 0.461$).
- Razão Esforço-recompensa ($a = 0.028$; $b = 3.222$; $c' = 0.228$, $p < .001$; $ab = 0.089$, $IC\ 95\% = 0.034, 0.15$, Sobel Test $Z = 2.75$, $p = .060$, $R^2_{med} = 0.042$, $P_M = 0.282$).

Houve efeito indireto também entre Angústia Pessoal (X) e Indolência (Y), através das seguintes variáveis mediadoras (M):

- Apoio Social ($a = -0.131$; $b = -0.444$; $c' = 0.271$, $p < .001$; $ab = 0.058$, $IC\ 95\% = 0.015, 0.111$, Sobel Test $Z = 2.26$, $p = .024$, $R^2_{med} = 0.023$, $P_M = 0.177$).
- Esforço ($a = 0.28$; $b = 0.269$; $c' = 0.254$, $p < .001$; $ab = 0.075$, $IC\ 95\% = 0.036, 0.127$, Sobel Test $Z = 3.05$, $p = .002$, $R^2_{med} = 0.029$, $P_M = 0.228$).
- Recompensa ($a = -0.318$; $b = -0.15$; $c' = 0.281$, $p < .001$; $ab = 0.048$, $IC\ 95\% = 0.015, 0.094$, Sobel Test $Z = 2.29$, $p = .022$, $R^2_{med} = 0.019$, $P_M = 0.145$).
- Razão Esforço-recompensa ($a = 0.028$; $b = 2.203$; $c' = 0.268$, $p < .001$; $ab = 0.061$, $IC\ 95\% = 0.022, 0.116$, Sobel Test $Z = 2.55$, $p = .011$, $R^2_{med} = 0.024$, $P_M = 0.186$).

O efeito indireto entre Angústia Pessoal (X) e Pontuação Total de *Burnout* (Y) se deu através das seguintes variáveis mediadoras (M):

- Apoio Social ($a = -0.131$; $b = -1.361$; $c' = 0.589$, $p < .001$; $ab = 0.179$, $IC\ 95\% = 0.03, 0.315$, Sobel Test $Z = 2.42$, $p = .016$, $R^2_{med} = 0.031$, $P_M = 0.232$).
- Esforço ($a = 0.28$; $b = 1.102$; $c' = 0.46$, $p = .014$; $ab = 0.308$, $IC\ 95\% = 0.157, 0.473$, Sobel Test $Z = 3.71$, $p < .001$, $R^2_{med} = 0.048$, $P_M = 0.401$).
- Recompensa ($a = -0.318$; $b = -0.635$; $c' = 0.566$, $p < .001$; $ab = 0.209$, $IC\ 95\% = 0.068, 0.364$, Sobel Test $Z = 2.02$, $p = .011$, $R^2_{med} = 0.034$, $P_M = 0.263$).
- Razão Esforço-recompensa ($a = 0.028$; $b = 8.372$; $c' = 0.536$, $p < .001$; $ab = 0.232$, $IC\ 95\% = 0.085, 0.367$, Sobel Test $Z = 2.92$, $p = .003$, $R^2_{med} = 0.038$, $P_M = 0.302$).
- *Overcommitment* ($a = 0.199$; $b = 1.309$; $c' = 0.508$, $p < .001$; $ab = 0.260$, $IC\ 95\% = 0.15, 0.386$, Sobel Test $Z = 4.053$, $p < .001$, $R^2_{med} = 0.043$, $P_M = 0.339$).

Por fim, Preocupação Empática (X) teve efeito indireto sobre a Pontuação Total de *Burnout* (Y) através da variável mediadora *Overcommitment* (M), $a = 0.121$; $b = 1.717$; $c' = -0.645$, $p < .001$; $ab = 0.208$, $IC\ 95\% = 0.112, 0.327$, Sobel Test $Z = 3.84$, $p < .001$, $R^2_{med} = 0.054$, $P_M = -0.473$.

Moderação do efeito da empatia sobre o Burnout pelo estresse ocupacional

A interação entre Tomada de Perspectiva (X) e Recompensa (M) explicou uma quantia significativa da variância em Ilusão pelo Trabalho (Y), $\Delta R^2 = 0.008$, $b_3 = -0.021$, $p = .022$, tendo sido o efeito condicional da Tomada de Perspectiva sobre a Ilusão pelo Trabalho maior quando os níveis de Recompensa são menores, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}-1DP} = 0.614$, $p < .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}} = 0.430$, $p < .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}+1DP} = 0.245$, $p < .062$. A interação entre Angústia Pessoal (X) e Apoio Social (M) contribuiu significativamente para a explicação da variância em Desgaste Psíquico (Y), $\Delta R^2 = 0.006$, $b_3 = 0.025$, $p = .052$, tendo sido o efeito condicional da Angústia Pessoal sobre o Desgaste Psíquico maior quando os níveis de Apoio Social foram maiores, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}-1DP} = 0.172$, $p = .005$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}} = 0.258$, $p < .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}+1DP} = 0.345$, $p < .001$.

A interação entre Angústia Pessoal (X) e Apoio Social (M) contribuiu também significativamente para a explicação da variância em Indolência (Y), $\Delta R^2 = 0.022$, $b_3 = 0.053$, $p = .008$, tendo sido o efeito condicional da Angústia Pessoal sobre a Indolência maior quando os níveis de Apoio Social foram maiores, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}-1DP} = 0.085$, $p = .391$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}} = 0.271$, $p < .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}+1DP} = 0.456$, $p < .001$. A Angústia Pessoal (X) interagiu de forma significativa ainda com o Controle (M) na explicação da variância em Pontuação Total de *Burnout* (Y), $\Delta R^2 = 0.011$, $b_3 = 0.134$, $p = .039$, tendo efeito condicional maior sobre a Pontuação Total quando os níveis de Controle foram maiores, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}-1DP} = 0.319$, $p = .192$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}} = 0.614$, $p = .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}+1DP} = 0.910$, $p < .001$.

Outra interação significativa envolvendo essas variáveis X e Y se deu com o Apoio Social (M), $\Delta R^2 = 0.016$, $b_3 = 0.103$, $p = .006$, com efeito condicional da Angústia Pessoal sobre a Pontuação Total de *Burnout* maior quando os níveis de Apoio Social foram mais elevados, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}-1DP} = 0.228$, $p < .239$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}} = 0.589$, $p < .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}+1DP} = 0.949$, $p < .001$. Por fim, a interação entre Preocupação Empática (X) e Controle (M) explicou uma quantia significativa da variância na Pontuação Total de *Burnout* (Y), $\Delta R^2 = 0.014$, $b_3 = 0.103$, $p = .024$, com maior efeito condicional da Preocupação Empática sobre a Pontuação Total quando os níveis de Controle foram menores, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}-1DP} = -0.594$, $p < .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}} = -0.366$, $p = .001$, $\theta_{(X \rightarrow Y)|M=\bar{x}+1DP} = -0.139$, $p = .400$.

Relação entre características sociodemográficas, formação, funções desempenhadas, situação da equipe e Burnout

Os grupos para Testes t e ANOVAs atenderam ao critério de homogeneidade das variâncias, com exceção dos grupos por coordenar ou não equipe para a variável Ilusão Pelo Trabalho, dos grupos por exercer ou não supervisão para a Ilusão pelo Trabalho e dos grupos por categoria profissional para as variáveis Desgaste Psíquico e Indolência. No que tange raça/cor, houve diferença significativa em relação ao Desgaste Psíquico, $F(2, 344) = 3.74, p < .05, \eta_p^2 = .021$. Comparações entre pares e o teste *post hoc* de Bonferroni apontaram que profissionais autodeclarados pretos identificaram menores níveis de Desgaste Psíquico ($M = 12.07, DP = 4.46$) em comparação aos profissionais brancos ($M = 13.83, DP = 3.94$). Profissionais autodeclarados pretos também apresentaram Nível Crítico de *Burnout* com menor frequência do que profissionais brancos, $\chi^2(4, n = 347) = 6.21, p < .05, V = 0.13$. Profissionais pardos não diferiram significativamente dos demais em relação ao *Burnout*.

Profissionais com formação específica apresentaram significativamente maiores níveis de Ilusão pelo Trabalho ($M = 17.50, DP = 4.80$), $t(346) = 3.12, p < .01, d = 0.34$, menores escores de Indolência ($M = 14.07, DP = 4.42$), $t(346) = -2.06, p < .05, d = -0.22$, e menores Pontuações Totais de *Burnout* ($M = 30.38, DP = 10.03$), $t(346) = -2.37, p < .05, d = -0.26$, em comparação aos que não possuíam formação (Ilusão pelo Trabalho: $M = 15.88, DP = 4.80$; Indolência: $M = 15.09, DP = 4.77$; Pontuação Total; $M = 33.03, DP = 10.68$). Também apresentaram com menor frequência Nível Crítico de *Burnout*, $\chi^2(1, n = 348) = 3.78, p = .05, V = 0.10$, considerado o ponto de corte para profissionais de saúde (Gil-Monte, 2011).

Coordenadores de equipe apresentaram maiores escores de Ilusão pelo trabalho ($M = 17.94, DP = 4.14$), $t(122) = 2.42, p < .05, d = 0.32$, menores níveis de Indolência ($M = 13.48, DP = 4.05$), $t(346) = -2.08, p < .05, d = -0.28$, e menores Pontuações Totais de *Burnout* ($M = 29.26, DP = 9.10$), $t(346) = -2.01, p < .05, d = -0.27$, comparados aos escores de participantes não coordenadores (Ilusão do Trabalho: $M = 16.53, DP = 5.00$; Indolência: $M = 14.76, DP = 4.68$; Pontuação Total: $M = 32.06, DP = 10.62$). Profissionais que realizavam supervisão de residentes ou estagiários referiram maior Ilusão pelo Trabalho ($M = 17.73, DP = 4.16$), $t(286) = 2.73, p < .01, d = 0.31$, em comparação àqueles que não tinham essa incumbência ($M = 16.34, DP = 5.14$).

Os participantes que referiram atuar em equipe completa demonstraram menor Desgaste Psíquico ($M = 13.07, DP = 4.36$), $t(346) = -2.11, p < .05, d = -0.26$, comparados àqueles que atuavam em equipe incompleta (Desgaste Psíquico: $M = 14.08, DP = 3.77$). Não

houve diferenças significativas entre os participantes nos níveis de *Burnout* associados ao sexo, à categoria profissional, ao tipo de unidade em que os profissionais atuavam, vinculação a outros serviços e forma de contratação.

Discussão

O *Burnout* é uma síndrome desencadeada pela exposição crônica a estressores interpessoais no trabalho e pode trazer consequências graves para a saúde dos profissionais e para o cuidado dos pacientes (Elbarazi, Loney, Yousef & Elias, 2017; Suñer-Soler et al, 2014). Nesse estudo, Níveis Críticos de *Burnout* foram identificados em 58,9% dos profissionais de APS participantes, sendo caracterizados pelo Perfil 1, sem presença de altos níveis de Culpa, 14.4%, e pelo Perfil 2, com presença de altos níveis de Culpa, 44.5%. Essas porcentagens são consideravelmente mais elevadas do que aquelas encontradas por Silveira, Câmara e Amazarray (2014), com 11% de Perfil 1 e 18% de Perfil 2, apesar das pesquisas terem sido realizadas em um mesmo município e usando o mesmo instrumento. Todavia, a forma de levantamento da escala foi ligeiramente diferente entre os dois estudos. Silveira, Câmara e Amazarray (2014) consideraram como pontos de cortes para *Burnout* médias da pontuação dos itens de Ilusão pelo Trabalho menores do que 2 e médias dos itens de Desgaste Psíquico, Indolência e Culpa iguais ou maiores do que 2. No presente estudo, considerou-se ponto de corte para a Pontuação Total ($20 - It + Dp + In$) e não para as dimensões em separado, com exceção de Culpa. Além disso, foram usados os valores de referência apresentados por Gil-Monte (2011), a partir de amostra de 3320 profissionais de saúde de diferentes países (Pontuação Total / 15 \geq 1.93, média dos itens de Culpa \geq 1.8).

A amostragem também foi diferenciada, tendo se restringido a dois distritos sanitários no estudo de Silveira, Câmara e Amazarray (2014), enquanto no presente estudo participaram profissionais dos diferentes distritos sanitários do município. Em ambos os casos, a amostragem foi não-probabilística, limitando a generalizabilidade dos resultados (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2009). Ainda assim, é preocupante que mais da metade dos profissionais acessados tenham exibido um grau elevado de comprometimento pelo *Burnout*, e que desses a maioria apresente níveis elevados de Culpa pelo seu desempenho no trabalho, o que caracteriza indício da forma mais grave da síndrome (Gil-Monte, 2011).

Associação da empatia e do estresse ocupacional com o Burnout

O objetivo principal desse estudo foi investigar a associação da empatia e do estresse ocupacional com o *Burnout* de profissionais da atenção primária em saúde. As correlações negativas de moderadas a fortes encontradas entre a Pontuação Total de *Burnout* e os fatores protetivos ao estresse ocupacional, como Controle, Apoio Social (Theorell & Karasek, 1996) e Recompensa (Siegrist, 1996), são condizentes com a literatura sobre profissionais da APS (Falgueras et al, 2015; Lorenz & Guirardello, 2014; Torppa, Kuikka, Nevalainen, & Pitkälä, 2015). Da mesma forma, as associações positivas encontradas entre o *Burnout* e fatores que predis põem ao estresse ocupacional, como Demanda (Theorell & Karasek, 1996) e Esforço (Siegrist, 1996), estão na mesma direção de estudos anteriores com médicos da APS (Kushnir & Cohen, 2008; Rabattin et al, 2016; Torppa, Kuikka, Nevalainen & Pitkälä, 2015).

Theorell e Karasek (1996) apontam que a situação laboral em que profissionais são expostos a maiores demandas de trabalho, combinadas com um menor grau de controle sobre a sua execução, seriam aquelas que acarretariam maior desgaste ao trabalhador, o que justifica a associação positiva entre Razão Demanda-controle e Pontuação Total de *Burnout*. Essa associação inclusive foi maior do que a dessas duas dimensões em separado. A relação positiva entre Razão Esforço-recompensa e *Burnout* está de acordo com o teorizado por Siegrist (1996), de que altos níveis de Esforço acompanhados de baixos níveis de Recompensa comporiam um cenário de alto desgaste para os profissionais. Por fim, de acordo com o postulado por Siegrist (1996) de que o estado de estresse do profissional poderia ser ampliado por fatores intrínsecos individuais, que levariam o trabalhador a comprometer-se exageradamente com as tarefas, o *Overccommitment* esteve moderadamente relacionado com a Pontuação Total de *Burnout*.

As correlações entre as dimensões de Empatia e a Pontuação Total de *Burnout*, ainda que fracas, corroboram a vertente da literatura que considera formas distintas de Empatia apresentando diferentes relações com o *Burnout* (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Zenasni, Boujout, Woerner, & Sultan, 2012). Preocupação Empática, em conformidade com estudos envolvendo estudantes de medicina (Paro et al, 2014; Thomas et al, 2006; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman e Aldana, 2017), médicos formados (Gleichgerrcht & Decety, 2013) e enfermeiros (Duarte & Pinto-Gouvea, 2017), apresentou relação inversamente proporcional com a Pontuação Total de *Burnout*. Associação de mesma natureza foi estabelecida com a Tomada de Perspectiva, de forma semelhante a estudos anteriores (Duarte & Pinto-Gouvea, 2017; Paro et al, 2014, Thomas et al, 2006). A Angústia

Pessoal, por sua vez, apresentou relação inversa com a Pontuação Total da síndrome, o que já havia sido demonstrado em investigações com enfermeiros, médicos e estudantes de medicina (Duarte & Pinto-Gouvea, 2017; Gleichgerrcht & Decety, 2013; Paro et al, 2014; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman, & Aldana, 2017).

Segundo Gleichgerrcht e Decety (2013), é possível que a regulação inibitória da ativação emocional do profissional com sofrimento do paciente possibilite amenizar certos aspectos da empatia, como a Angústia Pessoal, e ampliar outros, como a Preocupação Empática e, eventualmente, a Tomada de Perspectiva. Profissionais com dificuldade nessa regulação estariam mais vulneráveis aos efeitos do estresse crônico, como o *Burnout*, enquanto aqueles que conseguiriam manter a afetação emocional em um nível ideal liberariam recursos cognitivos para lidar com as situações clínicas.

Além disso, Gleichgerrcht e Decety (2013) colocam que clínicos capazes de regular sua ativação emocional para um nível saudável, porém sem inibi-la totalmente, se manteriam em sintonia com seus pacientes, compreendendo sua situação e motivados a exibir comportamentos de ajuda. Esses comportamentos estariam relacionados, por exemplo, a liberação de oxitocina, neurotransmissor que atenua a ansiedade e a ativação do eixo HPA, assim como a pressão sanguínea e o cortisol, que são elevados em situações de estresse (Carter, Harris, & Porges, 2009).

No estudo realizado por Gleichgerrcht e Decety (2013) com profissionais médicos, houve relação positiva tanto da Tomada de Perspectiva quanto da Preocupação Empática com a Satisfação por Compaixão, o prazer derivado de poder fazer bem o próprio trabalho (Stamm, 2010). Dessa forma, a regulação da empatia, que culminaria em maiores níveis de Tomada de Perspectiva e Preocupação Empática e menor grau de Angústia Pessoal, além de ser protetiva em relação ao *Burnout*, ampliaria a satisfação dos profissionais de saúde com o trabalho.

Principais preditores para as diferentes dimensões de Burnout, sua Pontuação Total e Nível Crítico

O primeiro objetivo específico da presente pesquisa foi averiguar quais as dimensões relacionadas ao estresse ocupacional e à empatia têm maior associação com as principais dimensões de *Burnout*, sua Pontuação Total e presença de Nível Crítico da síndrome. Ainda que variáveis ligadas ao estresse ocupacional tenham apresentado as maiores correlações com o *Burnout*, houve alternância entre essas e a empatia como principais preditores a depender da

dimensão da síndrome tomada como variável dependente. Em relação à Ilusão pelo Trabalho, há uma predominância de explicação oriunda de fatores ocupacionais protetivos, a saber, o controle sobre o processo de trabalho e, principalmente, as recompensas obtidas. A associação positiva entre essas variáveis está em conformidade com os achados em relação à Realização Pessoal, dimensão do *Maslach Burnout Inventory* – MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) semelhante à Ilusão pelo Trabalho (Day, Crown & Ivany, 2017; Gasparino, Guirardello, & Aiken, 2011; Lorenz & Guirardello, 2014; Vandebroek, Van Gerven, Witte, Vanhaecht, & Godderis, 2017). A Preocupação Empática figura como única dimensão relacionada à empatia que contribui significativamente para explicar a variância de Ilusão pelo Trabalho. A associação positiva assemelha-se a resultados anteriores com estudantes de medicina usando o MBI (Paro et al, 2014; Thomas et al, 2007; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman e Aldana, 2017).

A variância do Desgaste Psíquico foi principalmente explicada pelo Esforço, seguida de Demanda, ambas dimensões se referindo à carga de trabalho em modelos diferentes de estresse ocupacional (Siegrist, 1996; Theorell & Karasek, 1996). Esse resultado é condizente com relações positivas presentes na literatura entre variáveis que se referem à carga de trabalho e a Exaustão Emocional (Maslach, Jackson & Leiter, 1996), dimensão do MBI semelhante ao Desgaste Psíquico (Bakker, Kilmer, Siegrist, & Schufeli, 2000; Bougea et al, 2016; Jourdain & Chenevert, 2010; Luan, Wang, Hou, Chen, & Lou, 2017; Sundin, Hochwalder, & Lisspers, 2009; Torppa, Kuikka, Nevalainen, & Pitkälä, 2015; Vandebroek, Van Gerven, Witte, Vanhaecht, & Godderis, 2017; Verweij et al, 2017). A empatia figura em terceiro lugar na relevância dos preditores, com associação positiva entre Angústia Pessoal e Desgaste Psíquico. Essa relação é condizente com estudos anteriores envolvendo a Exaustão Emocional (Paro et al, 2014; von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman & Aldana, 2017).

Todavia, em relação ao modelo para Indolência, a empatia passa a ter maior relevância. A dimensão com maior valor explicativo para o modelo é a Preocupação Empática, seguida da Angústia Pessoal. A associação negativa da primeira e positiva da segunda com a Despersonalização (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) foi documentada, respectivamente, nos estudos de Paro et al (2014) e von Harscher, Desmarais, Dollinger, Grossman e Aldana (2017). Em terceiro lugar está a contribuição do Apoio Social para o modelo, em conformidade com evidências anteriores sobre a relação negativa da Despersonalização com o apoio de supervisores (Bougea et al, 2015; Day, Crown, & Ivany,

2017; Jourdain & Chenevert, 2010) e de colegas (Sundin, Hochwalder, & Lisspers, 2009) em profissionais de saúde.

Dessa forma, os resultados obtidos sugerem uma maior associação do estresse ocupacional com as dimensões de *Burnout* que são consideradas por Gil-Monte (2011) as precursoras da síndrome, caracterizadas pelos primeiros sintomas predominantemente cognitivos, no caso da Ilusão pelo Trabalho, e afetivos, no que tange ao Desgaste Psíquico. A Indolência consistiria em uma estratégia de enfrentamento diante dos estados de desilusão e exaustão emocional crônicos, através de mudança atitudinal e de estabelecimento de conduta negativa frente às pessoas atendidas (Gil-Monte, 2011). Dessa forma, os resultados encontrados sugeririam que a maior influência da empatia ocorreria em um estágio mais tardio do *Burnout*, quando a Indolência começa a se estabelecer. Nesse ponto, seria possível que a Angústia Pessoal favorecesse uma atitude negativa em relação aos usuários, enquanto a Preocupação Empática poderia prevenir sua ocorrência. Contudo, tratando-se de um estudo transversal, inferências de causalidade entre as variáveis precisam ser tomadas com cuidado.

No que diz respeito à Pontuação Total de *Burnout*, mais uma vez destaca-se a empatia, com a Preocupação Empática como maior preditora, seguida da Angústia Pessoal. Esforço e *Overcommitment* são as variáveis ligadas ao estresse ocupacional que mais contribuem para o modelo. No entanto, a maior contribuição para a ocorrência de Nível Crítico de *Burnout*, com larga diferença em relação às demais variáveis, é da Razão Esforço-recompensa, seguida de raça/cor, *Overcommitment*, Angústia Pessoal e Apoio Social. O fato de profissionais brancos terem demonstrado maior chance de apresentar Nível Crítico de *Burnout* contrasta com o resultado do estudo de Silva e Menezes (2008), em que ACS negras referiram significativamente maiores níveis da síndrome.

Analisando as diferenças entre os modelos para Pontuação Total e Nível Crítico de *Burnout*, é importante considerar que pouco mais da metade da amostra (59%) ficou acima do ponto de corte estabelecido por Gil-Monte (2011) para Nível Crítico de *Burnout*. De acordo com seu modelo teórico para o desenvolvimento da síndrome, é possível que as dimensões mais relevantes para o estabelecimento dos seus níveis iniciais a intermediários nessa amostra sejam Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico, e que nessas dimensões de *Burnout* resida a maior parte da explicação da variância na ocorrência de Nível Crítico. Por outro lado, entre as pessoas cuja Pontuação Total situa-se após o ponto de corte sugerido por Gil-Monte, anterior ainda ao percentil 50 dessa amostra, é possível que ocorra uma maior contribuição da Indolência para a explicação da variância nos níveis de *Burnout* entre os participantes, já que

seu desenvolvimento seria tardio e em consequência de níveis crônicos elevados dos sintomas anteriores. Corroborando essa hipótese, as variáveis de maior predição nos modelos para Desgaste Psíquico e Ilusão pelo Trabalho foram, respectivamente, Esforço e Recompensa. Essa é uma possível justificativa para a alta razão de chance apresentada pela Razão Esforço-recompensa na explicação da variância em Nível Crítico de *Burnout*, aparentemente contraditória com a maior importância da Preocupação Empática e da Angústia Pessoal no modelo para Pontuação Total de *Burnout*.

A respeito da concorrência entre as diferentes concepções de estresse ocupacional em sua relação com o *Burnout*, de forma geral, o Modelo de Desequilíbrio Esforço-recompensa de Siegrist (1996), que postula alto Esforço e baixas Recompensas como os fatores principais do estresse ocupacional, contribuiu mais para a explicação do *Burnout* do que o Modelo Demanda-controle (Theorell & Karasek, 1996), que coloca como principais fatores a alta Demanda e o baixo Controle sobre o processo de trabalho. É prudente considerar, todavia, que os itens da escala Likert do instrumento de Siegrist aferem mais diretamente a reação de estresse dos profissionais frente aos determinantes ocupacionais, e não apenas a presença dos estressores ou recursos, o que talvez contribua para a sua maior associação com o *Burnout*.

No que tange à concorrência entre as diferentes dimensões de empatia na explicação dos níveis da síndrome, é relevante considerar o entendimento de Thirioux et al (2014) sobre a empatia. Para esses autores, o construto corresponderia à capacidade de sentir e compreender o estado emocional, mental, motor, somatosensorial e intencional de outras pessoas, adotando sua perspectiva visuo-espacial e psicológica e mantendo conscientemente a distinção entre si e o outro. Por favorecer uma simulação apenas parcial dos sentimentos do outro, a habilidade empática preveniria a Exaustão Emocional. Além disso, uma vez que elevaria a consideração da alteridade alheia, prevenindo qualquer objetificação, a empatia evitaria também a Despersonalização (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). Essa habilidade, na visão dos pesquisadores, seria representada no modelo de Davis (1983) pela Tomada de Perspectiva.

No presente estudo, todavia, não houve associação significativa da Tomada de Perspectiva com o Desgaste Psíquico (que corresponderia à dimensão Exaustão Emocional), ainda que de fato a Tomada de Perspectiva tenha apresentado correlação negativa fraca com a Indolência (análoga à Despersonalização). Contudo, a contribuição significativa para a explicação da variância, tanto dessa dimensão quanto da Ilusão pelo Trabalho e da Pontuação Total de *Burnout*, foi da Preocupação Empática. Essa subescala de empatia demonstrou forte

correlação com a Tomada de Perspectiva ($r = .588$), a maior relação entre as dimensões de empatia, o que pode indicar proximidade entre os construtos. Dessa forma, apesar da Preocupação Empática ser entendida por Davis (1983) como uma faceta essencialmente emocional da empatia, é possível que a consideração dirigida a outras pessoas esteja relacionada ao entendimento do seu ponto de vista e distinção entre si e o outro, aspectos essencialmente cognitivos desse construto.

Como coloca Halpern (2003) em relação à clínica médica, ser empático é mais do que saber o que o paciente está sentindo, mas saber como é sentir o que ele sente, e por isso depende do envolvimento emocional do profissional para a acurácia e efetividade da prática clínica. Segundo o autor, a sintonia emocional com o paciente e o interesse genuíno por sua situação, mediados pelo raciocínio, atribuiriam maior sentido e satisfação à atuação profissional, o que poderia contribuir para prevenir o *Burnout*. Essa é uma possível via de explicação para as associações entre Preocupação Empática e *Burnout* encontradas predominarem em relação à contribuição da Tomada de Perspectiva para os modelos.

No que tange às associações da Angústia Pessoal com o *Burnout*, Thirioux et al (2014) consideram essa dimensão correspondente à simpatia, processo pelo qual os indivíduos mapeariam a sensação do corpo do outro em seu próprio corpo e reduziriam a experiência alheia a uma perspectiva egocentrada, tendendo a fundir suas identidades. A simpatia aumentaria a propensão dos profissionais à exaustão emocional, uma vez que estaria baseada na confusão entre o eu e o outro e atribuição a si dos sentimentos vividos pelos pacientes (Thirioux, Birault, & Jaafari, 2016). Esse entendimento é compatível, portanto, com a associação entre Angústia Pessoal e Desgaste Psíquico encontrada no presente estudo. O efeito da Angústia Pessoal sobre a Indolência pode ter sido mediado pelo Desgaste Psíquico, uma vez que, conforme Gil-Monte (2011), o esgotamento emocional crônico contribui ao longo do tempo para a mudança de atitude com os pacientes. Estudos subsequentes seriam necessários para testar essa hipótese.

Estresse ocupacional como mediador e moderador entre empatia e Burnout

Nesse estudo, buscou-se averiguar se o estresse ocupacional poderia mediar ou moderar o efeito da empatia sobre o *Burnout*. As mediações envolveram em especial a Angústia Pessoal e as dimensões do Modelo Esforço-recompensa (Siegrist, 1996). Contudo, os efeitos de interação foram menores que os efeitos diretos exercidos pelas dimensões de empatia. Ainda assim, o efeito indireto da Angústia Pessoal sobre o Desgaste Psíquico através

da dimensão Esforço chegou a representar 46% do seu efeito total sobre essa variável. Dessa forma, seria possível que o profissional, ao sentir-se angustiado pelas dificuldades trazidas pelos usuários, realizasse um esforço maior em atendê-los, o que tornaria o trabalho mais estressante e o profissional mais propenso ao Desgaste Psíquico. De forma análoga, profissionais mais suscetíveis à angústia gerada pelo sofrimento do paciente poderiam sentir maior necessidade de receber apoio dos colegas e maiores retribuições pelo trabalho que desempenham, o que contribuiria para seu estresse e vulnerabilidade ao *Burnout*.

Além disso, o *Overcommitment* mediou 34% do efeito da Angústia Pessoal sobre a Pontuação Total de *Burnout* e contribuiu para um efeito indireto de supressão pouco menor do que um terço do efeito direto da Preocupação Empática sobre essa variável. Poderia se interpretar que as duas formas de empatia estiveram associadas ao engajamento exagerado de profissionais de saúde, exercendo através dele parte do seu efeito prejudicial ao ampliar o *Burnout*, no caso da Angústia Pessoal, ou despotencializando parte do seu efeito benéfico, no caso da Preocupação Empática.

Pelos coeficientes de regressão (a) apresentados, as duas variáveis a sofrer maior influência da Angústia Pessoal nos modelos de mediação foram Esforço e Recompensa, dimensões que foram importantes na predição do *Burnout* nesse estudo. É possível que uma parte do efeito encontrado do estresse ocupacional sobre o *Burnout* se dê por efeito indireto da Angústia Pessoal.

Todavia, é relevante ressaltar que a importância das mediações encontradas, em termos de implicações práticas, é modesta, uma vez que todos os efeitos indiretos significativos apresentados explicaram de 1.9 a 6.1% da variância das dimensões de *Burnout* e sua Pontuação Total, os quais podem ser considerados tamanhos de efeito pequenos ($R^2_{med} < 0.13$, Fairchild & McQuillin, 2010). Além disso, as associações averiguadas entre empatia e estresse ocupacional poderiam ser também explicadas, pelo menos em parte, pela influência de traços de personalidade sobre ambas as variáveis. Há evidências de que maior grau de Neuroticismo esteja relacionado a maiores níveis de Angústia Pessoal em diferentes culturas (Melchers et al, 2016), assim como à percepção de menor Apoio Social (Swickert, Hittner, & Foster, 2010), maior Esforço, menor Recompensa, maior Razão Esforço-recompensa (Törnroos, 2015) e maior *Overcommitment* (Vearing & Mak, 2007), em diversas profissões que não envolvem o cuidado a pacientes.

No que tange as análises de moderação, averiguou-se que a presença de estresse ocupacional alterou a intensidade do efeito da empatia sobre o *Burnout*. Contudo, as

interações encontradas aumentaram a explicação da variância dos modelos em apenas 0,6 a 2,2%, tamanhos de efeito considerados pequenos ($\Delta R^2 < 0.13$, Fairchild & McQuillin, 2010). Percebeu-se que a Angústia Pessoal exerceu maior efeito sobre o *Burnout* quando os profissionais tiveram maiores níveis de Apoio Social e Controle sobre o processo de trabalho, enquanto a Tomada de Perspectiva e a Preocupação Empática exerceram maior efeito quando Recompensa e Controle, respectivamente, foram menores. Dessa forma, a Angústia Pessoal parece ter contribuído mais para os níveis de *Burnout* dos indivíduos em contextos menos precários, enquanto Tomada de Perspectiva e Preocupação Empática contribuíram mais quanto mais precário de recursos protetivos ao estresse foi o ambiente laboral.

Explorando mais uma vez a relação positiva entre Angústia Pessoal e Neuroticismo (Melchers et al, 2016), há evidências de que esse último despotencialize o efeito protetivo do Apoio Social recebido contra problemas crônicos de saúde, por conta de as pessoas mais neuróticas tenderem a experienciar pensamentos e sentimentos negativos nas relações (Park et al, 2012). Dada a relação positiva entre Angústia Pessoal e Neuroticismo (Melchers et al, 2016), níveis elevados desse não mensurados nesse estudo poderiam contribuir para explicar o efeito da Angústia Pessoal sobre o *Burnout* não ter sido atenuado pelo apoio de colegas e supervisores.

Em suma, os efeitos indiretos e interações averiguadas permitem inferir que a regulação da empatia poderia contribuir timidamente para proteger os profissionais do *Burnout*, alterando em alguma medida sua percepção dos estressores e recursos laborais. Por outro lado, os efeitos da empatia sobre o *Burnout* podem ser, em pequena parte, condicionados ao grau de estresse presente no ambiente de trabalho. Contudo, esses resultados precisam ser considerados com cautela, por conta dos pequenos tamanhos de efeito encontrados em termos de variância explicada e pelos indícios de que variáveis não incluídas na investigação possam explicar as associações encontradas. Dessa forma, intervenções visando a saúde do trabalhador deveriam focar tanto as habilidades empáticas dos profissionais quanto incidir sobre os estressores e recursos do ambiente de trabalho, ainda que esses aspectos do cotidiano laboral possam exercer alguma influência mútua no seu efeito sobre o *Burnout*.

Variáveis sociodemográficas, categoria profissional, formação e Burnout

Esse estudo também buscou averiguar se há associação do *Burnout* com variáveis sociodemográficas, categoria profissional, histórico ocupacional e em relação a possuir ou não

formação específica para APS. Em relação a raça/cor, observou-se menor nível de Desgaste Psíquico e menor frequência de Nível Crítico de *Burnout* em profissionais autodeclarados pretos em comparação aos brancos. Esse resultado contrasta com as evidências de que pessoas de raça negra exibiriam perfis de saúde mais precários (Takeuchi, Walton & Leung (2010), relacionados inclusive a efeitos do estresse crônico (Shallcross et al. 2015). Dyrbye et al (2017), apesar de terem identificado que a discriminação racial contribuiu para o *Burnout* de estudantes de medicina de minorias étnicas, averiguaram menores níveis da síndrome em estudantes negros. Atribuíram esse achado à hipótese de Maslach (2003) de que minorias podem ser mais resilientes em relação ao *Burnout* por possivelmente enfrentarem maiores adversidades ao longo da vida pessoal, acadêmica e/ou profissional. Salyers e Bond (2001) justificaram o menor nível de Exaustão Emocional em profissionais de saúde mental negros pela congruência racial entre equipe e clientela, composta em sua maioria por pessoas de raça negra.

Em relação ao sexo, apesar da tendência apresentada pela literatura de maiores níveis de Exaustão Emocional em mulheres e Despersonalização em homens (Purvanova & Muros, 2010; Worly et al, 2017), não foram encontradas diferenças significativas nesse estudo. Da mesma forma, conforme as investigações de Lima, Farah e Bustamente-Teixeira (2017) e Silva et al (2015) e em contraste com os resultados de Silva (2015), não houve diferenças significativas entre categorias profissionais nos níveis de *Burnout*.

A idade esteve fraca e inversamente correlacionada a Desgaste Psíquico, Indolência e Pontuação Total de *Burnout*. Houve também associações negativas fracas encontradas no presente estudo do tempo de atuação na saúde com Desgaste Psíquico e com Pontuação Total de *Burnout*. A Pontuação Total também esteve também fracamente associada com o tempo de atuação na APS.

Tendo a idade apresentado também correlações fracas negativas com Angústia Pessoal, Demanda, Razão Demanda-controle, Esforço, *Overcommitment* e Razão Esforço-recompensa, assim como correlação positiva fraca com Preocupação Empática, é possível que a percepção do contexto de trabalho e o sofrimento oriundo das experiências dos pacientes atenuem-se com o amadurecimento, uma explicação possível para a associação encontrada entre idade e *Burnout*. De maneira condizente com essa hipótese, Johnson, Machowski, Holdsworth, Kern e Zapf (2017) postularam que os menores níveis da síndrome em profissionais idosos podem ser atribuídos à maior presença de estratégias positivas de regulação emocional nesse período da vida. Thomas, Kohli e Choi (2014) relatam que

trabalhadores jovens e novos na profissão são mais propensos ao *Burnout*, por estarem numa fase de transição entre expectativa e realidade, podendo enfrentar maiores frustrações no trabalho. Por fim, Martins et al (2014) justificam que profissionais sadios tendem a permanecer mais tempo em sua área profissional, enquanto os adoecidos acabam deixando o trabalho.

Relação de possuir idade mais avançada (Carlotto, Pizzinato, Rocha, & Oliveira-Machado, 2013; Lima, Farah & Bustamente-Teixeira; 2017; Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015; Martins, Laport, Menezes, Medeiros & Ronzani, 2014; Silva & Menezes, 2008; Silva et al, 2015) e maior tempo de atuação na saúde (Lima, Farah & Bustamente-Teixeira; 2017; Maissiat, Lautert, Pai, & Tavares, 2015) com menores níveis de *Burnout* foram encontradas em outros estudos com profissionais de APS brasileiros. Contudo, há investigações em que maior idade (Silva, 2015) e tempo de atuação profissional (Silveira, Câmara e Amazarray, 2014) estão relacionados a níveis mais altos de *Burnout*, o que sugere a necessidade de mais estudos sobre os fatores determinantes da relação entre *Burnout* e tempo de vida e atuação profissional.

No que tange a formação específica para trabalhar em APS, ainda que com pequenos tamanhos de efeito, essa esteve associada a maiores níveis de Ilusão pelo Trabalho e menores níveis de Indolência e Pontuação Total de *Burnout*, assim como a menor frequência de Nivel Crítico da síndrome. Esses resultados são compatíveis com o a visão de Maia, Silva e Mendes (2011), que apontam a insuficiência da formação dos ACS como um fator de risco para o *Burnout*. Segundo os autores, uma formação que abrangesse relações humanas, autonomia e liderança, entre outros temas, contribuiria para que os profissionais lidassem melhor com os estressores cotidianos na APS. Trindade e Pires (2013) relatam que a ausência de qualificação das equipes para atuação nesse nível de atenção fora apontada por profissionais como um intensificador da carga de trabalho, em especial pelo foco excessivo em procedimentos biomédicos e pela baixa resolutividade. É possível que aspectos como esses possam ter contribuído para o *Burnout* dos profissionais sem formação específica para atuar na APS envolvidos na presente investigação.

Tipo de unidade, formas de contratação, condições materiais de trabalho, vínculos empregatícios e Burnout

O presente estudo também buscou averiguar se há associação do *Burnout* com tipo de unidade de saúde, forma de contratação, condições materiais de trabalho e com a variedade de

vínculos empregatícios na saúde. Não houve diferença nos níveis de *Burnout* entre profissionais de unidades básicas “tradicionais” (UBS), mais voltadas à reabilitação da doença e medicalização (Trindade & Pires, 2013), e Estratégias de Saúde da Família, modelo preconizado pelo Ministério da Saúde e que almeja a reabilitação, prevenção e promoção em saúde (Brasil, 2012). Unidades mistas, com equipes tradicionais e ESF, também não se diferenciaram das demais. Esse resultado contrasta com o encontrado por Silveira, Câmara e Amazarray (2014), em que os profissionais de UBS apresentaram maiores níveis de *Burnout*.

Albuquerque, Melo, & Neto (2012) identificaram que profissionais da APS admitidos em cargo público apresentaram mais *Burnout* do que os celetistas, o que os pesquisadores atribuíram ao menor salário. O argumento da renda também justificou os menores níveis de *Burnout* daqueles que possuíam outro vínculo empregatício. No presente estudo, contudo, não houve associação entre forma de contratação ou variedade de vínculos profissionais e o *Burnout*, assim como não foram incluídas medidas de renda, que talvez pudessem ajudar a explicar o resultado obtido. Todavia, Carlotto, Pizzinato, Rocha e Oliveira-Machado (2013) também não encontraram diferenças no que tange à forma de contratação.

As condições materiais de trabalho (adequação das condições e espaço físico do ambiente, adequação dos equipamentos, adequação dos materiais e insumos disponibilizados no trabalho) estiveram fraca e inversamente associadas ao Desgaste Psíquico, Indolência e Pontuação Total de *Burnout*, e diretamente relacionadas à Ilusão pelo Trabalho. Esses achados coadunam a percepção de profissionais vinculados à saúde mental de que o espaço físico adequado seja um fator atenuante de altas cargas de trabalho (Alves, Santos, Oliveira, & Yamaguchi, 2018). Profissionais de enfermagem da APS referiram que a falta de uma planta física adequada e dos materiais necessários prejudicam a qualidade de vida no trabalho (Farias & Zeitoune, 2007), que por sua vez aparece associada na literatura a menores níveis de Exaustão Emocional (Vicentic et al, 2013).

Coordenação, supervisão, carga horária, atuação em equipe completa e Burnout

Por fim, essa investigação buscou averiguar se há associação do grau de *Burnout* dos profissionais com acúmulo de funções de coordenação, supervisão de residente ou estagiário, carga horária e com atuação em equipe incompleta. Apesar de Porciúncula (2015) ter identificado níveis de *Burnout* mais elevados em profissionais que exercem exclusivamente cargo de gerência na APS, a presente investigação identificou que trabalhadores que acumulam função de coordenação de equipe possuem significativamente maiores níveis de

Ilusão pelo Trabalho, menores níveis de Indolência e de Pontuação Total de *Burnout*. Maior Ilusão pelo Trabalho, com tamanho de efeito moderado, fora identificada também entre os profissionais que exercem supervisão de estagiários ou residentes. Há evidências de que a Liderança Autêntica em enfermeiros (Avolio, Gardner, Walumbwa, Luthans & May, 2004), aquela centrada no bom relacionamento com as equipes e no auto-conhecimento do líder, sua honestidade, transparência e integridade, pode ter efeitos positivos sobre áreas da sua vida laboral como carga de trabalho, controle, e senso de comunidade. Esse efeito ampliaria a sua autoeficácia em lidar com estressores ocupacionais, culminando na prevenção da Exaustão Emocional e da Despersonalização (Laschinger, Borgogni, Consiglio, & Read, 2015). A Liderança Autêntica também exerce efeito protetivo ao *Burnout* em profissionais de enfermagem pela diminuição do *Bullying* no ambiente de trabalho (Laschinger, Wong, & Grau, 2012). É possível que os profissionais coordenadores ou supervisores participantes tenham assumido essas funções justamente por demonstrarem sinais desse tipo de liderança, ou que tenham tido acesso a benefícios semelhantes exercendo essas funções. Por outro lado, é possível que tenham alcançado a posição de coordenadores ou supervisores justamente por terem apresentado de antemão um maior ajustamento ao trabalho, com menor predisposição ao adoecimento.

Silva et al (2015) identificaram que carga horária de 40 horas semanais esteve associada a maiores níveis de *Burnout* em comparação a 30, 50, 60 ou mais horas. Contudo, no presente estudo, não houve associação entre carga horária e *Burnout*. Por outro lado, a atuação em equipe completa esteve relacionada a menores níveis de Desgaste Psíquico. Esse achado é congruente com o fato de que, em hospitais, uma maior proporção de pacientes por enfermeiro vem sendo relacionada a maiores níveis de *Burnout* (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Boahmah, Read, & Laschinger, 2016; Cimiotti, Aiken, Sloane, & Wu, 2012). Na APS brasileira, equipes incompletas foram identificadas como fator de sobrecarga de profissionais médicos (Gomes, Caprara, Landim, & Vasconcelos, 2012). Dessa forma, uma maior carga de trabalho dos profissionais remanescentes nas equipes pode ter contribuído para os maiores níveis de Desgaste Psíquico averiguados entre profissionais de equipes incompletas.

Limitações e potencialidades do estudo

A forma de amostragem não probabilística adotada nesse estudo limita a possibilidade de generalização dos resultados obtidos. Além disso, essa investigação consistiu em

delineamento transversal, o que restringe a possibilidade de inferir causalidade a partir das associações averiguadas entre as variáveis em estudo. Essa limitação é importante em especial no que diz respeito a análises de mediação, que têm como propósito explicar os mecanismos pelos quais os efeitos causais ocorrem ao longo do tempo (Maxwell & Cole, 2007). Estudos transversais podem apresentar viés ao informar mediações por acessar as relações entre variáveis em um ponto único no tempo. Por isso, delineamentos longitudinais são mais confiáveis para a determinação de efeitos indiretos entre variáveis (Fairchild & McQuillin, 2009).

Ademais, uma falha na coleta impediu o uso de todos os itens do *Interpersonal Reactivity Index*. É possível que exista algum viés nos resultados obtidos envolvendo as dimensões de empatia de Davis (1983), por conta da não utilização da escala completa e pelas diferenças de estrutura fatorial entre o instrumento original e a versão utilizada nesse estudo.

Em relação às potencialidades, esse foi a primeira investigação do conhecimento dos autores a ter averiguado a concorrência entre fatores de estresse ocupacional e empatia na explicação da variância do *Burnout*, averiguando relações de moderação e mediação entre esses preditores. Além disso, também foi o primeiro estudo brasileiro do conhecimento dos autores a relacionar empatia e *Burnout* na APS.

Considerações finais

Os resultados desse estudo indicam que variáveis relacionadas ao estresse ocupacional podem contribuir mais fortemente para as dimensões precursoras do *Burnout*, Ilusão pelo Trabalho e Desgaste Psíquico, e, dessa forma, na ocorrência de Nível crítico de *Burnout*. Todavia, a empatia pode ter um papel mais importante na prevenção da Indolência e nos escores de *Burnout* como um todo. O presente estudo também indica a importância de se considerar as diferentes formas de empatia para determinar a sua relação com o *Burnout*. Esses resultados sugerem que intervenções futuras visando prevenir a síndrome em profissionais da APS deveriam focar tanto a regulação e refinamento das habilidades empáticas dos trabalhadores quanto os estressores e recursos presentes no ambiente de trabalho.

Ainda que esse estudo tenha contribuído para o entendimento das relações de mediação e moderação entre empatia e estresse ocupacional na predição do *Burnout*, investigações subsequentes com delineamento longitudinal e incluindo o efeito de variáveis de personalidade seriam importantes para confirmar os resultados averiguados. Por fim, a

pesquisa demonstrou que certos aspectos relacionados ao contexto da APS de Porto Alegre, que possivelmente ocorrem em outras localidades do país, como equipes incompletas, condições materiais de trabalho inadequadas e ausência de formação específica para atuar na APS, podem estar exercendo influência negativa sobre a saúde dos trabalhadores. Espera-se que esse estudo, somado ao corpo de evidências de fatores associados ao *Burnout* na APS brasileira, ajude a embasar as providências para a prevenção da síndrome e para a garantia do direito à saúde de trabalhadores e usuários.

CAPÍTULO III – CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nessa dissertação e os elementos apontados na literatura relacionam o adoecimento do trabalhador pelo *Burnout* a fatores disposicionais como a empatia, porém também à precariedade das condições e regime de trabalho e aos índices de estresse ocupacional que caracterizam a APS brasileira. Esse cenário sugere uma reflexão necessária sobre as respostas do Estado para a situação dos profissionais, que indiretamente afeta os usuários dos serviços.

A Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) foi criada em 2003 como uma iniciativa transversal às demais políticas de saúde, com três objetivos principais: enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis, tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (Pasche, Passos, & Hennington, 2011). A humanização pode ser entendida como a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (Brasil, 2009, p.5). Dessa forma, afirma-se a necessidade de acolher as diferentes demandas trazidas pelas pessoas frequentadoras dos serviços, a partir do bom vínculo entre usuários e profissionais, mas também através do apoio mútuo em equipe e entre profissionais e gestão. É um pressuposto da política que trabalhadores e usuários tenham participação no gerenciamento dos serviços e que a forma coletiva de gestão dos estabelecimentos e das próprias ações em saúde sejam um fator de valorização e proteção do trabalhador, assim como da excelência do cuidado produzido (Brasil, 2009). A política apregoa ainda que o papel da APS para a efetivação da humanização no SUS é muito importante, já que a adscrição de pessoas/famílias/áreas às equipes e o acompanhamento ao longo do tempo facilitarão a criação de vínculo terapêutico, fazendo desse o nível de atenção mais qualificado para acolher os problemas complexos do cotidiano das pessoas (Brasil, 2009).

Todavia, os resultados do estudo apresentado nessa dissertação contestam o quanto a Política Nacional de Humanização está consolidada na APS, pelo menos no que tange à amostra participante. Uma vez que o esforço cotidiano dos profissionais e a sua sensação de

recompensas insuficientes pelo trabalho estiveram associados a níveis preocupantes de *Burnout*, pode se imaginar que os trabalhadores não venham se sentindo “valorizados” como preconiza a política. Mais do que isso, o *Burnout* predispondo a atitude negativa dos profissionais com os usuários (Gil-Monte, 2011), a potencialidade dos profissionais da APS em fazer uso da proximidade com as famílias e do vínculo estabelecido com elas para acolher suas demandas fica prejudicada. Segundo Pasche, Passos e Hennington (2011), essa situação reflete a incipiência na consolidação da política, que, apesar de ter tido conquistas na qualificação dos serviços, dependeria ainda da reinvenção dos usuários pelo seu direito à saúde para se consolidar.

Considerando-se a demanda por humanização dos serviços e frente aos resultados obtidos no estudo apresentado, intervir sobre as habilidades empáticas dos profissionais poderia ter dupla importância. A regulação da empatia dos profissionais poderia incidir sobre a própria saúde e o bem-estar dos trabalhadores, estando a Preocupação Empática negativamente associada ao *Burnout*. Ao mesmo tempo, potencialmente teria um efeito direto sobre o acolhimento do usuário e a resolutividade dos serviços. Há evidências de que, quando a empatia no contexto clínico proporciona o entendimento da situação, perspectivas e sentimentos do paciente, assim como a comunicação desse entendimento, o acompanhamento dos usuários é mais resolutivo e satisfatório (Scarpellini, Capellato, Rizzatti, Silva, & Baddini-Martinez, 2014). Evidências apontam que esse tipo de postura pode gerar maior satisfação e participação do paciente no tratamento, maior acurácia diagnóstica, redução da depressão, menor duração e gravidade de infecções virais, maior controle do diabetes e maior melhora no estado geral de saúde das pessoas atendidas (Mercer et al, 2016; Scarpellini et al, 2014).

Essas evidências apenas reforçam a importância da atitude acolhedora no atendimento em saúde afirmada pela Política de Humanização. Contudo, novamente, ainda que tendências empáticas dos clínicos possam culminar em atendimentos mais qualificados (Glaser, Abdef, Adler, Abdef & Hojat, 2007), o estabelecimento de boa comunicação e relação com os pacientes depende do grau de desgaste e desilusão dos profissionais (Gil-Monte, 2011), associado a estressores contextuais abundantes na APS brasileira (Pereira, 2011).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012) consiste em uma iniciativa governamental mais recente, que tem a finalidade de definir os princípios, as diretrizes e as estratégias para a atenção integral à saúde do trabalhador, visando a promoção e a proteção da saúde dos profissionais e a redução da morbimortalidade

decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Segundo Costa, Lacaz, Jackson Filho e Vilela (2013), essa política está excessivamente baseada em ações de vigilância de condições de trabalho e saúde, desenvolvidas a partir de uma rede de serviços incipiente. Mais do que isso, entendem que iniciativas governamentais pontuais em prol da saúde dos trabalhadores não são capazes de reverter a própria omissão do Estado em combater a precarização contemporânea do trabalho, sendo o protagonismo e militância dos profissionais necessário para que melhores condições laborais e iniciativas efetivas de atendimento em saúde sejam garantidos (Costa, Lacaz, Jackson Filho, & Vilela, 2013).

Em suma, as políticas públicas apresentadas parecem ainda não ter o alcance necessário sobre os determinantes do desgaste dos profissionais da APS, em especial no que diz respeito à amostra participante do estudo apresentado nessa dissertação. O debate trazido nesse trabalho, a partir das evidências empíricas obtidas, sugere a necessidade de respostas complexas para a garantia da saúde dos trabalhadores e dos usuários da APS brasileira, que considerem tanto fatores disposicionais dos profissionais, como a empatia, como aspectos contextuais, ilustrados pela presença de estressores e poucos recursos protetivos no ambiente de trabalho. Treinos de empatia incluídos no processo formativo foram adotados com sucesso em outros países, com estudantes de medicina (Batt-Rawden, MChisolm, Anton, & Flickinger, 2013) e poderiam ser implementados no contexto local não somente nas graduações e cursos técnicos, mas nos espaços de educação permanente previstos pela Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012).

Contudo, é importante não se perder de vista a necessidade de responsabilização das esferas gestoras, e dos próprios usuários e profissionais, por mudanças profundas na organização dos serviços. Segundo Garrosa-Hernández, Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez e González (2010), as intervenções que visam a prevenir ou mesmo remediar o *Burnout* mais convenientes são aquelas capazes de englobar tanto o desenvolvimento de habilidades e recursos pessoais dos profissionais quanto transformar a organização da instituição, sendo a gestão participativa a estratégia mais bem-sucedida nesse sentido. Nessa modalidade de gestão, independentemente do nível hierárquico dos profissionais, todos podem expor suas dificuldades e as soluções que acreditam aplicáveis, sendo as decisões tomadas democraticamente. Não obstante, os autores referem que esse tipo de intervenção é de difícil implementação, dada a profundidade do seu impacto na estrutura organizacional (Garrosa-Hernández, Benevides-Pereira, Moreno-Jiménez, & González, 2010).

Todavia, apesar das possíveis dificuldades, seria muito importante o interesse e iniciativa dos atores envolvidos em implementar ações efetivas pela saúde do trabalhador e do usuário da APS. Dessa forma, seria possível que as equipes das unidades de saúde, consideradas centrais para a consolidação do SUS, ao mesmo tempo em que expostas à própria precariedade do sistema e à complexidade dos problemas da população, pudessem cumprir o seu papel de forma ainda mais efetiva. Espera-se que a presente dissertação contribua não apenas para o corpo de evidências a respeito dos fatores relacionados ao *Burnout* de profissionais da APS brasileira, mas para o embasamento de um processo de mudança necessário em relação a esses fatores.

REFERÊNCIAS

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2015). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987–1993. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>
- Albuquerque, F. J. B., Melo, C. F. & Neto, J. L. A. (2012). Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 542-549. doi: 10.1590/S0102-79722012000300014
- Al-Sareai, N.S., Al-Khaldi, Y.M., Mostafa, O.A. & Abdel-Fattah, M.M. (2013). Magnitude and risk factors for burnout among primary health care physicians in Asir province, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(5), 426-434. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/260716026_Magnitude_and_risk_factors_for_burnout_among_primary_health_care_physicians_in_Asir_Province_Saudi_Arabia
- Alves, S. R., Santos, R. P., Oliveira, R. G., Yamaguchi, M. U. (2018). Mental health services: perception of nursing in relation to overload and working conditions. *Revista Fundamental Care Online*, 10(1):25-29. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.25-29
- Amiri, M., Khosravi, A., Eghtesadi, A. R., Sadeghi, Z., Abedi, G., Ranjbar, M., & Mehrabian, F. (2016). Burnout and its Influencing Factors among Primary Health Care Providers in the North East of Iran. *PLoS ONE* 11(12): e0167648. doi:10.1371/journal.pone.0167648
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(264), 1–13. doi: 10.1186/s12889-017-4153-7
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., & May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower

- attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 801–823. doi: 10.1016/j.leaqua.2004.09.003
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10759985>
- Batt-rawden, S. A., Chisolm, M. S., Anton, B., & Flickinger, T. E. (2013). Teaching Empathy to Medical Students: An Updated , Systematic Review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171–1177. doi:10.1097/ACM.0b013e318299f3e3
- Benevides-Pereira, A. M. T. & Moreno-Jiménez, B. (2010). O *Burnout* em um grupo de psicólogos brasileiros (4ª ed.). In A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 157 -185). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Boamah, S. A., Read, E. A., & Laschinger, H. K. S. (2016). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1182–1195. doi: 10.1111/jan.13215.
- Bougea, A., Kleisarchakis, M. K., Spantideas, N., Voskou, P., Thomaidis, T., Chrousos, G., & Belegri, S. A. (2016). Job stress and burnout in the care staff of Leros PIKPA Asylum 25 years after the first Deinstitutionalisation and Rehabilitation Greek Project. *BJPsych Bulletin*, 40, 296-301. doi: 10.1192/pb.bp.115.052258
- Brasil (2009). *Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na Atenção Básica*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf
- Brasil (2012). *Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção Básica*. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Brasil (2012). *Portaria Nº 1823. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.* Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Carlotto, M., Pizzinato, A., Bones, K., Oliveira-Machado, R. (2013). Prevalencia y Factores Asociados al Síndrome de Burnout en Profesionales de Centros de Atención Básica a la Salud. *Ciencia & Trabajo*, 15(47), 76-80. doi: 10.4067/S0718-24492013000200007

Carter, S.S., Harris, J., & Porges, S. W. (2009) Neural and evolutionary perspectives on empathy. In: J. Decety & W. J. Ickes (Eds). *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Chor, D., Werneck, G. L., Faerstein, E., Alves, M. G. D. M., & Rotenberg, L. (2008). The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 219–224. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100022

Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. *NIH Public Access*, 40(6), 486–490. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.029

Costa, D., Lacaz, F. A. C., Jackson Filho, J. M., & Vilela, R. A. G. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública Introdução. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 11–21. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100003&script=sci_abstract&tlng=pt

Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113-136. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.113

- Day, A., Crown, S. N., & Ivany, M. (2017). Organisational change and employee burnout: The moderating effects of support and job control. *Safety Science, 100*, 4–12. doi: 10.1016/j.ssci.2017.03.004
- Dias, E. C., Rigotto, R. M., Augusto, L. G. S., Cancio, J. & Hoefel, M. G. L. (2009). Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva, 14*(6), 2061–2070. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000600013&script=sci_arttext
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses : A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research, 35*, 42–47. doi: 10.1016/j.apnr.2017.02.006
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Eacker, A., Harper, W. Massie Jr, F. S., Power, D. V, Huschka, M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). Race, Ethnicity, and Medical Student Well-being in the United States. *Archives of Internal Medicine, 167*(19), 2103–2109. doi:10.1001/archinte.167.19.2103
- Elbarazi, I., Loney, T., Yousef, S., & Elias, A. (2017). Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries : a systematic review. *BMC Health Services Research, 17*(491), 1–10. doi: 10.1186/s12913-017-2319-8
- Elst, T. Vander, Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Broeck, A. Van Den, & Godderis, L. (2016). Job demands–resources predicting burnout and work engagement among Belgian home healthcare nurses: A cross-sectional study. *Nursing Outlook, 64*(6), 542-556. doi: 10.1016/j.outlook.2016.06.004
- Fairchild, A. J., & Mcquillin, S. D. (2009). Evaluating mediation and moderation effects in school psychology: A presentation of methods and review of current practice. *Journal of School Psychology, 48*(1), 53–84. doi: 10.1016/j.jsp.2009.09.001.Evaluating

- Falgueras, M. V., Muñoz, C. C., Pernas, F. O., Sureda, J. C., López, M. P. G., & y Miralles, J. D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 25-31. doi: 10.1016/j.aprim.2014.01.008
- Farias, S. N. P., Zeitoune, R. C. G. (2007). The Quality of Life in the Work of Nursing. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(3), 487-493. doi: 10.1590/S1414-81452007000300014
- Ferri, P., Guerra, E., Marcheselli, L., Cunico, L., & Di Lorenzo, R. (2015). Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed for Health Professions*, 86(2), 104-115. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/283032065_Empathy_and_burnout_An_analytic_cross-sectional_study_among_nurses_and_nursing_students
- Figley, C. R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists ' Chronic Lack of Self Care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090
- Fortunatti, C. P., Palmeiro-Silva, Y. (2017). Effort – Reward Imbalance and Burnout Among ICU Nursing Staff. *Nursing Research*, 66(5), 410-416. doi: 10.1097/NNR.0000000000000239
- Garrosa-Hernández, E., Benevides-Pereira, A. M. T., Moreno-Jiménez, B., & González, J. L. (2010). Prevenção e Intervenção na Síndrome de Burnout. Como prevenir (ou remediar) o processo de Burnout (4ª ed.). In A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 227 -272). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Gasparino, R. C., Guirardello, E. B., & Aiken, L. H. (2011). Validation of the Brazilian version of the Nursing Work Index-Revised. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3494-3501. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03776.x.
- Gianasi, L. (2004). *As fontes de desajuste físico e emocional e a síndrome de burnout no setor de transporte coletivo urbano de Natal*. (Dissertação de Mestrado, Departamento de

Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN). Recuperado de <http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/lucianabsbg.pdf>

Gil-monte, P. R. (2011). Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo - Manual. Madri: TEA Ediciones.

Gil-monte, P. R., Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2010). Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” em professores. *Rev. de Saúde Pública*, 44(1), 140–147. doi: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100015>

Glaser, K. M., Abdef, F. W. M., Adler, H. M., Abdef, R. P. M., & Hojat, M. (2007). Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy , and humanistic approaches to patient care: A validity study. *Medical Science Monitor*, 13(7), 291–295. Recuperado de <http://www.medscimonit.com/download/index/idArt/487348>

Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern , Burnout , and Emotional Distress in Physicians. *PLOS ONE*, 8(4), 1–12. doi: [10.1371/journal.pone.0061526](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526)

Gomes, A. M. A., Caprara, A., Landim, L. O. P., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1101-1119. doi: [10.1590/S0103-73312012000300014](https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014)

Gorter, R. C., & Freeman R. (2011). Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 39(2), 87–95. doi: [10.1111/j.1600-0528.2010.00568.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00568.x)

Grunfeld, E, Whelan, T. J., Zitzelsberger L., Willan A. R., Montesanto B., Evans, W.K. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job

satisfaction. CMAJ, 163(2):166-169. Recuperado de <http://www.cmaj.ca/content/163/2/166.long>

Harzheim, E. (2001). Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde. Em *Inovando o Papel da Atenção Primária nas Redes de atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis – A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

Hsu, H. -Y, Chen, S. -H, Yu, H. -Y, & Lou, J. -H (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1592–1601. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05323.x

Importance, T. H. E., & Empathy, O. F. (2012). Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *British Journal of General Practice*, 62(600), 346–347. doi: 10.3399/bjgp12X652193 346–347.

Izquierdo, I., Olea, J., & Abad, F. J. (2014). Exploratory factor analysis in validation studies: Uses and recommendations. *Psicothema*, 26(3), 395–400. doi: 10.7334/psicothema2013.349

Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: a cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336–1342. doi: 10.2105/AJPH.78.10.1336

Johnson, S. J., Machowski, S., Holdsworth, L., Kern, M., & Zapf, D. (2017). Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(3), 205–216. doi: 10.1016/j.rpto.2017.09.001

- Jourdain, G. & Chênevert, D. (2010). Job demands-resources , burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709–722. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007
- Kushnir, T., & Cohen, A. H. (2008). Positive and negative work characteristics associated with burnout among primary care pediatricians. *Pediatrics International*, 50, 546–551. doi: 10.1111/j.1442-200X.2008.02619.x
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic : the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice*, 15(15), 1–7. doi: 10.1186/1471-2296-15-15
- Laschinger, H. K. S., Borgogni, L., Consiglio, C., & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1080–1089. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., & Grau, A. L. (2012). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(10), 1266–1276. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.012
- Lima, A. S., Farah, B. F., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2017). Análise da prevalência da síndrome de *Burnout* em profissionais da atenção primária em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 16 (1), 283-304. doi: 10.1590/1981-7746-sol00099
- Lorenz, V. R., & Guirardello, E. B. (2014). O ambiente da prática profissional e *Burnout* em enfermeiros na atenção básica, 22(6), 926–933. doi: 10.1590/0104-1169.0011.2497
- Luan, X., Wang, P., Hou, W., Chen, L. & Fenglan, L. (2017). Job stress and burnout: A comparative study of senior and head nurses in China. *Nursing and Health Sciences*, 19, 163–169. doi: 10.1111/nhs.12328

- Maia, L. D. G., Silva, N. D., & Mendes, P. H. C. (2011). Síndrome de *Burnout* em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 93–102. doi:10.1590/S0303-76572011000100009
- Maissiat, G. S., Lautert, L., Pai D. D., & Tavares J. P. (2015). Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 42-49. doi: 10.1590/1983- 1447.2015.02.51128
- Martins, L. F., Laport, T. J., Menezes, V. P., Medeiros, P. B., & Ronzani, T. M. (2014). Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde Burnout Syndrome in Primary Health Care Professionals. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(12), 4739–4750. doi: 10.1590/1413-812320141912.03202013
- Martins, L. F., Menezes, Laport, T. J., Menezes, V. P., Medeiros, P. B., & Ronzani, T. M. (2014). Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde Burnout. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4739–4750. doi: 10.1590/1413-812320141912.03202013
- Maslach C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge, MA: Malor Books.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2). 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15 (2), 103–111. doi: 10.1002/wps.20311
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (3rd edition)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de *burnout* nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(3), 179-186. Recuperado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11789>

- Maxwell, S. E., & Cole, D. A. (2007). Bias in Cross-Sectional Analyses of Longitudinal Mediation, *12*(1), 23–44. doi: 10.1037/1082-989X.12.1.23
- Mercer, S. W., Higgins, M., Bikker, A. M., Fitzpatrick, B., McConnachie, A., Lloyd, S. M., ... Watt, G. C. M. (2016). General practitioners' empathy and health outcomes: A prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *Annals of Family Medicine*, *14*(2), 117–124. doi: 10.1370/afm.1910
- Merces, M. C, Silva, D. S., Oliveira, S., Lua, I., Oliveira, D. S., Souza, M. C., & Júnior, A. D. (2016). Burnout syndrome and abdominal adiposity among Primary Health Care nursing professionals. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(44), 1-8. doi: 10.1186/s41155-016-0051-7
- Merces, M. C., Lopes, R. A., Silva, D. S., Oliveira, D. S., Lua, I., Mattos, A. I. S., & Júnior, A. D. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in nursing professionals of basic health care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *9*(1), 208-214. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.208-214
- Mota, C. M., Dosea, G. S., & Nunes, P. S. (2014). Avaliação da presença da Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde no município de Aracaju , Sergipe, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(12), 4719–4726. doi: 10.1590/1413-812320141912.02512013
- O’Dea, B., O’Connor, P., Lydon, S., & Murphy, A. W. (2016). Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Irish Journal of Medical Science*, *186*(2), 447-453, doi: 10.1007/s11845-016-1407-9
- Osorio, R. G. (2013). A classificação de cor ou raça do IBGE revisitada. In J. L. Petrucelli & A. L. Saboia (Orgs.), *Características Étnico-Raciais da População, Classificações e Identidades*. Rio de Janeiro: IBGE.

- Park, C., Lee, Y. J., Hong, M., Jung, C., Synn, Y., Kwack, Y., Ryu, J. Park, T. W., Lee, S. A., Bahn, G. H. (2016). A Multicenter Study Investigating Empathy and Burnout Characteristics in Medical Residents with Various Specialties. *Journal of Korean Medical Science*, 31, 590-597. doi: 10.3346/jkms.2016.31.4.590.
- Paro, H. B. M. S., Silveira, P. S. P., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R. B., Bonito, R. F., Martins, M. A., Tempiski, P. Z. (2014). Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout? *PLOS ONE*, 9(4). doi: 10.1371/journal.pone.0094133
- Pasche, D. F., & Passos, E. (2011). Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4541–4548. doi: 10.1590/S1413-81232011001200027
- Pedersen, A. F., & Vedsted, P. (2014). Understanding the inverse care law: a register and survey-based study of patient deprivation and burnout in general practice. *International Journal for Equity in Health*, 13(121), 1–8. doi:10.1186/s12939-014-0121-3
- Pereira, D. G. (2011). Síndrome de Burnout em trabalhadores do Programa de Saúde da Família: uma revisão de literatura. (Monografia de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte). Recuperado de https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Sindrome_de_Burnout_em_trabalhadores_do_Programa_de_Saude_da_Familia__uma_revisao_de_literatura/183
- Porciuncula, A. M. (2015). *Síndrome de Burnout em gerentes de atenção primária em saúde* (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14060/1/27.pdf>
- Portoghese, I., Galletta, M., Burdorf, A., Cocco, P., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2017). Role Stress and Emotional Exhaustion Among Health Care Workers: The Buffering Effect of Supportive Coworker Climate in a Multilevel Perspective. 59(10), 187-193. doi: 10.1097/JOM.0000000000001122

- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior, 77*(2), 168–185. doi: 10.1016/j.jvb.2010.04.006
- Rabatin, J., Williams, E., Manwell, L. B., Schwartz, M. D., Brown, R. L., & Linzer, M. (2016). Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians. *Journal of Primary Care & Community Health, 7*(1), 41–43. doi: 10.1177/2150131915607799
- Salyers, M. P., & Bond, G. R. (2001). An exploratory analysis of racial factors in staff burnout among assertive community treatment workers. *Community Mental Health Journal, 37*(5), 393-404. doi:10.1023/A:1017575912288
- Sampaio, L.R, Guimarães, P.R.B., Camino, C.P.S, Formiga, N.S., & Menezes, I.G. (2011). Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico PUCRS, 42*(1), 67-76. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/6456>
- Scarpellini, G.R., Capellato, G., Rizzatti, F.G., Silva, G.A., & Baddini-Martinez, J.A. (2014). Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP, 47*(1), 51-8. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58
- Schaufeli, W. B., Maassen, G. H., Bakker, A. B., & Sixma, H. J. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 84*(2) 248–267. doi: 10.1111/j.2044-8325.2010.02013.x
- Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., Behrens, J., & Wingenfeld, K. (2009). Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*, 225–233. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01355.x

- Shallcross, A. J., Ojie, M., Chaplin, W., Levy, N., Odedosu, T., Ogedegbe G., & Spruill, T. (2015). Race/Ethnicity Moderates the Relationship Between Chronic Life Stress and Quality of Life in Type 2 Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 108(1), 150–156. Doi: 10.1016/j.diabres.2015.01.025.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E. & Zechmeister, J., (2009). *Research Methods in Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.27
- Silva, A. T. C. (2015). *Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo*. (Tese de Doutorado, Programa de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-27102015-084632/pt-br.php>
- Silva, A. T. C., Menezes, P. R. (2008). Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 921–929.
- Silva, J. L. L., Soares, R. S., Costa F. S., Ramos, D. S., Lima, F. B. & Teixeira, L. R. (2015). Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(14), 125–133. doi: 10.5935/0103-507X.20150023
- Silva, S. C. P. S., Nunes, M. A. P., Santana, V. R., Reis, F. P., Machado Neto, J., & Lima, S. O. (2015). A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011–3020. doi: 10.1590/1413-812320152010.19912014

- Silveira, S., Câmara, S., & Amazarray, M. R. (2015). Burnout predictors in health professionals of primary care of Porto Alegre/RS, Brazil. *Caderno de Saúde Coletiva*, 22(4). doi: 10.1590/1414-462X201400040012
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., Ozvacic, Z., Desgranges, J. P., Moreau, A., Lionisi, C., Kotanyi, P., Carelli, F., Nowak, P. R., Azeredo, Z. A. S., Marklund, E., Churchill, D., & Ungan, M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice - an international journal*, 25(4), 245-265. doi: 10.1093/fampra/cmn038
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed.* Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: concept, evaluation and policy.* New York: Oxford University Press.
- Sundin, L., Hochwälder & Lisspers, J. (2011). A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work*, 38, 389–400. doi: 10.3233/WOR-2011-1142.
- Suner-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research* 1, 82–89. doi: 10.1016/j.burn.2014.07.004
- Takeuchi, D. T., Walton, E., & Leung, M. (2010). Race, social contexts, and health: Examining geographic spaces and places. In *Handbook of Medical Sociology, Sixth Edition* (pp. 92-105). Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F., Sugihara, G., Murai, T., Takahashi, H. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*, 4, e393. doi: 10.1038/tp.2014.34

- Theorell T. (2000). Working conditions and health. In: L. Berkman, & I. Kawachi (Eds). *Social epidemiology* (pp. 95-118). New York: Oxford University Press.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*(1), 9–26. doi:10.1037/1076-8998.1.1.9
- Thirioux, B., Birault, F., & Jaafari, N. (2016). Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Frontiers in Psychology, 7*(763), 1–11. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00763
- Thirioux, B., Mercier, M. R., Blanke, O., & Berthoz, A. (2014). The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: an electrical neuroimaging study on self – other interaction. *Neuroscience, 267*, 286–306. doi: 10.1016/j.neuroscience.2014.02.024
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. *Journal of General Internal Medicine, 22*(2), 177–183. doi: 10.1007/s11606-006-0039-6
- Thomas, M., Kohli, V., Choi, J. (2014). Correlates of Job Burnout among Human Services Workers: Implications for Workforce Retention. *The Journal of Sociology & Social Welfare, 41*(4), 69-90. Recuperado de <http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jrlsasw41&div=59&id=&page=>
- Torppa, M. A., Kuikka, L., Nevalainen, M., & Pitkälä, K. H. (2018). Emotionally exhausting factors in general practitioners' work. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 33*(3), 178-183. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1067514>
- Trindade, L. D. L., & Pires, D. E. P. D. (2013). Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto*

Enfermagem, 22(1), 36–42. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100005

Truchot, D. (2006). Le burnout des étudiants en médecine. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne [rapport]. *Médecine Générale Reims*, 30, 1-30. Recuperado de http://internat.martinique.free.fr/biblio/rapport_burnout_etudiant.pdf

Vandenbroeck, S., Van Gerven, E., De Witte, H., Vanhaecht, K., & Godderis, L. (2017). Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occupational Medicine*, 67, 546–554. doi: 10.1093/occmed/kqx126

Verweij, H., van der Heijden, F. M. M. A., van Hooff, M. L. M., Prins, J. T., Lagro-Janssen, A. L. M., van Ravesteijn, H., & Speckens, A. E. M. (2017). The contribution of work characteristics , home characteristics and gender to burnout in medical residents. *Advances in Health Sciences Education*, 22(4), 803–818. doi: 10.1007/s10459-016-9710-9

Vicentic, S., Gasic, J. M., Milovanovic, A., & Tosevic, D. L., Nenadovic, M., Damjanovic, A., Kostic, B. D., Jovanovic, A. A. (2013). Burnout, quality of life and emotional profile in general practitioners and psychiatrists, 45(1), 129–138. doi: 10.3233/WOR-121484

von Harscher, H., Desmarais, N., Dollinger, R., Grossman, S., & Aldana, S. (2017). The impact of empathy on burnout in medical students: new findings. *Psychology, Health & Medicine*, 23(3), 295-303. doi: 10.1080/13548506.2017.1374545

World Health Organization (2004). Work Organization and Health. *Protecting Workers' Health Series*, 3. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/en/

Worly, B., Verbeck, N., Walker, C., Clinchot, D., Keder, L., & Steinauer, J. (2017). Gender Differences in Medical Students' Experience of Burnout, Perceived Stress, and Empathic Concern [Abstract]. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), 615. doi: 10.1097/01.AOG.0000525777.75605.4e

- Yuguero, O., Marsal, J. R., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-gonzález, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *European Journal of General Practice*, 23(1), 4–10. doi: 10.1080/13814788.2016.1233173
- Zenasni, F., Boujut, E., du Vaure C. B., Catu-Pinault, A. Tavani, J. L., Rigal L., Jaury, P., Magnier A. M. Falcoff H. & Sultan S. (2012). Development of a French-Language Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and Association with Practice Characteristics and Burnout in a sample of General Practitioners. *The International Journal of Person Centered Medicine*, 2(4), 759-766. doi: 10.5750/ijpcm.v2i4.295
- Zenasni, F., Boujut, E., Woerner, A. & Sultan S. (2012). Editorials - Burnout and empathy in primary care: three hypothesis. *British Journal of General Practice*, 62(600), 346–347. doi: 10.3399/bjgp12X652193

ANEXOS

Anexo A. Estruturas fatoriais da versão original da IRI e da utilizada no presente estudo

Anexo B. Versão resumida da *Job Stress Scale (JSS)* adaptada para o português

Anexo C. Versão brasileira da escala *Effort-reward Imbalance (ERI)*

Anexo D. Pareceres dos Comitês de Ética

Anexo A

Os procedimentos de Análise Fatorial Exploratória adotados nesse estudo foram baseados nas diretrizes de Izquierdo, Olea e Abad (2014). Uma vez que a maioria dos itens agrupou-se nos mesmos fatores do estudo de validação brasileiro (Sampaio et al, 2011) e os itens que se deslocaram se mostraram compatíveis em significado com seu novo fator, optou-se por manter as etiquetas dos fatores conforme o estudo original (Sampaio et al. 2011).

Estruturas fatoriais da versão original da IRI e da utilizada no presente estudo

Itens	Original (Sampaio et al, 2011)				Presente estudo			
	F	PE	AP	TP	F	PE	AP	TP
1. Habitualmente me envolvo emocionalmente com filmes e/ou livros.	X				<u>-.586</u>	-.024	-.022	.060
2. Sou neutro quando vejo filmes (ítem invertido)	X				<u>-.430</u>	.075	-.069	-.058
3. Incomodo-me com as coisas ruins que acontecem aos outros.		X			-.042	<u>.542</u>	-.057	.139
4. Tento compreender o argumento dos outros.				X	.030	.155	.020	<u>.520</u>
5. Sinto compaixão quando alguém é tratado injustamente.		X			.092	<u>.488</u>	.078	.225
6. Quando vejo que se aproveitam de alguém, sinto necessidade de protegê-lo.		X			.061	<u>.626</u>	.014	.097
7. Imagino como as pessoas se sentem quando eu as critico.				X	.112	.300	.068	<u>.440</u>
8. Antes de tomar alguma decisão procuro avaliar todas as perspectivas.				X	-.043	-.031	-.047	<u>.579</u>
9. Tento compreender meus amigos imaginando como eles vêem as coisas.				X	-.022	.013	-.054	<u>.782</u>
10. Fico comovido com os problemas dos outros.		X			-.028	<u>.845</u>	-.011	-.026
11. Preocupo-me com as pessoas que não têm uma boa qualidade de vida.		X			-.035	<u>.810</u>	-.047	-.080
12. Descrevo-me como uma pessoa de “coração mole” (muito sensível).		X			-.106	<u>.588</u>	.150	-.017

Itens	Original (Sampaio et al, 2011)				Presente estudo			
	F	PE	AP	TP	F	PE	AP	TP

13. Costumo fantasiar com coisas que poderiam me acontecer. *	X								
14. Perco o controle quando vejo alguém que esteja precisando de muita ajuda.			X						
15. Depois de ver uma peça de teatro ou um filme sinto-me envolvido com seus personagens.	X								
16. Costumo me emocionar com as coisas que vejo acontecer.		X							
17. Fico apreensivo em situações emergenciais.			X						
18. Quando vejo uma história interessante, imagino como me sentiria se ela estivesse acontecendo comigo.	X								
19. Tendo a perder o controle durante emergências.			X						
20. Coloco-me no lugar do outro se eu me preocupo com ele. *					X				
21. Escuto os argumentos dos outros, mesmo estando convicto de minha opinião. §					X				
22. Fico tenso em situações de fortes emoções. §			X						
23. Sinto-me indefeso numa situação emotiva. §			X						
24. Sinto emoções de um personagem de filme como se fossem minhas próprias emoções. §	X								
25. Tenho facilidade de assumir a posição de um personagem de filme. §	X								
26. Habitualmente fico nervoso quando vejo pessoas feridas. §			X						
Nº de ítems	7	7	6	6	4	8	4	4	
Variância explicada	22.3%	9.8%	7.2%	5.4%	3.7%	27.3%	9.8%	2.9%	
Método de Extração	Componentes Principais				Fatoração de Eixos Principais				
Método de Rotação	Promax				Oblimin				
Matriz de Correlações analisada	Não informado				Pattern Matrix				

Nota: * = Ítems que no presente estudo compõem fator diferente daquele a que pertenciam no estudo original. § = Ítems não aplicados no presente estudo. F = Fantasia. PE = Preocupação Empática. AP = Angústia Pessoal. TP = Tomada de Perspectiva

Anexo B

Versão resumida da *Job Stress Scale (JSS)* adaptada para o Português

Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho.

- a) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- b) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- c) Seu trabalho exige demais de você?
- d) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- e) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
- f) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- g) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- h) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- i) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- j) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- k) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho.

- l) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- m) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- n) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- o) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- p) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- q) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

Opções de resposta de A até K:

- Frequentemente;
- Às vezes;
- Raramente;
- Nunca ou Quase nunca.

Opções de resposta de L até Q:

- Concordo totalmente;
- Concordo mais que discordo;
- Discordo mais que concordo;
- Discordo totalmente.

Anexo C

Versão brasileira da escala *Effort-reward Imbalance (ERI)*

Indique se esta de acordo ou não com as informações seguintes. Se depois da sua resposta encontrar uma seta (→) indique, em cada caso, quanto isso o estressa.

1. Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada (quantidade) de trabalho.
2. Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho.
3. Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho.
4. Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora.
5. Meu trabalho exige muito esforço físico.
6. Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim.
7. Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes.
8. Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho.
9. No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis.
10. No trabalho, eu sou tratado injustamente.
11. Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro.
12. No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas.
13. Tenho pouca estabilidade no emprego.
14. A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento.
15. No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.
16. Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.
17. Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

Assinale até que ponto você concorda ou discorda das afirmativas abaixo:

18. No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.
19. Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.
20. Quando chego em casa, eu consigo relaxar e ‘me desligar’ facilmente do meu trabalho.
21. As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

22. O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

23. Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

Opções de resposta para os itens 1-6; 10-13:

- Concordo → E com isso fico: Nem um pouco estressado; Um pouco estressado; Estressado; Muito estressado;
- Discordo.

As opções de resposta para os itens 7-9 e 14-17 são as mesmas, mas as opções relativas ao estresse estão ligadas à resposta “Discordo”.

Opções de resposta para os itens 18-23:

- Discordo totalmente;
- Discordo;
- Concordo;
- Concordo totalmente.

Anexo D

Pareceres dos Comitês de Ética

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DO BURNOUT COM A EMPATIA EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE UNIDADES BÁSICAS TRADICIONAIS E DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66152017.6.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.007.294

Apresentação do Projeto:

A literatura sugere que os níveis de estresse ocupacional e Burnout associados a profissionais de saúde podem afetar a qualidade do cuidado, tendo influência nos níveis de empatia autorrelatados por esses. Estudos apontam diferenças de natureza e intensidade entre os estressores presentes em dois modelos assistências vigentes na Atenção Primária em Saúde brasileira, as unidades básicas de saúde "tradicionais" e as Estratégias de Saúde da Família, sugerindo que possam haver consequências distintas sobre o desgaste profissional e, consequentemente, sobre a empatia apresentada pelos profissionais nesses dois contextos. Contudo, para avaliar a influência do estresse ocupacional e do Burnout sobre a habilidade dos profissionais de empatizar com seus pacientes, é interessante mensurar a empatia não apenas pela perspectiva dos profissionais, como ocorre na maioria dos estudos médicos (Pedersen, 2009), mas incluir outras medidas de empatia, considerando, por exemplo, a perspectiva do paciente, uma vez que a empatia autorrelatada não necessariamente coincide com aquela efetivamente demonstrada em atendimento (Tamburrino, Lynch, Nagel & Mangen, 1993; Evans, Stanley & Burrows, 1993). Há indícios de que o grau de empatia demonstrado por profissionais de saúde pode variar, por exemplo, em função das diferenças entre esses e seus pacientes no que diz respeito a raça (Forgiarini, Gallucci

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 2.007.294

& Maravita, 2011), nível socioeconômico (Mercer et al, 2016) e identidade de gênero ou orientação sexual (Amaral, 2007; JSI Research & Training Institute, 2000; Willging, Salvador & Kano, 2006).

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” em comparação com aquelas de Estratégia de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os proponentes referem que há riscos mínimos em participar do estudo, relacionados a algum desconforto que o participante possa experimentar ao preencher os instrumentos de pesquisa. Caso isso ocorra, a equipe de pesquisa estará à disposição destes.

Em relação aos benefícios de participação no estudo, mencionam que o participante contribuirá para a compreensão sobre a saúde do trabalhador e sobre o atendimento em unidades de saúde, podendo ajudar a gerar melhorias desses serviços no futuro.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo transversal realizado a partir da aplicação de questionários com trabalhadores de saúde e usuários de serviços de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão presentes e em conformidade com a resolução do CNS 466/12.

Recomendações:

Alterar número da resolução mencionada nos termos obrigatórios e no projeto de pesquisa (resolução atual é de número 466/12).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em conformidade com a resolução do CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_885004.pdf	23/03/2017 20:42:44		Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

UFRGS - INSTITUTO DE
PSICOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.007.294

Outros	Formulario_de_submissao_de_projeto_d_e_pesquisa.pdf	23/03/2017 20:39:34	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Aprovacao_da_COMPESQ_UFRGS.pdf	23/03/2017 20:37:59	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	23/03/2017 20:35:51	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_da_coordenacao_oude_sera_realizada_a_pesquisa.PDF	23/03/2017 20:33:53	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.docx	23/03/2017 20:22:41	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoEstudo2.docx	23/03/2017 20:10:28	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermosdeConsentimentoLivreeEsclarecidoEstudo1.docx	23/03/2017 20:08:52	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.PDF	23/03/2017 20:04:36	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Abril de 2017

Assinado por:
Milena da Rosa Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DO ESTRESSE OCUPACIONAL E DO BURNOUT COM A EMPATIA EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE UNIDADES BÁSICAS TRADICIONAIS E DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66152017.6.3001.5338

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.137.264

Apresentação do Projeto:

O objetivo da presente pesquisa é investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde "tradicionais" e em Estratégias de Saúde da Família. Essa pesquisa será dividida em dois estudos transversais, de amostragem não probabilística. Essa pesquisa será dividida em dois estudos transversais, de amostragem não probabilística. No primeiro os profissionais das categorias enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, médico(a), cirurgião(ã) dentista, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal e agente comunitário(as) de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre, tanto em UBS quanto em ESF, receberão por e-mail link de acesso a plataforma Survey Monkey. Através dessa, responderão às versões brasileiras da Job Stress Scale e da Escala effort-reward imbalance para avaliação de estresse no trabalho, do Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, do Índice de Reatividade Interpessoal e de um questionário abordando aspectos sócio-demográficos, histórico profissional e processo de trabalho. No segundo estudo serão visitadas as unidades de 30 médicos(as) e 30 enfermeiros(as) sorteados entre os que houverem se identificado voluntariamente no primeiro estudo e será feita a coleta presencial com seis usuários atendidos por cada profissional sorteado. Os instrumentos utilizados serão a versão brasileira da escala Consultation and Relational Empathy

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 2.137.264

– CARE e um questionário de informações sociodemográficas, acompanhamento na unidade e satisfação com o serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo principal desse projeto é investigar a associação do estresse ocupacional e do Burnout com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” e em Estratégias de Saúde da Família.

Objetivo Secundário:

Os objetivos secundários dessa pesquisa são: (a) averiguar a associação do grau de estresse ocupacional e Burnout dos profissionais da APS, o modelo assistencial em que atuam (UBS ou ESF), sua categoria profissional, características sociodemográficas, condições de trabalho e histórico ocupacional com os seus níveis de empatia autorrelatada; (b) investigar a associação dos níveis de empatia, estresse ocupacional e Burnout autorrelatados por profissionais da APS, as características sociodemográficas e de histórico ocupacional desses, as condições de trabalho e o modelo assistencial em que atuam (UBS ou ESF) com os níveis de empatia percebida pelos usuários por eles atendidos; (c) averiguar a associação das características sociodemográficas, do histórico de acompanhamento e da satisfação dos usuários da APS em relação à unidade com a empatia percebida por esses nos atendimentos; (d) averiguar a associação da coincidência ou diferença entre usuários e profissionais em relação a raça, orientação sexual ou identidade de gênero com os níveis de empatia percebida pelos usuários no atendimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o autor, estão descritos os riscos e benefícios como segue.

Riscos:

Os riscos ao participar da pesquisa são mínimos e dizem respeito a algum desconforto que o participante possa experimentar ao preencher os instrumentos de pesquisa. Caso isso ocorra, a equipe de pesquisa estará à sua disposição.

Benefícios:

O participante terá como benefício contribuir para a pesquisa sobre saúde do trabalhador e sobre o atendimento em unidades de saúde, podendo ajudar a gerar melhorias desses serviços no futuro.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 2.137.264

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador Responsável: Eduardo Augusto Remor
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia
Tipo: Dissertação de Mestrado
Local: Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre
Número participantes: 760 (400 profissionais de saúde; 360 usuários)
Cronograma: janeiro de 2017 à março 2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se retornar os resultados da pesquisa aos profissionais participantes tendo em vista que muitos não participam do CMS e possivelmente não ficariam cientes. Seria interessante enviar por e-mail aos que aderirem, uma cópia do resultado final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na elaboração de seu parecer foram encontradas as seguintes pendências:

1) No estudo 1 será enviado para leitura o TCLE, via plataforma, antes do preenchimento dos questionários. Será enviada uma cópia para os participantes em caso de dúvidas? De que forma?

Resposta do pesquisador: O termo contará com um link para que o participante possa fazer o download de uma cópia, caso deseje.

Análise: pendência atendida.

2) Qual será a forma de se conseguir os e-mails dos participantes de pesquisa (profissionais)?

A pesquisa será divulgada, com autorização da gestão municipal, nas reuniões mensais dos coordenadores de equipes de APS de Porto Alegre com suas gerências distritais. Nessas reuniões serão distribuídos flyers com o link para participação na pesquisa, e será solicitado que os coordenadores os entreguem às suas equipes. Também serão solicitados os endereços de e-mail dos coordenadores. Subsequentemente, será enviado e-mail a esses com o link da pesquisa, para que encaminhem às equipes e também participem, caso se encaixem nas categorias profissionais enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, médico(a), cirurgião(ã) dentista, técnicos(as) e auxiliares de saúde bucal e agente comunitário(as) de saúde que atuam na Atenção Primária em Saúde.

Análise: pendência atendida.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

Continuação do Parecer: 2.137.264

As pendências solicitadas foram atendidas, projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_885004.pdf	23/03/2017 20:42:44		Aceito
Outros	Formulario_de_submissao_de_projeto_e_pesquisa.pdf	23/03/2017 20:39:34	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Aprovacao_da_COMPESQ_UFRGS.pdf	23/03/2017 20:37:59	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_de_utilizacao_e_divulgacao_dos_dados.pdf	23/03/2017 20:35:51	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_e_autorizacao_da_coordenacao_ounde_sera_realizada_a_pesquisa.PDF	23/03/2017 20:33:53	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa.docx	23/03/2017 20:22:41	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 2.docx	23/03/2017 20:10:28	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 1.docx	23/03/2017 20:08:52	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.PDF	23/03/2017 20:04:36	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



Continuação do Parecer: 2.137.264

PORTO ALEGRE, 26 de Junho de 2017

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com

APÊNDICES

Apêndice A. Resultados do estudo piloto: porcentagem de acordo entre avaliadores.
Avaliação de questões do protocolo e observações gerais

Apêndice B. Panfleto enviado e distribuído para os profissionais de saúde

Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE

Apêndice D. Formulário de características sociodemográficas, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade

Apêndice A

Resultados do estudo piloto: porcentagem de acordo entre avaliadores

Questões	Sim	%	Não	%	Sugestões/ críticas	Modificações realizadas a partir do piloto
a) De forma geral, as questões do protocolo estavam escritas de forma clara?	9	100	0	0	-	-
b) A configuração do questionário (fonte, tamanho de letra, espaçamento, disposição das opções...) estava adequada?	8	88,89	1	11,11	A fonte poderia ser maior	A fonte foi aumentada
c) Você acredita que as questões são adequadas para a sua categoria profissional na APS?	9	100	0	0	-	-
d) Você acredita que a extensão do protocolo (número de questões) seja adequada? *	2	66,67	1	33,33	-	-
f) A ordem das questões encoraja o preenchimento de todo o protocolo?	9	100	0	0	-	-
e) Em sua opinião, ao revisar o protocolo, este lhe pareceu: *	Curto N (%)	Nem curto nem longo N (%)	Longo, porém viável N (%)	Longo N (%)	Excessiva- mente longo N (%)	
	0 (0)	3 (100)	0(0)	0(0)	0 (0)	

Nota: *Perguntas consideradas válidas apenas para participantes que preencheram versão completa do questionário.

Avaliação de questões do protocolo e observações gerais

Nº	Observações, críticas e sugestões	Modificações realizadas a partir do piloto
4.	(P1) Dificuldades para encontrar a unidade de saúde na lista	Revisada a lista de unidades de saúde.
7.	(P5) Dificuldade na identificação do tipo de unidade	Ampliada a descrição de cada tipo de unidade
8.	(P8) Dúvida de o porquê GHC ser considerado convênio.	Ampliado número de opções de resposta, com uma instituição empregadora por ítem.
9.	(P7) Possível constrangimento se a pessoa faltar muito ao trabalho./ Dúvida se trabalho no território se encaixa na questão.	Reformulada a questão para abarcar trabalho no território
Nº	Observações, críticas e sugestões	Modificações realizadas a partir do piloto

10.	(P2) Dúvida sobre preenchimento dos meses ser relevante para quando há anos de atuação	-
11.	(P3/P6) "Atenção Primária" não fica claro (2x)	Expressão substituída por "unidades de saúde em geral"
12.	(P2) Dúvida sobre curso técnico para agentes ser considerado formação específica.	-
14.	(P9) Não há opção para carga horária de 36 horas. Colocar opção de outros ou campo para preencher.	Adicionado campo de "Outros"
18.	(P2) Não identificação de que era campo só para números / (P2/P6) Delimitação por turno de trabalho passou despercebida/ Incluir outros procedimentos que não consultas.	Incluídos visitas domiciliares para o ACS e procedimentos para o técnico ou auxiliar de enfermagem.
19.	(P2) Dúvida sobre se saber de violência a partir de redes sociais poderia ser considerada.	-
20.	(P2) Dúvida sobre se estruturas anexas contam./ (P9) Questão poderia ser de resposta qualitativa, para descrição do que falta ou é problemático.	-
21.	(P9) Questão poderia ser de resposta qualitativa, para descrição do que falta ou é problemático.	-
22.	(P2/P5/P6) "insumos" não fica claro para o ACS. /(P5) Dúvida sobre inclusão de material de expediente./ (P9) Questão poderia ser de resposta qualitativa, para descrição do que falta ou é problemático.	Adicionado termo "material de consumo"
32.	(P4) Dificil identificar a notificação de erro por uso de letras em campo para números.	Adicionada instrução para preenchimento apenas com números. Notificação de erro colocada em letras capitais.
34.	(P9) Questionamento sobre relevância da pergunta para a pesquisa	-
35.	(P9) Questionamento sobre relevância da pergunta para a pesquisa	-
36.	(P1/P5) Não está sendo possível marcar mais de uma opção. /(P5)Pessoas conservadoras podem se incomodar com a pergunta. / (P6) Pergunta de difícil compreensão/ (P7) Invisibilidade às pessoas bissexuais / (P9) Questionamento sobre relevância da pergunta para a pesquisa	Alterada configuração da questão para aceitar mais de uma opção. Alterado texto para tornar compreensão mais fácil.
Nº	Observações, críticas e sugestões	Modificações realizadas a partir do piloto
38.	(P8) Dúvida sobre significado da expressão "atendimento clínico"	Expressão substituída por "consultas".

39. (P3) Não fica claro o porquê de pedir a unidade de novo. / (P5/P6) Texto não é lido por ser extenso. Excluído campo que solicitava identificação da unidade de saúde. Texto da questão reduzido e simplificado.
- Obs. (P5) Incluir questão aberta sobre as maiores dificuldades na atuação profissional. / (P7) Questionário longo para ser autoaplicável. Extensão deve ficar mais clara e os profissionais convencidos de preenchê-lo apesar de ser longo./ (P8) Adicionar pergunta em relação à estresse ou pressão em dar supervisão a estagiários ou residentes e sobre comportamento em situação de conflitos com colegas. Incluída pergunta sobre supervisão. Tempo estimado de preenchimento foi sinalizado no TCLE.
-

Apêndice B

Panfleto enviado e distribuído para os profissionais de saúde.

Contribua para o conhecimento sobre o estresse em trabalhadores de UBS e ESF

CICOM | UFRGS

Convidamos **você**, profissional de saúde das **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** ou **Estratégia de Saúde da Família (ESF)** de Porto Alegre para participar da nossa pesquisa **anônima online** sobre **estresse e fadiga** dos trabalhadores e sua relação com a qualidade do atendimento percebida pelos usuários.

Esperamos que essa pesquisa contribua para a melhoria dos serviços e das condições de trabalho nas unidades de saúde.

Ao final da coleta, você poderá ter uma devolução para seu e-mail particular sobre o seu grau de estresse.

Pesquisador: Mestrando João P. Pinheiro
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Remor

Para participar, acesse:

OU
bit.ly/esf-ubs
OU
goo.gl/6NmPAV



Em caso de dúvidas, entre em contato com:
jpineiro@ufrgs.br

Conheça mais das nossas pesquisas em:
ufrgs.br/gpps

*Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Secretário Municipal de Saúde Porto Alegre (CEP SMT) e pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (COMPESS).

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: TCLE

Programa de Pós-graduação em Psicologia - UFRGS

Grupo de Pesquisa em Psicologia da saúde – GPPS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Associação do estresse ocupacional e do Burnout com a empatia em profissionais da atenção primária em saúde de unidades básicas tradicionais e de Estratégias de Saúde da Família*

Sua participação é muito importante para a Atenção Primária em Saúde brasileira!

Objetivo do estudo

Investigar a associação do estresse ocupacional e do *Burnout* com os níveis de empatia autorrelatada pelos profissionais e de empatia percebida pelos usuários em unidades básicas de saúde “tradicionais” e em Estratégias de Saúde da Família

Quem irá participar

Foram convidados a participar enfermeiros(as), médicos(as), técnicos(as)/auxiliares de enfermagem, agentes comunitários(as) de saúde, cirurgiões(ãs) dentistas e auxiliares/técnicos(as) em saúde bucal da APS de Porto Alegre.

Como se dará sua participação e quais cuidados éticos serão tomados

Sua participação é voluntária e se dará por meio de preenchimento de um protocolo de avaliação (questionário) respondido pela internet, com duração prevista de até 30 minutos. Suas respostas pessoais serão mantidas sigilosas, estarão armazenadas nessa plataforma de pesquisa *online* segura (<https://pt.surveymonkey.com/>), disponíveis apenas para os pesquisadores. Uma cópia dos dados será guardada de forma segura pelo grupo de pesquisa (Sala 101) no Instituto de Psicologia durante 5 anos. **Você tem o direito de se retirar do estudo a qualquer momento**, independentemente do motivo, sem quaisquer prejuízos. Essa pesquisa foi submetida à avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de

Psicologia - UFRGS (nº do parecer: 2.007.294) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (nº do parecer: 2.137.264), e à aprovação da Coordenação Geral da Atenção Básica do município.

Riscos e benefícios

Todos os procedimentos desse estudo obedecem aos princípios de ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os riscos ao participar são mínimos e se referem a você experimentar algum desconforto ao preencher os instrumentos. Nesse caso, a equipe de pesquisa estará à disposição para assistência imediata assim que você entre em contato. Em relação aos benefícios, ao participar, terá uma oportunidade de refletir sobre aspectos relacionados ao seu contexto de trabalho e contribuirá para o avanço no conhecimento sobre saúde do trabalhador, com potencial de melhoria das condições de trabalho e dos serviços de Atenção Primária em Saúde.

Contatos

Para qualquer informação ou dúvida, você poderá entrar em contato com o pesquisador no e-mail joaopinheiro85@gmail.com, pelo telefone (51)995414724, ou poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre – RS. Fones: (51)3308-5698 ou (51)3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia). E-mail: cep-psico@ufrgs.br.

Consentimento Pós-Informação

Ao clicar sobre o botão “Eu concordo em participar da pesquisa” abaixo, você estará afirmando que concorda em participar do projeto, tendo compreendido as informações acima.

[Eu concordo em participar da pesquisa]

[Caso deseje uma cópia desse termo de consentimento, clique aqui \(ele ficará disponível para download em uma nova janela do seu navegador\)](#)

Muito obrigado por sua participação!

João Paulo Pinheiro (mestrando)

Prof. Dr. Eduardo Remor (orientador)

Apêndice D

Formulário de características sociodemográficas, histórico profissional e contexto de trabalho na unidade

[O TCLE foi numerado pela plataforma como a questão 1]

Dados Profissionais

2. Categoria profissional:

- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Agente Comunitário(a) de Saúde
- Técnico(a) ou Auxiliar de Enfermagem
- Cirurgião(ã) Dentista
- Técnico(a) ou Auxiliar de Saúde Bucal
- Outra categoria

3. Em relação aos serviços de saúde onde trabalha:

- Atua em apenas uma unidade de saúde de Porto Alegre.
- Atua em apenas uma unidade de saúde de Porto Alegre e em algum(s) outro(s) serviço(s) de saúde.
- Atua em mais de uma unidade de saúde de Porto Alegre.
- Atua em mais de uma unidade de saúde de Porto Alegre e em algum(s) outro(s) serviço(s) de saúde.

4. Nome da unidade em que atua em Porto Alegre (opcional): [Lista suspensa]

5. Se atua em mais de uma unidade em Porto Alegre, por favor, indique também o nome da segunda unidade (opcional): [Lista suspensa]

6. Qual a gerência distrital da(s) unidade(s) onde você trabalha em Porto Alegre? (Se mais de uma, marcar todas que se aplicam)

- NORTE EIXO BALTAZAR

- () SUL CENTRO SUL
- () RESTINGA EXTREMO SUL
- () GLÓRIA CRUZEIRO CRISTAL
- () LESTE NORDESTE
- () NOROESTE HUMAITA NAVEGANTES ILHAS
- () CENTRO
- () PARTENON LOMBA DO PINHEIRO

7. Em que tipo de unidade(s) está vinculado(a) no município? (Se mais de um tipo, marcar todas que se aplicam)

- () Unidade apenas com profissionais vinculados a equipe tradicional (UBS)
- () Unidade apenas com profissionais vinculados a Estratégia de Saúde da Família (ESF)
- () Unidade com profissionais de Estratégia de Saúde da Família e de equipe tradicional na mesma unidade (ESF + UBS)
- () Unidade de Saúde Indígena

8. Como se dá seu vínculo profissional?

- () Via IMESF
- () Via Secretaria Municipal de Saúde
- () Via PROVAB
- () Via Programa Mais Médicos
- () Via Estado
- () Via Federação
- () Via GHC
- () Via HCPA
- () Via PUC
- () Via HED
- () Via HMD
- () Outro

9. Você pôde estar trabalhando pelo menos um dia na última semana? (Considere apenas trabalho relacionado à(s) unidade(s) de saúde em que atua em Porto Alegre)

Sim

Não

10. Há quanto tempo atua na área da saúde? (Preencher apenas com números)

ANOS:

MESES:

11. Quanto tempo de atuação possui em unidades de saúde em geral, contando a atual e outras em que já trabalhou? (Preencher apenas com números)

ANOS:

MESES:

12. Há quanto tempo está vinculado à unidade de saúde em que atua hoje em dia em Porto Alegre? (Preencher apenas com números. Se for mais de uma, responda sobre a unidade cujo vínculo é mais recente)

ANOS:

MESES:

13. Possui especialização, residência ou curso técnico específico para atuar em unidades de saúde / Atenção Primária em Saúde?

Sim

Não

14. É coordenador(a) de equipe de unidade de saúde?

Sim

Não

15. Supervisiona ou orienta a atuação de residente ou estagiário(a) na(s) unidade(s) a que está vinculado(a)?

Sim

Não

16. A(s) equipe(s) em que atua está(ão) completa(s)? (Todas as vagas de profissionais estão preenchidas?)

Sim

Não

17. Carga horária semanal de trabalho vinculado à(s) unidade(s):

20 horas

30 horas

40 horas

Outra (Especifique a carga horária semanal no campo abaixo, usando apenas números)

18. Número de consultas, em média, por turno em que faz atendimentos na(s) unidade(s). Técnicos e auxiliares: preencher com média de procedimentos por turno. Agentes Comunitários: preencher com número médio de visitas domiciliares por turno de visita. (Preencher apenas com números. Se for mais de uma unidade, pensar em um número médio considerando ambas).

19. Com que frequência, aproximadamente, você fica sabendo de episódios de violência armada dentro do território de abrangência de sua unidade?

Menos de uma vez por ano.

Pelo menos uma vez por ano.

Pelo menos uma vez a cada seis meses.

Pelo menos uma vez por mês.

Pelo menos uma vez por semana.

20. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto as condições e o espaço físico da(s) unidade(s) em que atua e seus anexos são adequados para o desempenho de sua função (1 = totalmente inadequado e 5 = totalmente adequado).

1

2

3

4

5

21. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto os equipamentos disponibilizados na(s) unidade(s) em que atua estão adequados para o desempenho de sua função (1 = totalmente inadequado e 5 = totalmente adequado).

1 2 3 4 5

22. Em uma escala de 1 a 5, pontue o quanto os insumos e materiais de consumo disponibilizados na(s) unidade(s) estão adequados para o desempenho de sua função (1= totalmente inadequado e 5 = totalmente adequado).

1 2 3 4 5

[As questões 23 a 32 referem-se aos itens das escalas]

Dados Pessoais

32. Idade (preencher apenas com números): _____.

33. Raça/Cor:

- Preto
- Pardo
- Branco
- Amarelo
- Indígena

34. Ao nascer você foi registrado(a) como:

- Mulher
- Homem

35. Marque a opção que melhor define sua identidade de gênero:

(marcar o gênero do qual você se considera)

- Mulher
- Homem
- Mulher transexual
- Homem transexual

- Travesti
- Outro
- Não quero informar

36. Você se sente atraído(a) por:

(se for o caso, marque mais de uma opção)

- Mulher
- Homem
- Mulher transexual
- Homem transexual
- Travesti
- Outro
- Não quero informar

37. Caso queira receber uma devolução sobre as respostas que forneceu acima, por favor, digite abaixo seu endereço de e-mail:

Se você é médico(a) ou enfermeiro(a), por favor, responda as duas questões abaixo. Se não for, clique no botão "Concluído", ao fim da página, para enviar suas respostas.

38. Realiza consultas (médicas ou de enfermagem) na unidade de saúde em que atua?

- Sim
- Não

39. Por fim, permita que usuários atendidos por você participem da próxima etapa desse estudo, escrevendo seu nome abaixo. A fase seguinte dessa pesquisa será muito importante, pois permitirá investigar como as informações relatadas pelos profissionais se relacionam com as características e percepções do público atendido. Vale lembrar que os seus dados não serão analisados individualmente e todas as suas respostas permanecerão em total sigilo.

Nome completo:

Muito obrigado por sua participação!!

