

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**A SÍNDROME DE *BURNOUT* NOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DE
PORTO ALEGRE, RS**

João Regis Oliveira

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA COMO PARTE DOS REQUISITOS
OBRIGATÓRIOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM
ODONTOLOGIA, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE BUCAL
COLETIVA**

**Prof. Dra. Sonia Maria Blauth de Slavutzky
ORIENTADORA**

Porto Alegre (RS), julho de 2001

Para João de Deus e Maria Neusa,
mestres da minha vida

Para Keila, que não me deixa caminhar
só

Para Gabriel, Betina e Eduarda,
esperanças de um mundo melhor

Agradecimentos

A Professora Sonia Maria Blauth de Slavutzky, pela sua orientação serena e segura; mestre e amiga de todas as horas.

Aos Colegas Cirurgiões-Dentistas que fizeram parte da amostra deste estudo, pela colaboração imprescindível.

Ao Mestre Hugo Rossetti, "El sendero luminoso de la odontologia para la salud". Para muitos um louco, para mim um visionário.

Ao Doutor Richard Watts, que na sua breve passagem pelo Brasil, enriqueceu o nosso conhecimento e traçou o caminho desta pesquisa.

À Giovani Biazzetto da Silva, um jovem de futuro promissor, que foi incansável na busca dos dados que compõe este estudo.

Aos Professores Nelson Michel e Renato Michel, responsáveis técnicos pela orientação e condução da análise estatística deste estudo.

À Carla Lindemayer Valduga e Marília Paim de Avellar, responsáveis pelas traduções fidedignas dos textos originais da língua inglesa.

À Norma Ataíde e Eloísa Pfitscher, pelas suas contribuições nas referências bibliográficas e na ficha catalográfica deste estudo.

À Marina Slavutzky, pela sua paciência e eficiência nas correções de português.

Ao Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul - SESI/RS, pelo apoio recebido durante a realização do curso.

RESUMO

Os cirurgiões-dentistas estão expostos diariamente ao contato com pacientes tensos e ansiosos, à uma extensa jornada de trabalho e atuam muitas vezes em condições de trabalho desfavoráveis. São profissionais que se encontram em risco constante de experimentar a síndrome de *burnout*, um processo que apresenta como componentes: esgotamento emocional; despersonalização e falta de realização pessoal. No presente estudo, investigou-se o nível de *burnout* em relação aos três fatores da síndrome, em uma amostra de 169 cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, RS, usando-se um questionário auto-aplicativo, o Maslach Burnout Inventory (MBI), que foi levado até os profissionais no seu local de trabalho. Constatou-se que os CDs da amostra apresentaram níveis baixos de esgotamento emocional e de despersonalização e muito baixos para falta de realização pessoal. Não foi detectado taxa alta global da síndrome de *burnout*. A variável situação profissional estava associada significativamente às sub escalas do MBI, sugerindo que as características de estrutura organizacional do trabalho são mais importantes na explicação da síndrome de *burnout* do que as variáveis pessoais.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição dos escores dos CDs da amostra para a sub escala Esgotamento Emocional (EE).....	70
FIGURA 2 – Distribuição dos escores dos CDs da amostra para a sub escala Despersonalização (DP).....	74
FIGURA 3 – Distribuição dos escores dos CDs da amostra para a sub escala Realização Pessoal (RP).....	77

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Estágios sucessivos de <i>burnout</i>	31
QUADRO 2 – Número de CDs do sexo masculino e feminino, domiciliados em Porto Alegre (RS) e formados entre os anos de 1975 e 1995.....	56
QUADRO 3 – Distribuição dos CDs da amostra por gênero.....	61
QUADRO 4 – Distribuição dos CDs da amostra por idade.....	61
QUADRO 5 – Distribuição dos CDs da amostra por estado civil.....	61
QUADRO 6 – Distribuição dos CDs da amostra por tempo de formatura.....	62
QUADRO 7 – Distribuição dos CDs da amostra por situação profissional.....	62
QUADRO 8 – Distribuição dos CDs da amostra por forma de atendimento.....	63
QUADRO 9 – Distribuição dos CDs da amostra quanto ao número de CDs no local de trabalho.....	63
QUADRO 10 – Distribuição dos CDs da amostra por número de atendimentos diários.....	64
QUADRO 11 – Distribuição dos CDs da amostra por jornada diária de trabalho.....	64
QUADRO 12 – Distribuição dos CDs da amostra por tipo de tratamento.....	64
QUADRO 13 – Distribuição dos CDs da amostra por nível educacional.....	65
QUADRO 14 – Distribuição dos níveis da sub escala Esgotamento Emocional (EE).....	66
QUADRO 15 – Distribuição dos níveis da sub escala EE por gênero.....	67
QUADRO 16 – Distribuição dos níveis da sub escala EE por estado civil.....	67
QUADRO 17 – Distribuição dos níveis da sub escala EE por número de CDs no local de trabalho.....	68
QUADRO 18 – Distribuição dos níveis da sub escala EE por situação profissional.....	69

QUADRO 19 – Distribuição dos níveis da sub escala EE por jornada diária de trabalho.....	69
QUADRO 20 – Distribuição dos níveis da sub escala Despersonalização (DP).....	71
QUADRO 21 – Distribuição dos níveis da sub escala DP por gênero.....	71
QUADRO 22 – Distribuição dos níveis da sub escala DP por estado civil.....	72
QUADRO 23 – Distribuição dos níveis da sub escala DP por situação profissional.....	73
QUADRO 24 – Distribuição dos níveis da sub escala DP por jornada diária de trabalho.....	73
QUADRO 25 – Distribuição dos níveis da sub escala Realização Pessoal (RP)....	75
QUADRO 26 – Distribuição dos níveis da sub escala RP por gênero.....	75
QUADRO 27 – Distribuição dos níveis da sub escala RP por situação profissional.....	76
QUADRO 28 – Distribuição dos CDs da amostra com alto nível global de <i>burnout</i>	78
QUADRO 29 – Distribuição dos CDs da amostra com baixo nível global de <i>burnout</i>	79
QUADRO 30 – Valores do Coeficiente de Pearson e o Grau da Correlação Linear.....	80
QUADRO 31 – Matriz das correlações lineares, Coeficiente de PEARSON (r)....	82
QUADRO 32 – Matriz das associações, Coeficiente de Contingência (C).....	83
QUADRO 33 – Confiabilidade do MBI, valores do α de Cronbach.....	84
QUADRO 34 – Escores médios e desvio padrão para as sub escalas do MBI em amostras de CDs brasileiros e britânicos.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS

CD – Cirurgião-Dentista

CDs – Cirurgiões-Dentistas

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CRO – Conselho Regional de Odontologia

CRO/RS - Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul

DP – Despersonalização

EE – Esgotamento Emocional

FRP – Falta de Realização Pessoal

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

MBI – Maslach Burnout Inventory

MS – Ministério da Saúde

NSH – National Health Service

RP – Realização Pessoal

SGA – Síndrome Geral de Adaptação

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
LISTA DE FIGURAS E QUADROS.....	5
LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 ORIGEM DO TERMO <i>BURNOUT</i>	20
2.2 DEFINIÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	22
2.3 DIFERENCIAÇÃO ENTRE <i>BURNOUT</i> E ESTRESSE.....	24
2.4 COMPONENTES E FASES DO <i>BURNOUT</i>	28
2.4.1 Componentes da síndrome de <i>burnout</i>	28
2.4.2 Fases evolutivas do <i>burnout</i>	30
2.5 IMPORTÂNCIA SOCIAL E ORGANIZACIONAL DO <i>BURNOUT</i>	32
2.6 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO <i>BURNOUT</i>	33
2.6.1 Variáveis profissionais.....	34
2.6.2 Variáveis demográficas.....	38
2.6.2.1 Gênero.....	38
2.6.2.2 Idade.....	39
2.6.2.3 Estado civil.....	39
2.6.2.4 Tempo de formatura.....	40
2.7 CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS DO <i>BURNOUT</i>	41
2.8 SINTOMAS DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	44
2.8.1 Físicos.....	45
2.8.2 Psíquicos.....	46
2.8.3 Emocionais.....	46
2.8.4 Comportamentais.....	47
2.9 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO.....	48
3. PROPOSIÇÃO.....	52
4. METODOLOGIA.....	55
4.1 AMOSTRA.....	55
4.2 INSTRUMENTOS USADOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	56
4.3 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO.....	58
4.4 PLANO DE ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	59

5. RESULTADOS.....	60
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CDs DA AMOSTRA.....	60
5.2 VALIDAÇÃO DO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).....	65
5.3 NÍVEL DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> NOS CDs DA AMOSTRA....	66
5.3.1 Nível da síndrome de <i>burnout</i> para cada sub escala do MBI.....	66
5.3.2 Nível global da síndrome de <i>burnout</i> nos CDs da amostra.....	78
5.4 CORRELAÇÕES ENTRE AS SUB ESCALAS DO MBI E O CONJUNTO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DOS CDs DA AMOSTRA.....	79
5.4.1 Correlação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas quantitativas.....	79
5.4.2 Associação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas qualitativas.....	83
6. DISCUSSÃO.....	84
7. CONCLUSÕES.....	94
8. ANEXOS.....	96
Anexo 1 – Carta enviada para a Consulting Psychologists Press, solicitando autorização para o uso do Maslach Burnout Inventory (MBI).....	96
Anexo 2 – Contrato com a Consulting Psychologists Press concedendo o direito de uso do MBI.....	97
Anexo 3 – Instrumentos usados na pesquisa – Maslach Burnout Inventory.....	99
Anexo 4 – Instrumento usado na pesquisa – Ficha dos dados demográficos.....	100
Anexo 5 – Carta enviada aos CDs da amostra informando sobre a realização da pesquisa.....	101
Anexo 6 – Carta enviada aos CDs da amostra, juntamente com os instrumentos usados na pesquisa.....	102
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
10. SUMMARY.....	109

1 INTRODUÇÃO

A abordagem sobre a relação entre trabalho e saúde está direcionada, na maioria das vezes, para os fatores biológicos, químicos e físicos que produzem algum tipo de enfermidade sobre o corpo do trabalhador. Já a relação entre saúde mental e trabalho tem sido investigada há bem menos tempo, sendo o estudo realizado por LE GUILLANT (1956), “a neurose das telefonistas”, seu marco inicial.

O tempo relativamente curto dos estudos, menos de 50 anos, e as dificuldades de comprovar onexo causal entre os fatores psicossociais e as doenças ocupacionais têm contribuído para que os trabalhadores das mais diversas áreas de atuação continuem sofrendo e tendo a sua saúde mental afetada. De acordo com GATTO (2000), “muitas vezes estes riscos são silenciosos e tardam em ser percebidos” e “a especial dificuldade é que os expostos não reconhecem, no seu entorno, estes fatores como sendo de risco para a sua saúde, ou reconhecem demasiadamente tarde.”

Conforme SELIGMANN-SILVA (1995), o espaço da subjetividade não é, como se afirmou por muito tempo, uma “caixa-preta” cujos processos são inacessíveis à análise. Por outro lado, estes processos não são, de fato, nem imediatamente visíveis, como uma lesão dermatológica, nem objetiváveis em sua inteireza por intermédio de tomógrafo ou equipamento similar. Eles se expressam de maneiras peculiares e diversificadas, de modo a tornar necessária uma “leitura” bastante especial. Podem, evidentemente, expressar-se pelos sintomas e síndromes classicamente reconhecidos pela Psiquiatria.

Outro aspecto que tem interferido na saúde mental dos trabalhadores são as mudanças nas relações de trabalho promovidas pelo processo de globalização da

economia. Para CORIAT (2000), a partir de 1973, motivada basicamente por uma crise mundial de custo dos processos produtivos, de esgotamento dos modelos existentes e de necessidade de flexibilidade, uma onda profunda de mudanças tomou conta do mundo do trabalho, causando uma reestruturação produtiva intensa, que se refletiu principalmente em três áreas:

- na base tecnológica existente;
- na organização do trabalho;
- na forma de se gerenciar as organizações e os processos produtivos.

Todas essas mudanças tiveram repercussões importantes sobre a forma de se trabalhar, e conseqüentemente geraram um novo contingente de desafios em todas as áreas.

Para CODO, SAMPAIO e HITOMI (1993), a organização do trabalho exerce uma ação específica sobre o homem, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora.

SOUZA SANTOS (2000) disse que “diante da ausência de expectativa de dias melhores, a maioria da população vive uma situação de insegurança total. O trabalho deixou de ser um fator de cidadania. Ele é hoje um recurso global, mas não existe um mercado de trabalho global. A formação profissional e a produtividade não são mais fatores indicadores de salários, manutenção de empregos, etc”.

É neste cenário econômico e social que se insere o cirurgião-dentista (CD), tido e havido como um profissional autônomo na sua essência, e que aos poucos vem se transformando num trabalhador assalariado, ou mantém-se numa posição intermediária ou transitória, isto é, exerce parte da sua atividade no consultório particular e a outra parte em serviços públicos ou privados de saúde, cooperativas ou empresas de odontologia, e na docência da odontologia.

ROCHA (1999), falando sobre o mercado de trabalho da odontologia, baseado nos dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO), 1996, informa que existem no Brasil 115 Faculdades de Odontologia, que formam anualmente 8.236 novos cirurgiões-dentistas (CDs).

A relação ótima preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 1 CD para cada 1.500 habitantes. No Brasil, a média é de 1 CD para cada 1.142 habitantes. No Rio Grande do Sul, conforme dados do IBGE (censo 2000), a população total é de 10.181.749 habitantes, com uma taxa de crescimento anual (período de 1991 a 2000) de 1,27 %. Conforme o cadastro do Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul (CRO/RS), 2000, o número de CDs inscritos no Estado ultrapassa os 10.000, com uma taxa de crescimento anual de 2,95 %. A relação atual entre o número de habitantes e o número de odontólogos é de aproximadamente 1 CD / 1.000 habitantes.

Sobre o número de CDs cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) informa que dos 146.379 CDs inscritos nos Conselhos Regionais de Odontologia (CROs), 74.680 estão ligados ao cadastro do SIA SUS, ou seja, 51 % dos CDs no Brasil. Os dados do CRO para o Rio Grande do Sul, 1998, dos

8.802 CDs inscritos, naquele ano, 4.121 estavam cadastrados no SIA SUS, isto é, 46,81% dos CDs gaúchos.

Um trabalho de pesquisa sobre o Mercado de Trabalho da Odontologia em Porto Alegre, RS, realizado pelos alunos do 6º semestre do Curso de Odontologia da UFRGS¹, em 1999, revelou algumas características do trabalho do CD nos serviços odontológicos:

- Os CDs que atuam nos serviços de saúde são concursados, têm vínculo de 4 horas/dia com o serviço e atendem no consultório particular no restante do tempo disponível;
- A remuneração média varia de R\$ 600,00 a R\$ 1.100,00 mensais;
- A maioria dos CDs revelam estar satisfeitos profissionalmente, mas pouco valorizados no aspecto da remuneração pelos serviços;
- A biossegurança é uma preocupação dos CDs, e os serviços em geral seguem os padrões preconizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre;
- A ergonomia é inadequada na maior parte dos serviços, razão pela qual os CDs queixam-se das doenças profissionais relacionadas à postura, ao estresse, à perda de audição e de visão;
- A ausência de pessoal auxiliar é uma constante nos serviços odontológicos;
- A forma mais freqüente dos profissionais adquirirem novos conhecimentos ou manterem-se informados é através da participação em Congressos, Seminários e Cursos de atualização promovidos pelas entidades da classe odontológica e Faculdades de Odontologia no Estado.

¹ Dados coletados como parte das atividades da Disciplina de Economia Profissional.

COSTA et al. (1999) avaliaram as perspectivas dos alunos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – SP quanto à escolha da profissão e em relação ao mercado de trabalho no novo milênio. Os principais resultados encontrados foram:

- 40 % dos alunos relataram a *intenção de serem profissionais liberais*;
- 32% *desejam ser úteis à sociedade*;
- 37% *pretendem iniciar o exercício profissional através do serviço público*;
- 59 % *sentem-se inseguros para enfrentar o mercado de trabalho* e 93 % *considera-o desfavorável*;
- 56% consideram a principal dificuldade a encontrar *a saturação do mercado de trabalho*.

Conforme CORDÓN (1986), os problemas que apresenta o mercado de trabalho odontológico são:

1. as mudanças nos padrões da doença, que resultam numa grande modificação na procura de certos tipos de serviços dentais;
2. pouca ampliação e acesso a programas de promoção da saúde bucal;
3. segmentação do mercado por meio de diversos novos sistemas de atenção e padrões de consumo do paciente;
4. aumento da competitividade entre dentistas, especialistas e outros provedores de saúde;
5. aumento do número de dentistas trabalhando em locais “não tradicionais”;
6. os salários oferecidos pelos diversos serviços públicos ou privados não condizem com os níveis de habilitação profissional;

7. os recursos humanos odontológicos não são formados e orientados adequadamente ao mercado de trabalho.

A falência do modelo tradicional de odontologia (científica ou flexneriana), baseada no CD formado para atuar no seu consultório particular, de forma individual e deslocado do contexto econômico e social que afeta a sociedade e preocupado apenas com os agentes biológicos causadores das doenças bucais, vem sendo anunciada por alguns autores (MENDES e MARCOS, 1984; CORDÓN, 1986; PINTO, 1988; SHEIHAM, 2000).

No final da década de 90, alguns fatores denotam a necessidade de mudança deste modelo:

- a possibilidade de saturação do mercado de trabalho da odontologia, pelo número excessivo de CDs formados. São mais de 8.000 novos profissionais lançados no mercado por ano;
- a transformação do CD de profissional liberal para profissional assalariado;
- a existência de duas modalidades de serviços odontológicos: a primeira representada pelo sistema privado que compreende a atuação do CD como autônomo, credenciado e/ou cooperativo dos sistemas de medicina supletiva, e em organizações empresariais (planos de saúde odontológicos), e a segunda representada pelo sistema público que compreende a assistência odontológica oferecida pelas instituições federais, estaduais e municipais;
- a falta de sincronia entre o ensino odontológico e a realidade encontrada nos serviços odontológicos e nas comunidades;

- a falta de visão dos CDs em relação à sua função como profissional de saúde e pouca integração com as demais áreas da saúde;
- o emprego de técnicas e tecnologias voltadas para a prática individual e que não apresentam resolutividade quando aplicadas na coletividade;
- a feminilização das profissões da saúde e a efetiva inserção da mulher no mercado de trabalho;
- a transformação do CD em consumidor potencial da indústria de materiais e equipamentos odontológicos, alimentado por estratégias de marketing que ferem os princípios da ética profissional;

De acordo com CORDÓN (1986), “na configuração do mercado odontológico, quem aproveita a crise político-econômica do sistema é a indústria de equipamentos e materiais, em detrimento da categoria odontológica que progressivamente se assalaria.”

Segundo MÉDICI (1993) “os baixos salários pagos, tanto pelo setor público quanto pelo setor privado, aliados à constante falta de equipamentos e materiais e ao precário gerenciamento dos serviços, têm levado os profissionais a adotarem estratégias como a do multiemprego, além de gerar um desinteresse e desmotivação cada vez mais crescentes; as quais têm-se mostrado extremamente nocivas no que se refere a eficiência e resolutividade do trabalho no setor saúde.”

Assim, a vida que era tranqüila e segura para a maioria das pessoas que obtinham o diploma nas faculdades de odontologia do país passou a sofrer as influências das diversas mudanças na organização do trabalho e nos métodos de produção. Fatores como

estresse, mudança no estilo de vida, sedentarismo, dependência de drogas e insegurança passam a fazer parte do cotidiano destes profissionais.

Após a análise preliminar sobre a situação da profissão odontológica no contexto econômico, político e social do país nas últimas décadas e a sua inserção no mercado de trabalho, direcionaremos a nossa atenção para os aspectos da força de trabalho da odontologia. Analisaremos a forma com a qual o CD tem se relacionado no seu ambiente de trabalho, com as pessoas que o procuram para solucionar seus problemas odontológicos, com os colegas de profissão, e sua satisfação pessoal e profissional.

O CD, mesmo mantendo algumas peculiaridades quanto ao tipo de prática e ao ambiente de trabalho, vem ocupando cada vez mais o seu espaço nas equipes multidisciplinares de saúde. Conseqüentemente, está ficando exposto ao estresse, esgotamento, ansiedade, depressão e outras doenças laborais, características de outros profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.

De acordo com OSBORNE e CROUCHER (1994), existem evidências para sugerir que os CDs sofrem um alto nível de estresse relacionado ao trabalho. Especificamente, a interação social entre o CD e os pacientes é considerada como um tipo de estresse laboral. MORAES e ONGARO (1998) descrevem o paciente odontológico, a partir de uma visão psicológica, como um indivíduo exposto a uma situação desagradável (aversiva) que cria a possibilidade de um conflito, de aproximação ou evitação associado a uma percepção de ameaça de dano físico ou psicológico.

Os autores afirmam que o “encontro entre o profissional de saúde e o paciente pode ser visto algumas vezes como uma representação de papéis sociais estereotipados. O profissional aborda o paciente de uma maneira afetivamente neutra, exhibe pouca ou

nenhuma emoção, tem uma atitude de interesse profissional objetivo e confiante em suas habilidades. Por outro lado, e de maneira complementar, o paciente desempenha um papel passivo e colaborador em relação às intervenções técnicas e recomendações do profissional de quem espera total dedicação para a eliminação do inimigo comum, a doença.”

SHEIHAM (2000) considera o enfoque usado para avaliar a profissão odontológica, baseado nos itens de tratamento e não de ganho em saúde, como causador de efeitos psicológicos profundos no CD, onde o *burnout* e a depressão são sintomas comuns. Para MASLACH e JACKSON (1981), o estresse pode resultar em uma síndrome exclusiva de profissões que envolvem o trabalho com pessoas denominada de síndrome de *burnout*. A síndrome tem como traços principais o esgotamento emocional (EE), a despersonalização (DP) e a falta de realização pessoal (FRP).

Uma das características da profissão odontológica é o contato entre profissional e paciente; justificando-se, portanto, as investigações sobre as causas de *burnout* entre os CDs.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ORIGEM DO TERMO *BURNOUT*

O termo inglês *burnout* faz referência a uma disfunção psicológica que parece acontecer mais freqüentemente entre os profissionais cujo trabalho se realiza diretamente com pessoas, que é a consequência de altos níveis de tensão no trabalho, frustração pessoal e atitudes inadequadas de enfrentamento nas situações conflitivas. Esses fenômenos podem causar um custo pessoal, organizacional e social importantes.(ALVAREZ GALLEGO e FERNANDEZ RIOS, 1991)

Burnout é a expressão inglesa para designar aquilo que deixou de funcionar por exaustão de energia, por exemplo, o foguete que interrompeu sua trajetória por esgotamento do combustível, “burned out”, a vela que se extinguiu e deixou o pavio apagado, “burnt-out”, a lâmpada que se queimou, “burnout”. (FRANÇA, 1987)

Traduzido para o português, *burnout* é algo como “perder o fogo”, “perder a energia” ou “queimar (para fora) completamente”. (CODD e MENEZES, 1999)

Com essa palavra, cuja tradução em espanhol significa “estar quemado”, trata-se de descrever uma situação na qual, contra as expectativas da pessoa, esta não consegue obter os resultados esperados, por mais que se esforce para consegui-los. (ALVAREZ GALLEGO e FERNANDEZ RIOS, 1991)

O uso original do termo *burnout* é creditado a HERBERT FREUDENBERGER (1974), psicanalista norte-americano que começou a observar uma série de manifestações de esgotamento nos psicoterapeutas de uma clínica e utilizou este termo para explicar o processo de deterioração nos cuidados profissionais aos seus pacientes.

Foi durante o Congresso Anual da Associação Americana de Psicologia, em 1977, que MASLACH empregou publicamente o termo *burnout* para referir-se a uma situação cada vez mais freqüente entre profissionais dos serviços sociais, que pela natureza do seu trabalho deviam manter contato direto e contínuo com pessoas.

Em 1981, realizou-se na Filadélfia (USA) a 1ª Conferência Nacional Americana sobre a síndrome de *burnout*, que serviu para unificar critérios e divulgar os trabalhos realizados sobre pequenas amostras ou sobre experiências próprias.

Na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1989), o *burnout* figura como síndrome de esgotamento dentro de um grupo de classificação que tem como título “problemas relacionados a organização de seu modo de vida”. (código Z73)

Em 27 de setembro de 1999, o Secretário da Previdência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social tornou pública a nota explicativa sobre o anexo II do Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999. Esta nota apresenta 14 classificações de doenças que podem estar relacionadas com o trabalho, e neste documento se apresenta o protocolo de procedimentos médicos periciais nº 5 XII, onde se encontra a definição da doença designada como sensação de estar acabado (“Síndrome de burnout”, “Síndrome do esgotamento profissional”).

2.2 DEFINIÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

FREUDENBERGER (1975) definiu o *burnout* como um “estado de fadiga ou frustração devido a devoção a uma causa, modo de vida ou relação que não produz a recompensa desejada”. A definição de *burnout* mais consolidada é a de MASLACH e JACKSON (1981), que consideram como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. De acordo com as autoras, a síndrome de *burnout* é constituída por três componentes: esgotamento emocional, despersonalização e falta de realização pessoal no trabalho, que pode acometer os profissionais que trabalham com pessoas.

FARBER (1984) descreve *burnout* como “o resultado do estresse excessivo, último passo na progressão dos propósitos fracassados de manejar e diminuir uma variedade de situações negativas do trabalho. É uma resposta ao estresse quando outros mecanismos de ajuste não funcionam”.

PINES e AARONSON (1988) consideram como um “estado de esgotamento físico, mental e emocional causado por um longo período de envolvimento em situações emocionais de demanda”.

Segundo OLIVER et al. (1996), o *burnout* é “um tipo de estresse laboral crônico e cotidiano que aparece com freqüência em profissionais que mantém uma relação constante e direta com outras pessoas: médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos, professores, etc”.

Para GONZÁLEZ (1995), *burnout* parece se tratar de síndrome laboral que afeta emocionalmente os indivíduos que padecem e supõe de maneira direta um desengajamento com o trabalho, afetando significativamente o rendimento na atenção aos usuários dos serviços humanos.

GIL-MONTE e PEIRÓ (1997) afirmam que não existe uma definição unanimemente aceita de *burnout*, cada vez existe maior consenso em considerá-lo como uma resposta ao estresse laboral crônico e uma experiência subjetiva interna que agrupa sentimentos, conhecimentos e atitudes, e que tem um caráter negativo para o sujeito ao implicar alterações, problemas e disfunções psicofisiológicas com conseqüências nocivas para a pessoa e para a organização.

Na delimitação conceitual do *burnout* podem diferenciar-se duas perspectivas: a clínica e a psicossocial (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997). A primeira considera-o um estado em que chega o sujeito como conseqüência do estresse laboral - nesta direção se encaminharam os primeiros trabalhos de FREUDENBERGUER (1974) e de PINES e AARONSON (1988). A perspectiva psicossocial considera-o como um processo que se desenvolve pela interação de características do entorno laboral e de ordem pessoal, com manifestações bem diferenciadas em distintas etapas. Nesta orientação cabem os trabalhos de MASLACH e JACKSON (1981), GOLEMBIEWSKI e Cols. (1983) e GIL-MONTE e Cols. (1995, 1997).

Para GIL-MONTE e PEIRÓ (1997), a diferença básica é que o *burnout* como um estado traz na essência um conjunto de sentimentos e condutas normalmente associadas ao estresse que sugerem uma “rotulagem” (dizer que alguém “está queimado” sugere um fenômeno estático, um resultado final), enquanto que a conceitualização como processo

o aborda como um mecanismo particular de enfrentamento ao estresse que implica fases em seu desenvolvimento. A partir desta última perspectiva, o *burnout* é entendido como uma resposta ao estresse laboral quando falham as estratégias funcionais de enfrentamento habitualmente usadas pelo sujeito, que se comporta como variável mediadora na relação estresse percebido – conseqüências.

2.3 DIFERENCIAÇÃO ENTRE *BURNOUT* E ESTRESSE

Para ALVAREZ GALLEGO e FERNANDEZ RIOS (1991), devido ao termo *burnout* ter surgido intimamente relacionado com outros conceitos já existentes, é difícil estabelecer diferenças claras entre eles, como acontece com o estresse. São muitas as conexões entre um conceito e outro. A única diferença (mais aparente do que real) é que o *burnout* é um estresse crônico experimentado num contexto de trabalho. Embora exista um consenso na literatura internacional de que o *burnout* seria uma resposta ao estresse laboral crônico, este não deve ser confundido com estresse (CODO e MENEZES, 1999).

O termo *stress* foi introduzido no âmbito da saúde pelo médico austríaco HANS SELYE, na década de 30, e logo se converteu numa palavra de uso corrente, tanto pelos profissionais das diferentes áreas da saúde, como pela população em geral. SELYE (1936) definiu o estresse como “um estado manifesto por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico”.

De acordo com SELYE² apud FILGUEIRAS e HIPPERT (1999), o estresse é o estado que se manifesta através da Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Esta compreende: dilatação do córtex da supra-renal, atrofia dos órgãos linfáticos e úlceras gastrointestinais, além de perda de peso e outras alterações. A SGA é um conjunto de respostas não específicas a uma lesão e desenvolve-se em três fases: 1) fase de alarme, caracterizada por manifestações agudas; 2) fase de resistência, quando as manifestações agudas desaparecem e; 3) fase de exaustão, quando há a volta das reações da primeira fase e pode haver o colapso do organismo. SELYE afirma que o estresse pode ser encontrado em qualquer uma das fases, embora suas manifestações sejam diferentes ao longo do tempo.

Para EROSA (1999), “o estresse não pode ser considerado em princípio como uma enfermidade, mas sim como uma resposta, tanto física como mental, às adaptações e ajustes do ser humano aos diversos acontecimentos vitais”. Numa visão biopsicossocial, FRANÇA e RODRIGUES (1997) referem que o estresse constitui-se de uma relação particular entre pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar .

O entorno refere-se às condições ambientais, como por exemplo: ruídos, temperatura ambiente, aglomerações, etc. As fisiológicas se referem ao nosso organismo: doenças, acidentes, transtornos, etc. As ameaças externas produzem reações em nosso corpo. Assim, nossa forma de reagir ante os problemas, ameaças e perigos,

² SELYE, H. Stress, a tensão da vida. São Paulo: IBRASA, 1959.

vem determinada por uma atitude nata de combate ou fuga, quando os estímulos que nos chegam são interpretados como ameaçadores.

Este processo se traduz numa série de alterações físicas observáveis: as pupilas se dilatam para melhorar a visão, a audição se torna mais sensível, os músculos se contraem para responder ao desafio, o sangue é bombeado para o cérebro para aumentar o oxigênio nas células e favorecer os processos mentais. As frequências cardíacas e respiratórias aumentam, e como o sangue se desvia preferencialmente para a cabeça e para o tronco, as extremidades e sobretudo as mãos e pés ficam frios e suados.

Se o organismo não se libera destas mudanças ocorridas durante a fase de reconhecimento e reflexão sobre a ameaça, entra num estado de estresse crônico. Quando alguém se sente estressado e agrega mais estresse ainda, os centros reguladores do cérebro tendem a reagir mais, ocasionando desgaste físico, crises de choro e depressão.

VILLALOBOS (2000) conceituou o estresse laboral como “o conjunto de fenômenos que ocorrem no organismo do trabalhador com a participação dos agentes estressores lesivos, derivados diretamente do trabalho ou que motivado por este, podem afetar a saúde do trabalhador”.

Os fatores psicossociais no trabalho representam o conjunto de percepções e experiências do trabalhador - algumas são de caráter individual, outras se referem às expectativas econômicas ou de desenvolvimento pessoal e outras mais às relações humanas e seus aspectos emocionais.

O enfoque mais comum para abordar as relações entre o meio ambiente psicológico laboral e a saúde dos trabalhadores tem sido através do conceito de estresse

laboral. Os principais fatores psicossociais geradores de estresse presentes no meio ambiente de trabalho envolvem aspectos de organização, administração e sistemas de trabalho e também a qualidade das relações humanas.

Outros fatores externos ao local de trabalho, mas que guardam uma estreita relação com as preocupações do trabalhador, se derivam das suas circunstâncias familiares ou de sua vida privada, seus elementos culturais, nutrição, facilidades de transporte, moradia, saúde e a estabilidade no emprego.

Conforme GIL-MONTE e PEIRÓ (1996), “o processo de *burnout* supõem uma interação de variáveis afetivas, cognitivas e de capacidade, que se articulam entre si numa seqüência de episódios. Mais que um estado, é uma resposta a curto e médio prazo ao estresse laboral crônico”.

De acordo com EROSA (1999), “o estresse é um fato habitual em nossas vidas. Não podemos evitá-lo, já que qualquer mudança a qual devemos nos adaptar representa uma situação de estresse. Os fatos negativos, prejuízos, enfermidades ou morte de um ente querido, são situações estressantes, assim como os fatos positivos: ascender no trabalho, traz consigo o estresse pelo novo status profissional, pelas novas responsabilidades assumidas”.

FARBER (1984) afirma que o estresse tem efeitos positivos e negativos para a vida, o *burnout* é sempre negativo.

Para CORSI (2001), as diferenças fundamentais entre o estresse e a síndrome de *burnout* é que, enquanto o estresse pode desaparecer após um período adequado de descanso e repouso, o *burnout* não regride com as férias e nem com outras formas de descanso.

De acordo com CODO e MENEZES (1999), o *burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organizações e trabalho; é, assim, uma experiência subjetiva, envolvendo atitudes e sentimentos que podem acarretar problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização. O conceito de estresse, por outro lado, não envolve tais atitudes e condutas, é um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo, e não necessariamente na sua relação com o trabalho.

2.4 COMPONENTES E FASES EVOLUTIVAS DO *BURNOUT*

2.4.1 Componentes da síndrome de *burnout*

MASLACH e JACKSON (1981) reconheceram três componentes fundamentais na caracterização da síndrome de *burnout*:

1. Exaustão emocional (EE): refere-se a uma redução dos recursos emocionais e ao sentimento de que não temos nada a oferecer aos outros, acompanhado de manifestações somáticas e psicológicas, como o abatimento, a ansiedade e a irritabilidade;

2. Despersonalização (DP): caracteriza-se pelo desenvolvimento de atitudes negativas e de insensibilidade diante dos pacientes ou usuários dos serviços, assim como diante dos colegas, o que conduz com muita frequência a idéia de que eles são a verdadeira fonte dos problemas. Se associa com uma atitude um tanto cínica e impessoal, com o isolamento dos demais, com a forma depreciativa para tratar os outros,

e com o propósito de culpa-los das frustrações e o próprio fracasso no cumprimento dos compromissos de trabalho;

3. Falta de realização pessoal no trabalho (FRP): refere-se à percepção de que as possibilidades de sucesso no trabalho tenham desaparecido, junto com experiências de fracasso e sentimentos de baixa estima. Geralmente afeta o rendimento no trabalho, baseado numa auto-avaliação negativa, às vezes encoberta com uma atitude de onipotência que faz parecer que os esforços são redobrados, aparentando um interesse e dedicação acima do normal.

GATTO (2000) afirma que dos três fatores, a despersonalização é o elemento chave do fenômeno, considerando que tanto a falta de realização pessoal como a exaustão emocional podem ser encontradas em outras síndromes depressivas. Sem dúvida, a despersonalização constitui uma manifestação específica do estresse nas profissões assistenciais.

DEJOURS (1992) considera a despersonalização como o “sentimento de esclerose mental, de paralisia da imaginação, de regressão intelectual”.

Segundo CODO e MENEZES (1999), cada um dos componentes deve ser analisado separadamente como uma variável contínua com níveis alto, médio e baixo e não como uma variável dicotômica, onde existe ou não existe a presença do sintoma. Pela combinação do nível de cada um dos três componentes se obtém o nível do *burnout* do indivíduo ou categoria profissional.

De acordo com LARA (1999), o conceito multidimensional proposto por MASLACH e JACKSON (1981) não se deriva de uma teoria previamente existente, mas que tem sido desenvolvida há vários anos de investigação empírica mediante entrevistas,

observações diretas de trabalhadores de ampla gama de profissões caracterizadas pelo trabalho com pessoas (profissionais de saúde, saúde mental, serviços sociais, educadores, justiça, etc).

2.4.2 Fases evolutivas da síndrome de *burnout*:

Embora a maioria dos autores considerem o *burnout* como um processo contínuo, existem aqueles que consideram na evolução da síndrome uma série de fases que coincidem em grande parte com as propostas por CHERNISS (1980):

1. Fase de estresse laboral: ocorre um desajuste entre as demandas laborais e os recursos tanto humanos como materiais, existe um excesso de demandas e uma escassez de recursos, o que ocasiona uma situação de estresse.

2. Fase de excesso ou sobre esforço: o sujeito trata de dar uma resposta emocional ao desajuste a que está submetido, realizando um excesso ou sobre esforço, que motiva o aparecimento de sintomas emocionais como ansiedade, fadiga, irritabilidade, tensão e também sinais ou sintomas laborais tais como o surgimento de condutas egoístas, alienação no trabalho, perda do altruísmo e idealismo, diminuição ou perda das metas laborais e uma falta de responsabilidade nos resultados de seu trabalho.

usuários. Nesta fase os profissionais podem culpar os demais como responsáveis e causadores de seus problemas.

3. Fase de enfrentamento defensivo: existe uma mudança de atitudes e condutas, empregadas pelo indivíduo para defender-se das tensões a que está submetido; assim o sujeito aparecerá emocionalmente distante, com desejos e fantasias de mudança de

trabalho, com reações de fuga ou retirada, maior rigidez na hora de realizar seu trabalho, níveis elevados de absenteísmo laboral e atitudes cínicas e depreciativas em relação aos usuários. Nesta fase os profissionais podem culpar os demais como responsáveis e causadores de seus problemas.

Quadro 1. Estágios sucessivos de *burnout*

1ª Fase		2ª Fase		3ª Fase	
Estresse laboral		Excesso ou sobre esforço		Enfrentamento defensivo	
Demandas ↑ ↓ Recursos	→	Tensão Fadiga Irritabilidade	→	Distanciamento emocional Cinismo Rigidez	

Fonte: ALVAREZ GALLEGO e FERNANDEZ RIOS (1991).

De acordo com o Quadro 1, na sucessão de etapas, o *burnout* propriamente dito apareceria na fase final e viria a ser uma resposta a uma situação laboral intolerável.

Embora a maioria dos autores estejam de acordo em considerar o desgaste profissional como um processo, existem poucos estudos exploratórios que distinguem com clareza estas etapas.

2.5 IMPORTÂNCIA SOCIAL E ORGANIZACIONAL DO *BURNOUT*

Segundo ABALO e ROGER (1998), a necessidade de estudar o *burnout* se faz de forma particularmente intensa nos serviços de saúde. Promover a saúde, prevenir a doença e curá-la são tarefas que produzem satisfações, mas também produzem muitos problemas e dificuldades para os profissionais destas equipes, que passam a ter uma alta taxa de transtornos e fatores de risco associados, ao que parece devido à forte tensão laboral a que se vêm diariamente submetidos. O *burnout* tem se convertido numa ameaça às equipes de saúde, que deveriam saber identificá-lo e manejá-lo de maneira adequada.

O interesse por este campo aumentou devido a três fatores que PERIMAN e HARTMAN³ apud ALVAREZ GALLEGO e FERNANDEZ RIOS (1991) assinalam como fundamentais:

1. A importância cada vez maior que os serviços humanos tem adquirido como partícipes do bem-estar individual e da coletividade;
2. A valorização e maior exigência dos usuários frente aos serviços sociais, educativos e de saúde;
3. Os conhecimentos por parte dos investigadores dos poderosos e prejudiciais efeitos do estresse nas pessoas, assim como os ambientes em que o sujeito está inserido.

³ PERIMAN, B.; HARTMAN, E. A. Burnout: summary and future research human relations. V. 35, p. 283-305, 1982.

Por tudo isto, e dentro da teoria e prática atual de prevenção da saúde que trata de envolver os componentes bio-psico-sociais da conduta, é que os estudos sobre este tema tem se desenvolvido rapidamente desde a década de 80.

Para GIL-MONTE e PEIRÓ (1999), a necessidade de estudar a síndrome de *burnout* vem junto com a necessidade de estudar o processo de estresse laboral, devido ao interesse das organizações pela qualidade de vida no trabalho de seus funcionários, pois esta tem repercussões importantes sobre a organização (absenteísmo, rotatividade, diminuição da produtividade, perda da qualidade, etc.). Do mesmo modo, devido à maior incidência da síndrome de *burnout* se dar em profissionais de organizações que prestam uma função assistencial ou social, a deterioração da sua qualidade de vida no trabalho tem repercussões sobre a sociedade em geral. Outra circunstância relevante que justifica o estudo da síndrome de *burnout* é o auge do crescimento das organizações de serviços, tanto no setor público como no privado, nas quais a qualidade da atenção ao usuário ou ao cliente é uma variável crítica para o êxito da organização.

2.6 VARIÁVEIS RELACIONADAS AO *BURNOUT*

O processo de *burnout* é resultante da influência de agentes do entorno social, do marco laboral e características pessoais.

Diferentes autores tem tratado de identificar os desencadeadores (estressores laborais), organizando-os em categorias. PEIRÓ (1992) estabelece 4 tipos: a) ambiente físico de trabalho e conteúdos do posto (ruído, iluminação, vibrações, temperatura, higiene, toxidade, disponibilidade de espaço, sobrecarga, turnos rotativos, etc.); b)

estresse por desempenho de papéis, relações interpessoais e desenvolvimento da carreira (ambigüidade e conflito de papel, relacionamento com chefias, companheiros e subordinados, falta de união do grupo, desenvolvimento profissional); c) estressores relacionados com novas tecnologias e outros aspectos organizacionais (mudança de habilidades requeridas, ritmo de trabalho, grau de participação e autonomia, supervisão, etc.); e d) fontes extra-organizacionais de estresse laboral: relações trabalho-família.

De acordo com GATTO (2000), a síndrome de *burnout* pode ser entendida como uma resultante da combinação de agentes estressantes distintos, onde influem: as características individuais e personalidade de base, variáveis do tipo demográfico (sexo, idade, estado civil, número de filhos, etc.), o tipo de profissão, disfunções no desempenho do papel, clima laboral, a relação com as novas tecnologias, etc. Também atuam como predisponentes a informação insuficiente e/ou equivocada sobre a profissão, a ausência de interesse especial pela profissão, pouca ou nenhuma preparação para o exercício profissional e um currículo universitário enciclopedista.

2.6.1 Variáveis profissionais

Em relação às características das profissões da saúde, ALVAREZ GALLEGO e FERNANDEZ RIOS (1991) citam como fatores mais relevantes:

1. Os motivos ideológicos que impulsionaram as pessoas à eleger esta profissão;
2. O fato de que o trato direto com os pacientes e seus familiares pode ser emocionalmente exigente para o trabalhador;

3. A natureza da enfermidade dos pacientes faz com que o profissional se depare em certas ocasiões, com um “fracasso terapêutico” ou com um mal prognóstico e que por sua vez o sensibiliza ante a morte;
4. O volume de trabalho e as pressões para realizá-lo;
5. A falta de informação sobre a incumbência que tem de realizar e de como se faz - este problema pode estar presente sobretudo no modelo médico hierarquizado;
6. O apoio laboral não parece suficiente somente com a realização de reuniões formais, senão que os encontros tem que cobrir algumas necessidades emocionais e de companheirismo;
7. Em relação às variáveis pessoais, aqueles que se sentiam mais responsáveis pela recuperação de seus pacientes, acabam sendo os sujeitos mais vulneráveis ao desenvolvimento de algum tipo de sintomatologia, precisamente porque faziam recair para si o peso dos resultados.

Estudos mais atualizados confirmam as variáveis anteriormente descritas como contribuintes importantes ao surgimento do *burnout* nos profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, auxiliares de clínica).

MASLACH e JACKSON (1981) descobriram que as profissões que requerem um contato com pessoas de maneira contínua e onde freqüentemente há uma carga afetiva entre o que presta ajuda e o que é ajudado são as que podem desenvolver mais facilmente o *burnout*. Sendo assim, tem-se observado que existem profissionais com uma tendência maior a apresentar *burnout*, como é o caso das assistentes sociais, enfermeiras, médicos, psicólogas, psiquiatras, policiais, professores, agentes carcerários e advogados.

De acordo com FRANÇA (1987), o candidato ao *burnout* é, em geral, um indivíduo competente, altamente responsável, de grande energia e que mergulha fundo no seu trabalho; não sabe dizer não e não mede sacrifícios; tem a agenda sempre cheia e, às vezes, seu pensamento é polifásico, ocupando-se de várias coisas ao mesmo tempo; tem uma necessidade muito grande de vencer e de ser reconhecido; mostra dificuldade para se relaxar sem um certo sentimento de culpa; é impaciente com atrasos e interrupções e tem sempre a sensação de premência de tempo; sente verdadeira compulsão pelo trabalho e dá-lhe primazia sobre todos os outros aspectos de sua vida. É incansável, tira do trabalho, de seus resultados, o grande contingente de sua satisfação pessoal.

Para SILVA SOBRAL et al.(1999), existem uma série de fatores pessoais ou individuais, do trabalho e socioculturais, que podem ser relacionados com o *burnout*.

Os sujeitos predispostos a desenvolver a síndrome se caracterizam por ser motivados porém obsessivos, entusiastas, entregues a seu trabalho e que se identificam de forma exagerada com os receptores de sua atenção. Têm uma personalidade do tipo emocional, e isto é algo que com freqüência encontramos entre os indivíduos que iniciam a trabalhar em profissões humanitárias.

Os mesmos autores dizem que a profissão onde com mais freqüência tem sido descrito é a de enfermeira, embora também tenha sido estudado em outros profissionais da saúde como médicos, auxiliares de clínica, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas e odontólogos. Porém, a síndrome não é exclusiva de profissões clínicas, também tendo sido encontrada em professores, assistentes sociais, policiais,

funcionários de prisões, controladores de tráfico aéreo, veterinários, farmacêuticos e juizes.

BIANCHINI MATAMOROS (1997) refere que do ponto de vista psicológico, existem características ou traços na personalidade dos profissionais da saúde que os predispõe à manifestação da síndrome de *burnout*:

- Os que tem dificuldade para manejar grupos;
- As pessoas que se percebem debilitadas, impacientes, intolerantes, hostis;
- Os de baixa tolerância a frustração;
- Os que não conseguem controlar impulsos;
- Os que tem pouca confiança em si mesmo;
- Os que tem dificuldades para expressar sentimentos e dar afeto;
- Os que a auto imagem e auto estima dependem das demais pessoas;
- Os que tem grande necessidade de aparecer ou ter sucesso.

Para ADELSON (1984), a descrição de um candidato a ter *burnout* é a de uma pessoa carismática, enérgica, ativa, impaciente e dada a altos padrões: uma pessoa que mergulha em tudo o que faz, com todas as suas expectativas voltadas a uma recompensa que condiga com o esforço efetuado. As pessoas que se tornam vítimas da síndrome são, na maior parte, indivíduos respeitáveis que se esforçam muito para atingir uma meta. Seus horários estão sempre ocupados, e seja qual for o projeto ou tarefa, pode-se esperar que eles façam além da sua parcela. Eles geralmente são líderes entre nós e nunca estão aptos a admitirem suas limitações. Nem todas as pessoas estão suscetíveis

ao *burnout*, pois seria verdadeiramente impossível para pessoas de pouquíssimas expectativas serem acometidas por esta síndrome.

Conforme LANGE et al. (1982), a prática da odontologia parece ter muitas das características comumente associadas à satisfação. Isso supõe prestígio, boa renda, potencial para o desenvolvimento pessoal e utilidade visível da profissão.

Os CDs mais satisfeitos, quando comparados aos menos satisfeitos, vão mostrar um diferente modelo de valores, os quais exibem uma boa quantidade de benevolência e liderança, um nível geralmente bom de atividade em várias situações, não significando diferenças de atitudes, mas um grande nível de realizações acadêmicas; uma visão mais positiva da profissão; menores preocupações financeiras e maiores quanto às realizações profissionais.

2.6.2 Variáveis demográficas

2.6.2.1 Gênero:

É uma variável que apresenta um papel controvertido. Em relação ao sexo, BONTEMPO (1999) encontrou que as mulheres tendem a apresentar maior e mais intenso esgotamento emocional, enquanto que os homens são mais suscetíveis à despersonalização.

Para COOPER et al. (1988), o sexo feminino é mais vulnerável por razões como a dupla jornada de trabalho que une a prática profissional e a tarefa familiar, assim como

a eleição de determinadas especialidades profissionais que prolongariam o papel da mulher.

2.6.2.2 Idade:

Os profissionais com mais idade parecem ter menos *burnout*, talvez porque estes tenham desenvolvido melhores enfrentamentos e expectativas profissionais mais reais (ROGER e ABALO, 1997).

Para FLÓREZ LOZANO (1994), a idade embora pareça não influenciar no aparecimento do *burnout*, considera que pode existir um período de sensibilização devido a determinadas idades nas quais os profissionais estariam especialmente vulneráveis ao *burnout*. Esse período seria o dos primeiros anos de carreira profissional, devido à transição das expectativas idealistas frente à prática cotidiana, aprendendo-se neste tempo que tanto as recompensas pessoais, profissionais e econômicas, não são nem as prometidas e nem as esperadas.

BIANCHINI MATAMOROS (1997) relata que a incidência maior do *burnout*, em ambiente hospitalar, é em mulheres, solteiras e com menos de 20 anos, grupo de menor status profissional e menor salário.

2.6.2.3 Estado Civil:

Com relação ao estado civil, a maioria dos autores tem encontrado que os casados experimentam menos *burnout*, e o que parece influenciar mais é o apoio

sociofamiliar recebido pelo cônjuge e a satisfação/insatisfação matrimonial. OLIVER et al. (1996) associaram a síndrome mais com as pessoas que não tem uma relação estável. De acordo com esses autores, parece que as pessoas solteiras tem maior esgotamento emocional, menor realização pessoal e maior despersonalização que as outras que ou estão bem casados ou convivem com companheiro estável.

Para OSBORNE e CROUCHER (1994), os altos níveis de despersonalização em CDs solteiros comparados com aqueles que eram casados sugere que o envolvimento com um cônjuge ou familiar torna as pessoas casadas mais experientes em lidar com problemas pessoais ou conflitos.

2.6.2.4 Tempo de formatura:

Alguns autores encontraram uma relação positiva com a síndrome manifestada em dois períodos, correspondentes aos dois primeiros anos de carreira profissional e aos superiores a 10 anos de experiência, como os momentos em que se produz um menor nível de associação entre a síndrome.

Nos estudos de OSBORNE e CROUCHER (1994), foi encontrado que a redução dos níveis de despersonalização relativas aos profissionais com mais tempo de carreira pode ser devida a fatores como: habilidades de socialização crescente com a idade, diminuição do ritmo de trabalho que permite um maior contato pessoal, ou estabelecimento de relações pessoais com os pacientes com o passar do tempo.

2.7 CAUSAS E CONSEQÜÊNCIAS DO *BURNOUT*

No *burnout*, é comum e de tonalidade intensa a sensação de frustração em relação ao trabalho. Motivos freqüentes de frustração são o trabalho feito às pressas, por excesso de serviço e premência de tempo, sem que o profissional possa desenvolver toda a sua capacidade no atendimento a seus pacientes, a falta de tempo e oportunidade para se atualizar e a rotina do que se faz (FREUDENBERGER, 1974).

O *burnout* é um fenômeno provocado por uma multiplicidade de fatores e nem sempre são todos e nem os mesmos que entram em cena. Podem ser identificados três tipos de causas diferentes (MASLACH, 1982; PINES e AARONSON, 1988):

1. Pessoais: por exemplo, ter aspirações nobres e um elevado idealismo inicial, falta de critério para medir sucessos, sobrecarga de trabalho auto imposto e alguns traços de personalidade;
2. Organizacionais: incluem sobrecarga de trabalho, discriminação sexual, falta de autonomia e de apoio organizacional, ambigüidade e conflito de papel, e falta de apoio e de *feed back* por parte das chefias e companheiros.
3. Características dos pacientes: se refere ao paciente dependente, ao difícil, ao que não dá *feed back* positivo, ao que tem problemas desgastantes e ao recorrente ou que não apresenta melhoras.

Mesmo assim, desenvolver tal síndrome pode repercutir não somente na vida pessoal do profissional, mas também nas suas relações de amizade ou familiares, no trato e na qualidade da atenção dada ao paciente, e mesmo na organização (MASLACH e JACKSON 1981). Ao estar associado a atitudes e condutas negativas e envolver o

esgotamento emocional (EE), o *burnout* vai deteriorando as relações e aumentando conflitos no meio extralaboral. Os sujeitos com *burnout* tem um grande número de problemas familiares, se mostram impacientes e irritáveis em casa e seus familiares se vêem obrigados a manejar estes sintomas. Os conflitos podem levar ao enfrentamento matrimonial e até à separação (FARBER, 1984; MASLACH e JACKSON, 1981).

A partir de um enfoque social/organizacional, GATTO (2000) destaca as transformações socio-econômicas que têm modificado a medicina e outras profissões da saúde, desumanizando-as e condicionando o exercício dos profissionais da saúde. Entre essas transformações, estão a relação de dependência a empresas de saúde, horários excessivos e sobrecarregados, carência de recursos materiais e humanos, remuneração insuficiente, instabilidade no emprego, o que conduz a problemas econômicos, diminuição de horas de descanso e lazer, conflitos na vida familiar e matrimonial, inconformismo.

Para ABALO e ROGER (1998), a deterioração da qualidade do serviço é, talvez, a repercussão mais grave do *burnout* sobre a organização e se deriva diretamente da despersonalização. Vão se desenvolvendo atitudes pouco positivas e de desinteresse frente aos pacientes, quase desumanas. Muitas vezes os profissionais evitam certas tarefas e se desentendem no trabalho, empregam menos tempo ou “desconectam-se” psicologicamente dos pacientes, cometem mais erros e são mais recriminados pelos chefes. Outras conseqüências associadas ao *burnout* têm sido relatadas, como o aumento de conflitos interpessoais com chefes e colegas, o aumento da rotatividade no trabalho, o aumento de acidentes de trabalho, etc. (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997).

SILVA SOBRAL et al. (1999) dizem que a deterioração da saúde física e psicológica, assim como as atitudes e condutas laborais alteradas, incidem diretamente no rendimento e funcionamento da organização, pregando-se um pioramento da atenção ao cliente com uma desumanização e deterioração na qualidade dos serviços prestados e um aumento dos custos econômicos e humanos.

Para CAPILLA PUEYO (2000), a síndrome de *burnout* é um problema social e de saúde pública. É um transtorno adaptativo crônico, que prejudica a qualidade de vida do profissional e a qualidade assistencial. Isto implica num grande aumento de custos econômicos e sociais.

Em relação ao contexto do trabalho, COOPER et al.(1988) analisaram os custos resultantes de uma organização laboral sadia e sustentam que o esquecimento deste ponto “cria custos humanos e financeiros muito significativos”. As enfermidades ocupacionais, mentais e físicas refletem em termos monetários o custo oculto do estresse no trabalho, devido à falta de preocupação com a criação de um ambiente de trabalho adequado para o bem estar e a produtividade.

SEGURA et al. (1998) afirmam textualmente que “o estresse no local de trabalho resulta em custos muito elevados para indivíduos, organizações empresariais e para a sociedade em geral, por seus efeitos deletérios sobre a produtividade, absentéismo, saúde e bem-estar”.

2.8 SINTOMAS DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

MURTOMAA et al. (1990) discutindo o aumento do setor de serviços de assistência à saúde nos países desenvolvidos e a exposição cada vez maior dos profissionais de saúde à angústia, à ansiedade e ao estresse, observam que existe uma discrepância entre as exigências do meio laboral e as características pessoais que podem dar origem a uma variedade de sintomas.

MASLACH e SCHAUFELI (1993) relatam a existência de cinco elementos comuns relacionados aos sintomas de *burnout*:

1. Há predominância de sintomas disfásicos, tais como cansaço mental ou emocional, fadiga e depressão;
2. O determinante se coloca em um sintoma mental ou comportamental mais que em sintomas físicos;
3. Os sintomas de *burnout* estão relacionados ao trabalho;
4. Os sintomas se manifestam em pessoas normais que não sofriam previamente de nenhuma psicopatologia;
5. Observa-se redução da efetividade e do rendimento no trabalho.

Para estes autores, o principal indicador subjetivo seria a fadiga acompanhada de: perda de auto-estima resultante de sentimento de incompetência profissional e insatisfação no trabalho; múltiplos sintomas de mal estar físico não atribuíveis à uma enfermidade orgânica identificável, e problemas de concentração, irritabilidade e negativismo. Como principal indicador objetivo estaria uma redução significativa no rendimento laboral durante, pelo menos, um período de vários meses, sendo isso

observável em relação a: pacientes que recebem serviços de menor qualidade; supervisores que constatarem diminuição na efetividade, absenteísmo, e colegas que apreciam a perda geral de interesse nos problemas relacionados com o trabalho.

Vários autores relatam os sintomas como divididos em 4 categorias: físicos, psíquicos, emocionais e comportamentais (FRANÇA, 1987; ALVAREZ GALLEGO e FERNANDEZ RIOS, 1991; GATTO, 2000; SILVA SOBRAL et al., 1999).

2.8.1 Físicos:

Sensação de fadiga constante e progressiva, distúrbio do sono, que pode se mostrar paradoxal; é comum a sensação de peso nas pálpebras, vontade de dormir, mas, quando se deita, não consegue relaxar a ponto de conciliar o sono. São comuns as dores no pescoço, ombros e dorso, conseqüentes à hipertonia dos músculos paravertebrais, crises de sudorese e cefaléia do tipo tensional ou enxaqueca, opressão precordial e palpitações. Não são raras as perturbações gastrointestinais: diarreia, perda do apetite e emagrecimento. A face, em geral, é tensa, mostra sinais de cansaço e pode ser ansiosa ou deprimida. Algumas vezes, observa-se o embranquecimento rápido dos cabelos. O que predomina, no entanto, é a grande astenia, o cansaço intenso, a sensação de que se está vazio, privado de toda energia.

2.8.2 Psíquicos:

Há diminuição da memória, tanto evocativa quanto de fixação, e dificuldade para se concentrar. A capacidade de tomar decisões está diminuída: frente a um problema com soluções diferentes, tem dificuldade em analisá-lo e, diante da múltipla escolha, fica com a que lhe parece mais simples e que vai exigir menos de si, tanto física quanto intelectualmente. Pode haver fixação de idéias e obsessão por determinados problemas, nem sempre importantes; há uma tendência a ruminar pensamentos, o que é capaz de gerar tensão e ansiedade. Pode haver manifestação paranóica que o faz sentir-se injustiçado, não compreendido, não devidamente apreciado. Há lentificação no pensamento e dificuldade para aprender fatos novos. Há diminuição da espontaneidade, da criatividade e, em geral, o rendimento intelectual está reduzido como um todo: problemas que antes eram de fácil solução, agora parecem enormes, difíceis de serem resolvidos.

2.8.3 Emocionais:

O elemento mais constante e de maior tonalidade é o desânimo: há perda do entusiasmo e da alegria; com freqüência, há ansiedade e um quadro depressivo. Um aspecto importante é que essa depressão, comumente, é situacional: arrefece ou piora no ambiente estressor, em geral o trabalho, e melhora quando dele se afasta. Isso pode distingui-la da depressão genuína que acompanha o indivíduo sempre, onde ele for. Torna-se impaciente, irritadiço, pessimista. É comum o sentimento de auto-depreciação

e de culpa. À medida que a performance profissional e social diminui, caem a auto-estima e a confiança em si mesmo.

2.8.4 Comportamentais:

Há uma tendência ao isolamento; o indivíduo tem dificuldade em contatar seus pacientes e procura evitar encontros sociais. Pode tornar-se negligente ou excessivamente escrupuloso no trato com os pacientes. Há perda de interesse pelo trabalho ou mesmo pelo lazer. Há dificuldade em aceitar situações novas, preferindo manter-se dentro de uma rotina que cada vez se torna mais estreita; com isso, o comportamento se torna menos flexível, mais rígido, estereotipado.

Há perda da iniciativa e o profissional sente-se inibido, moroso no desempenho de suas funções. Essa inibição e a falta de interesse levam ao absenteísmo, que pode ser um sinal precoce, premonitório de *burnout*. Com alguma freqüência, o indivíduo a caminho do *burnout*, ou já com a síndrome, passa a fumar mais, aumenta o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas tranqüilizantes. Esse universo de sintomas já caracteriza, por si mesmo, uma doença. Além disso, no entanto, podem se instalar sobre esse quadro outros e diversos processos patológicos: o *burnout* abre caminho para diferentes doenças.

Com a queda do rendimento no trabalho, o indivíduo procura se compensar, redobrando seu esforço, exigindo de si uma energia que está em vias de aniquilamento; desse modo, instala-se um processo de *feed back* positivo que, no terreno da biologia, pode levar a conseqüências catastróficas.

2.9 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO

Conforme CAPILLA PUEYO (2000), não existe nenhuma estratégia simples, capaz de prevenir ou tratar a síndrome de *burnout*. Os programas de intervenção se desenvolvem em três níveis estratégicos: a) individual: considerando estratégias de enfrentamento ao estresse, b) interpessoal: potencializando a formação de habilidades sociais e as estratégias relacionadas com o apoio social no trabalho, e c) organizacional.

Em nível individual, as estratégias estão centralizadas na aquisição e melhoria de estilos de enfrentamento. Classificam-se em: 1) programas dirigidos a estratégias instrumentais (para a solução dos problemas) e 2) programas dirigidos a estratégias paliativas (para o manejo das emoções associadas). Dentro dos primeiros, se localizam as técnicas de resolução de problemas, manejo do tempo de forma eficaz, otimização da comunicação, mudanças no estilo de vida, etc. Entre os segundos, cabe destacar a capacitação e aquisição de habilidades para expressar as emoções, o controle dos sentimentos de culpa e o relaxamento. Os enfrentamentos ativos ou centrados na solução do problema são considerados as mais efetivas para a prevenção e controle do *burnout*.

Outras estratégias recomendadas dentro da perspectiva individual são: aumentar a competência profissional, propiciando a investigação e a formação continuada; redesenhar a execução, fazendo as coisas de forma diferente; distrações extralaborais, praticando exercícios físicos, esportes, relaxamento, tendo algum hobby particular; fazer pequenos momentos de descanso (pausas) durante o trabalho; estabelecer metas reais e

factíveis de alcançar; e como último recurso para não abandonar a profissão: mudar de posto dentro e fora da organização.

No âmbito pessoal, tem-se utilizado técnicas de enfrentamento do estresse e ensaio de condutas. Podem usar-se técnicas de preparação em relações e autocontrole.

É fundamental a orientação aos novos profissionais que iniciam a carreira, pois podem apresentar uma negação parcial do risco que sofrem devido à inexperiência e ao otimismo de controlar a situação. Seria interessante para estes profissionais contar com programas de preparação frente ao estresse, desde a formação profissional. Em todo caso, é fundamental estabelecer cursos de formação continuada, melhoria de recursos instrumentais e aumentar a competência psicossocial do profissional. Mesmo assim, são importantes as relações interpessoais e a melhoria do suporte social entre colegas e superiores. Para enfrentar o *burnout*, é imprescindível fortalecer os vínculos sociais entre os trabalhadores.

Por último, no âmbito organizacional deveria estimular-se o suporte real ao profissional afetado, constituindo-se grupos de especialistas afetados capazes de oferecer a ajuda necessária.

Segundo GATTO (2000), para respaldar o cuidado da qualidade de vida da equipe de saúde, deveria-se atuar estrategicamente no ambiente de trabalho:

- Elaboração de protocolos confiáveis ou adaptação dos existentes que proporcionem informação fidedigna acerca do nível de *burnout* em cada população de profissionais, desde uma visão interdisciplinar a fim de revelar a incidência desta patologia e desenhar as intervenções específicas adequadas a cada grupo de trabalho;

- Em relação à formação profissional, é prioritário assegurar a adequada informação aos estudantes sobre as condições atuais em que se desenvolve sua profissão e a incorporação de um modelo universitário antropológico. Recuperar o sentido psicossocial da medicina;
- Dependendo do sistema de saúde, se deveria assegurar aos profissionais a estabilidade do emprego, uma remuneração adequada à grande responsabilidade que requer o exercício das profissões relacionadas à saúde;
- Assegurar a provisão de recursos materiais e humanos necessários para uma adequada atenção;
- Garantir a possibilidade de continuação e progresso dentro de uma carreira profissional e a satisfação de todos os direitos sociais que as leis trabalhistas asseguram a todos os trabalhadores;
- Atenção médica adequada de maneira a tratar os quadros mórbidos na sua etapa inicial;
- Favorecer o hábito de estudo constante, atualização permanente e investigação;
- Incentivar o trabalho em equipes interdisciplinares;
- Favorecer a rotatividade por áreas;
- Implementar grupos de reflexão e decisão de cada tarefa profissional;
- Alternar horas assistenciais com tarefas de elaboração e enriquecimento pessoal;
- Participação ativa sobre a atual realidade sanitária;
- Criar organizações representativas que agrupem os trabalhadores da saúde onde se regule a atividade e se unam os esforços que isolados resultam ineficazes;

- Proporcionar e incentivar a solidariedade.

A partir de uma abordagem terapêutica, FRANÇA (1987) diz que o ideal como sempre, é a prevenção. O *burnout* é evitável e passível de cura, mas a sua prevenção e tratamento são difíceis. Há necessidade de se corrigirem vícios antigos de comportamento; é preciso mudar conceitos a respeito dos valores, do que é desejável, do que é bom para o indivíduo; é necessário vencer pressões do meio social, profissional e familiar; há problemas econômicos e vivências. É preciso, muitas vezes, mudar toda uma filosofia de vida.

A tarefa de melhorar as condições de trabalho dos profissionais da saúde deve ser compartilhada. É fundamental a motivação de todos neste sentido, para evitar a desilusão e os sentimentos de solidão e frustração que fazem efeito em muitos profissionais hoje em dia.

3 PROPOSIÇÃO

O presente estudo tem como foco principal o bem-estar e a satisfação do CD em relação à sua atividade laboral. Atualmente, existe uma grande preocupação com o bem-estar dos profissionais da área de saúde. Considera-se que estas categorias profissionais, por estarem constantemente confrontadas com a dor e o sofrimento, estão mais predispostas a situações de estresse.

Os fatores estressantes relacionados ao trabalho podem originar uma síndrome que foi identificada, inicialmente, por FREUDENBERGER (1974), psicanalista norte americano que observou uma série de manifestações de esgotamento nos psicoterapeutas de uma clínica “alternativa” e utilizou o termo *burnout* para explicar o processo de deterioração nos cuidados profissionais dispensados aos seus pacientes.

MASLACH e JACKSON (1981) definiram a síndrome de *burnout* como sendo uma resposta inadequada a um estresse laboral crônico, característico das profissões que mantêm contato constante com pessoas. As autoras identificaram três componentes da síndrome de *burnout*: esgotamento emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. De acordo com LAUTERT (1997) por ser considerada uma síndrome, não existem etapas claras de seu desenvolvimento, podendo o indivíduo acometido apresentar qualquer um dos componentes.

Para JACQUES (1999), “cada profissão tem seus fatores estressantes, e os riscos variam tanto de pessoa para pessoa como de uma profissão para outra”.

Embora o *burnout* tenha sido estudado em vários grupos ocupacionais, como administradores de instituições de saúde (MASLACH e JACKSON, 1986), enfermeiras

(LAUTERT, 1997; ROGER e ABALO, 1997), profissionais de instituição psiquiátrica (LARA, 1999), médicos (DIAZ GONZALES e HIDALGO RODRIGO, 1994; SILVA SOBRAL et al., 1999), professores (CODO et al., 1999), os CDs têm recebido pouca atenção, apesar da convicção de certos autores (PINES et al., 1982; COOPER et al., 1988) de que eles pertencem ao grupo de profissionais da saúde com risco para a síndrome de *burnout*.

COOPER et al. (1988) demonstraram que a profissão odontológica está exposta à níveis consideráveis de estresse e pressão, e que estes exercem uma tensão nos CDs. Outros estudos têm identificado fatores estressantes relacionados às peculiaridades do trabalho do CD, como dificuldades financeiras e mudanças no *status* profissional relacionados ao surgimento no mercado de trabalho, a cada ano, de novos profissionais formados competindo pelos pacientes disponíveis (ADELSON, 1984; CORDÓN, 1986; COSTA et al., 1999); a complexidade do trabalho que é realizado em pacientes que estão freqüentemente num estado elevado de ansiedade (MURTOMAA et al., 1990); problemas com a equipe de trabalho, jornada diária de trabalho e pressão do tempo de atendimento (COOPER et al., 1987; St YVES et al., 1989; CROUCHER et al., 1997).

O estudo deste tema suscitou a seguinte indagação: a síndrome de *burnout*, avaliada através do MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), estará relacionada com algumas variáveis do contexto laboral, bem como demográficas dos CDs da cidade de Porto Alegre (RS) ? Em função disso, este estudo teve os seguintes objetivos:

1º) Avaliar o nível da síndrome de *burnout* nos CDs de Porto Alegre (RS), formados entre os anos de 1975 a 1995;

2º) Verificar a correlação entre as três sub escalas de *burnout* e o conjunto das variáveis demográficas dos CDs da amostra;

3º) Comparar os níveis da síndrome de *burnout* dos CDs de Porto Alegre (RS) com os resultados de estudos realizados com CDs de outros países.

4 METODOLOGIA

A presente investigação teve um caráter exploratório e descritivo, com um corte transversal.

4.1 AMOSTRA

Com objetivo de avaliar os níveis da síndrome de *burnout* nos CDs de Porto Alegre (RS), fez-se uma seleção de amostra aleatória dos 1.918 profissionais formados entre os anos de 1975 a 1995, conforme cadastro fornecido pelo CRO/RS, ano base 2000.

É recomendada a avaliação dos níveis de *burnout* através das estimativas obtidas de uma amostra estatisticamente calculada, já que uma investigação censitária tornaria o trabalho inviável sob o ponto de vista do custo econômico e o tempo de levantamento e apuração dos dados.

Com base nos dados do Quadro 2, foi dimensionada uma amostra total de 160 CDs, calculando-se para cada um dos estratos de anos de formatura uma amostra de 40 profissionais, com a imposição de uma probabilidade de confiança de 90 %, um erro absoluto associado ao estimador “proporção” de 10 pontos percentuais, e uma variabilidade do mesmo estimador na proporção de 0,16. Foi considerada para cada estrato de anos de formatura da amostra a mesma proporção de indivíduos do sexo masculino e feminino encontrada na população.

Quadro 2 - Número de CDs do sexo masculino e feminino, domiciliados em Porto Alegre (RS) e formados entre os anos de 1975 a 1995.

Tempo de formatura	Nº de CDs (N)	Tamanho da amostra (n)	Sexo Masc. (n)	Sexo Fem. (n)
5 a 9 anos (1995 – 1991)	579	40	15	25
10 a 14 anos (1990 – 1986)	359	40	18	22
15 a 19 anos (1985 – 1981)	480	40	15	25
20 a 25 anos (1980 – 1975)	500	40	13	27
Total	1.918	160	61	99

Fonte: Conselho Regional do Odontologia do Rio Grande do Sul, 2000.

Os CDs investigados foram selecionados aleatoriamente através de um sistema automático, utilizando a Razão de Amostragem entre a população cadastrada e o tamanho da amostra calculado para cada estrato. Uma reserva de 20 % também foi selecionada pelo mesmo processo, para os casos onde não foi possível encontrar o titular selecionado.

4.2 INSTRUMENTOS USADOS PARA A COLETA DOS DADOS

Foi utilizado como instrumento dessa investigação um questionário, constituído em sua primeira parte por questões que coletaram dados demográficos, a fim de recolher informações sobre o perfil dos CDs que constituíram a amostra.

Na segunda parte da investigação, foi aplicado o MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI), um questionário auto-administrado composto por 22 itens tipo likert em forma de afirmação que se referem às atitudes, emoções e sentimentos que o profissional mostra frente ao seu trabalho ou diante de seus pacientes. Os respondentes

usaram uma escala de sete (07) pontos para indicar a frequência com a qual experienciavam o sentimento descrito em cada declaração.

O instrumento desenvolvido e validado por MASLACH e JACKSON (1986) é composto por três sub escalas:

1. Sub escala de esgotamento emocional (9 questões): valoriza a experiência de estar emocionalmente esgotado pelas demandas do trabalho.
2. Sub escala de despersonalização (5 itens): valoriza o grau em que cada um reconhece atitudes de frieza e distanciamento.
3. Sub escala de realização pessoal (8 itens): avalia os sentimentos de auto-eficácia e realização pessoal no trabalho.

Cada uma das sub escalas deve ser analisada separadamente como uma variável contínua com níveis alto, médio e baixo, e não como uma variável dicotômica, onde existe ou não existe a presença do sintoma. Pela combinação do nível de cada uma das três sub escalas se obtém o nível de *burnout* do indivíduo ou categoria. Assim, os indivíduos que estão desgastados ou apresentam *burnout* terão uma alta pontuação em esgotamento emocional e despersonalização e baixa em realização pessoal.

Nas distribuições de frequência para cada uma das sub escalas MBI, o esgotamento emocional (EE) tem uma variação possível de 0 - 54. As variações para baixas, médias e altas taxas de *burnout* são de: 0 - 17, 18 - 31 e 32 - 54 respectivamente. A despersonalização (DP) tem uma oscilação possível de 0 - 30. As variações para baixas, média e altas taxas de *burnout* são de: 0 - 3, 4 - 10 e 11 - 30 respectivamente. A realização pessoal (RP) tem uma variação possível de 0 - 48. As oscilações para baixas, médias e altas taxas de *burnout* são de: 0 - 30, 31 - 37 e 38 - 48 respectivamente.

O MBI não identifica os indivíduos com *burnout* quando usado epidemiologicamente, os resultados são apresentados normalmente separados em cada sub escala de burnout. Entretanto, pessoas marcando um alto escore para EE e DP e baixo para RP são considerados como apresentando uma taxa global de *burnout* alta.

4.3 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

O método de coleta de dados que foi empregado neste estudo foi descrito por CROUCHER e OSBORNE (1997), onde, através de questionário auto-aplicativo com os CDs, obtiveram-se informações objetivas, que segundo LUNDBERG⁴ apud MINAYO (1999), são “dados que se referem a fatos que o pesquisador poderia conseguir através de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis etc.” que informam a idade, gênero, estado civil, ano de formatura, situação profissional, carga horária diária de trabalho, número de atendimentos diários, número de CDs que atuam no mesmo local de trabalho e o nível educacional.

Os dados para este estudo de corte transversal foram coletados entre março e junho de 2001. Em fevereiro de 2001, foi enviado, via correio, uma carta informando sobre a realização da pesquisa e formalizando a solicitação do consentimento por parte dos profissionais que compõe a amostra. A partir de março de 2001, fez-se contato, por telefone, com os CDs da amostra que tinham seu número na lista telefônica da LISTEL, informando-os que uma pessoa ficaria responsável pela entrega e recolhimento dos instrumentos de pesquisa.

⁴ LUNDBERG, G. A. “Case work and the Statistical Method”. Social Forces 5. Ed. New York, 1926.

Para aqueles CDs da amostra que não foi possível localizar através do número telefônico, elaborou-se uma nova carta, que era entregue juntamente com os instrumentos de pesquisa.

Para realizar a tarefa de entrega e recolhimento dos questionários, foi contratado um estudante do ensino médio (3º ano). Os contatos por telefone foram realizados pelo autor da pesquisa.

4.4 PLANO DE ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados usando-se o programa computacional Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para investigar os efeitos das variáveis independentes, relacionadas à experiência pessoal e profissional dos respondentes, para cada subescala da síndrome de *burnout*: esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal. A interpretação dos resultados foi realizada ao nível de significância de 5 %. Para medir a consistência interna e a validade do MBI, foi utilizado o Coeficiente Alfa (α) de Cronbach; para averiguar a existência de relação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas quantitativas utilizou-se o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson (r) e para avaliar a existência de associação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas qualitativas usou-se a medida não-paramétrica Coeficiente de Contingência (C). As representações gráficas dos resultados obtidos foram apresentadas a partir do programa computacional MICROSOFT EXCEL 1997.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CDs DA AMOSTRA

Os dados demográficos dos 169 CDs que fizeram parte da amostra aleatória serão apresentados a seguir, na análise estatística descritiva.

As mulheres representam a maioria da classe odontológica da Capital gaúcha (59,2 %); a média de idade dos CDs da amostra é de 38 anos, com uma maior concentração na faixa etária de 31 a 40 anos (49,8 %); a maioria dos CDs são casados (59,2 %), os solteiros e/ou divorciados representam 34,3 % da amostra; em relação ao tempo de formatura, houve uma distribuição equânime, em torno de 24 % para cada estrato, com exceção dos formados entre 15 a 19 anos que representam 28,4 %; o nível educacional mostra que existe uma forte tendência dos CDs se especializarem, 58,6 % realizaram curso de pós-graduação (40,8 % especialização; 13,6 % mestrado e 4,2 % doutorado); os CDs totalmente autônomos ainda são a maioria (54,4 %), mas há uma tendência deste profissional atuar parcialmente autônomo e parcialmente empregado (43,8 %); 53,3 % dos CDs da amostra atendem entre 75 a 100 % do seu tempo na clínica privada; a maioria dos CDs trabalham entre 8 a 12 horas por dia (69,6 %) e atendem entre 8 a 12 pessoas diariamente (42,0 %); os CDs da amostra preferem trabalhar sozinhos no consultório (36,1 %) ou dividem o espaço com outro colega (29,0 %).

O Quadro 3 mostra que os CDs ficaram distribuídos de acordo com o gênero, em 40,8% do sexo masculino e 59,2 % do sexo feminino.

Quadro 3 – Distribuição dos CDs da amostra por gênero

Sexo	Frequência	Percentual
Masculino	69	40,8
Feminino	100	59,2
Total	169	100,0

O Quadro 4 apresenta a distribuição por idade dos CDs, que variou de 25 a 58 anos, sendo a média de idade igual a 39 anos, com desvio padrão de 6,62.

Quadro 4 – Distribuição dos CDs da amostra por idade

Idade	Frequência	Percentual
25 a 30 anos	20	11,8
31 a 40 anos	84	49,8
41 a 50 anos	58	34,3
51 a 58 anos	7	4,1
Total	169	100,0

No Quadro 5 observa-se a distribuição em relação ao estado civil: 59,2 % dos CDs são casados, 23,1 % são solteiros, 11,2 % são divorciados e 6,5 % estão em outra situação.

Quadro 5 – Distribuição dos CDs da amostra por estado civil

Estado civil	Frequência	Percentual
Casado	100	59,2
Solteiro	39	23,1
Divorciado	19	11,2
Outra situação	11	6,5
Total	169	100,0

O Quadro 6 mostra a distribuição quanto ao tempo de formatura, encontrando-se 23,7 % formados entre 5 a 9 anos; 24,3 % entre 10 a 14 anos; 28,4 % entre 15 a 19 anos e 23,7 % entre 20 a 25 anos.

Quadro 6 – Distribuição dos CDs da amostra por tempo de formatura

Tempo de formatura	Frequência	Percentual
5 a 9 anos	40	23,7
10 a 14 anos	41	24,3
15 a 19 anos	48	28,4
20 a 25 anos	40	23,7
Total	169	100,0

Com relação a situação profissional, o Quadro 7 informa que 54,4 % são totalmente autônomos, apenas 1,8 % trabalham totalmente vinculados ao emprego e 43,8 % são parcialmente empregados e parcialmente autônomos.

Quadro 7 – Distribuição dos CDs da amostra por situação profissional

Situação profissional	Frequência	Percentual
Totalmente autônomo	92	54,4
Totalmente empregado	3	1,8
Parcialmente autônomo e empregado	74	43,8
Total	169	100,0

A distribuição das proporções entre os atendimentos realizados na clínica privada ou no Sistema Único de Saúde (SUS) e outros serviços, são apresentados no Quadro 8, onde 53,6 % dos CDs responderam que de 75 a 100 % dos atendimentos são particulares; 25,6% de 50 a 74 %; 13,7 % de 25 a 49 % dos atendimentos são prestados no SUS e outros serviços; 7,1 % de 75 a 100 % e 0,6 % não respondeu.

Quadro 8 – Distribuição dos CDs da amostra por forma de atendimento

Forma de atendimento	Frequência	Percentual
75 até 100 % SUS e outros serviços	12	7,1
25 até 49 % SUS e outros serviços	23	13,6
50 até 74 % clínica privada	43	25,4
75 até 100 % clínica privada	90	53,3
Não respondeu	1	0,6
Total	164	100,0

O Quadro 9 mostra a distribuição quanto ao número de CDs atuando no mesmo local de trabalho: 36,1 % trabalham sozinhos; 29,0 % trabalham com outro colega; 6,5 % trabalham entre 3; 10,0 % trabalham entre 4; 17,8 % trabalham em locais onde atuam mais de 5 CDs e 0,6 % não respondeu.

Quadro 9 – Distribuição dos CDs da amostra quanto ao número de CDs no local de trabalho

CDs no local de trabalho	Frequência	Percentual
Apenas um	61	36,1
Dois	49	29,0
Três	11	6,5
Quatro	17	10,0
Mais de cinco	30	17,8
Não respondeu	1	0,6
Total	169	100,0

Sobre o número de atendimentos diários, o Quadro 10 informa que variou entre 1 a 30 atendimentos, sendo que 11,2 % dos CDs atendem até 4 pacientes por dia; 39,6 % entre 5 a 9 pacientes; 29,0 % entre 10 a 14 pacientes; 10,1 % entre 15 a 19; 8,9 % atendem mais de 20 pacientes por dia e 1,2 % não informaram.

Quadro 10 – Distribuição dos CDs da amostra por número de atendimentos diários

Nº de atendimentos diários	Frequência	Percentual
Até 4 atendimentos	19	11,2
5 a 9 atendimentos	67	39,6
10 a 14 atendimentos	49	29,0
15 a 19 atendimentos	17	10,1
Mais de 20 atendimentos	15	8,9
Não informaram	2	1,2
Total	169	100,0

Em relação à jornada diária de trabalho, aparece no Quadro 11 que 20,1 % dos CDs trabalham até 6 horas por dia; 63,3 % tem uma jornada diária entre 7 a 10 horas; 16,0 % trabalham mais de 10 horas por dia e 0,6 % não informou.

Quadro 11 – Distribuição dos CDs da amostra por jornada diária de trabalho

Jornada diária de trabalho	Frequência	Percentual
Até 6 horas por dia	34	20,1
Entre 7 a 10 horas por dia	107	63,3
Mais de 10 horas por dia	27	16,0
Não informou	1	0,6
Total	169	100,0

Quanto ao tipo de tratamento que realizam, o Quadro 12 informa que 47,4 % dos CDs fazem clínica geral; 41,4 % realizam tratamento especializado e 11,2 % fazem clínica geral e/ou tratamento especializado.

Quadro 12 – Distribuição dos CDs da amostra por tipo de tratamento

Tipo de tratamento	Frequência	Percentual
Clínica geral	80	47,4
Especialização	70	41,4
Clínica geral e/ou especialização	19	11,2
Total	169	100,0

No que se refere ao nível educacional, o Quadro 13 mostra que 41,4 % dos CDs estudaram até a graduação em odontologia; 40,8 % fizeram especialização; 13,6 % tem mestrado e 4,2 % obtiveram o título de doutor.

Quadro 13 – Distribuição dos CDs da amostra por nível educacional

Nível educacional	Frequência	Percentual
Graduação	70	41,4
Especialização	69	40,8
Mestrado	23	13,6
Doutorado	7	4,2
Total	169	100,0

5.2 VALIDAÇÃO DO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Quando se utiliza um instrumento de pesquisa, faz-se necessária a explicitação do grau de confiabilidade do mesmo, com o objetivo de verificar se realmente está medindo a característica desejada. Para medir a consistência interna do Maslach Burnout Inventory (MBI) foi utilizado o Alfa (α) de Cronbach.

Os coeficientes α para as três sub escalas foram: 0,91 para esgotamento emocional (EE); 0,65 para despersonalização (DP) e 0,78 para a realização pessoal (RP).

5.3 NÍVEL DA SÍNDROME DE *BURNOUT* NOS CDs DA AMOSTRA

Os resultados do nível da síndrome de *burnout* serão apresentados separadamente para cada uma das sub escalas do MBI e para a taxas globais de *burnout*.

5.3.1 Nível da síndrome de *burnout* para cada sub escala do MBI

O Quadro 14, apresenta a distribuição referente a sub escala EE entre os CDs da amostra. Em 62,1 % dos CDs o nível foi baixo; para 24,3 % foi médio e para 13,6 % foi alto.

Quadro 14 – Distribuição do nível da sub escala Esgotamento Emocional (EE)

Esgotamento emocional	Frequência	Percentual
Baixo	105	62,1
Médio	41	24,3
Alto	23	13,6
Total	169	100,0

O Quadro 15 mostra a distribuição do nível da sub escala EE de acordo com o gênero. Dos CDs masculinos da amostra, 55,1 % apresentaram nível baixo; 51,2 % médio e 14,5 % alto para EE. As CDs mulheres acusaram 67,0 % de nível baixo; 48,8 % médio e 13,0 % alto para EE.

Quadro 15 - Distribuição do nível da sub escala EE por gênero

Classificação do nível de EE	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Baixo	38	55,1	67	67,0	105	62,1
Médio	21	51,2	20	48,8	41	24,3
Alto	10	14,5	13	13,0	23	13,6
Total	69	100,0	100	100,0	169	100,0

Em relação a distribuição do nível da sub escala EE para o estado civil, o Quadro 16 mostra que 64,1 % dos CDs solteiros tiveram nível baixo para EE; 17,9% médio; e 17,9 % alto. Dos CDs casados, 59,0 % ficaram com baixo; 28,0 % médio; e 13,0 % alto. Para os CDs divorciados, 12,6 % obtiveram nível baixo; 21,1 % médio; e 10,5 % alto. Os CDs em outra situação apresentaram 63,6 % nível baixo para EE; 27,2 % médio; e 10,0 % alto.

Quadro 16 - Distribuição do nível da sub escala EE por estado civil

Classificação do nível de EE	Estado Civil								Total	
	Solteiro		Casado		Divorciado		Outro		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baixo	25	64,1	59	59,0	13	12,6	7	63,6	104	61,5
Médio	7	17,9	28	28,0	4	21,1	3	27,2	42	24,8
Alto	7	17,9	13	13,0	2	10,5	1	10,0	23	13,7
Total	39	100,0	100	100,0	19	100,0	11	100,0	169	100,0

No Quadro 17 aparece a distribuição do nível da sub escala EE para o número de CDs atuando no mesmo local de trabalho. Para os CDs que atuam sozinhos, 62,3 % tem nível baixo para EE; 27,9 % médio; e 9,8% alto. Para os CDs que atuam entre 2 ou 3 colegas, não houve diferenças estatisticamente significativas, em torno de 72,0 % dos CDs ficaram com nível baixo para EE; 18,2 % médio; e 10,0 % alto. Os CDs que atuam entre 4 colegas, 47,1 % obtiveram nível baixo; 35,3 % médio; e 17,6 % alto. Entre os CDs que atuam num local com mais de 5 profissionais, apresentaram 53,3 % de nível baixo; 20,0 % médio; e 26,7 % de nível alto para EE.

Quadro 17 - Distribuição do nível da sub escala EE por número de CDs no local de trabalho

Classificação do nível de EE	Número de CDs no local de trabalho								Total	
	Apenas 1		2 e/ou 3		4		+ de 5			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	38	62,3	43	72,0	8	7,1	16	62,5	105	62,5
Médio	17	27,9	11	18,2	6	35,3	6	20,0	40	23,8
Alto	6	9,8	6	10,0	3	17,6	8	26,7	23	13,7
Total	61	100,0	60	100,0	17	100,0	30	100,0	168	100,0

A distribuição dos nível da sub escala EE é mostrada no Quadro 18 onde, os CDs totalmente autônomos apresentam nível baixo para 67,4 % dos profissionais; médio para 20,7 % e alto para 12,0 %. Os CDs totalmente empregados apresentam 33,3 % de nível baixo e 66,7 % para alto. Os CDs parcialmente autônomos e empregados registram nível baixo para 56,7 %; médio para 29,7; e alto para 14,7 % dos profissionais.

Quadro 18 - Distribuição do nível da sub escala EE por situação profissional

Classificação do nível de DP	Situação profissional						Total	
	Totalmente Autônomo		Totalmente Empregado		Parcialmente Aut. e Emp.			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	62	67,4	1	33,3	42	56,7	105	62,1
Médio	19	20,7	0	0,0	22	29,7	41	24,3
Alto	11	12,0	2	66,7	10	14,7	23	13,6
Total	92	100,0	3	100,0	74	100,0	169	100,0

O Quadro 19 informa a distribuição do nível da sub escala EE em relação a jornada diária de trabalho. Dos CDs que atuam até 6 horas por dia, 79,4 % apresentaram nível baixo de EE; 8,8 % médio; e 11,8 % alto. Para os CDs que atuam de 7 a 10 horas, 60,7 % informaram nível baixo; 25,2 % médio; e 14,0 % alto. Os CDs que trabalham mais de 10 horas diárias, 44,4 % mostraram nível baixo; 40,7 % médio; e 14,8 % alto nível de EE.

Quadro 19 - Distribuição do nível da sub escala EE por jornada de trabalho

Classificação do nível de DP	Jornada diária de trabalho						Total	
	Até 6 hs		De 7 a 10 hs		Mais de 10 hs			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	27	79,4	65	60,7	12	44,4	104	61,9
Médio	3	8,8	27	25,2	11	40,7	41	24,4
Alto	4	11,8	15	14,0	4	14,8	23	13,7
Total	34	100,0	107	100,0	27	100,0	168	100,0

A Figura 1 mostra que a curva de distribuição dos escores dos CDs da amostra, nas questões relativas a sub escala de esgotamento emocional (EE) do MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) apresenta uma assimetria positiva ($a_3 = 0,913$) e se aproxima de uma distribuição de χ^2 (Qui-quadrado).

O escore médio entre os CDs foi igual a 16,66, com desvio padrão de 12,44, um coeficiente de variabilidade de 0,75 (75%), e a mediana de 14,00.

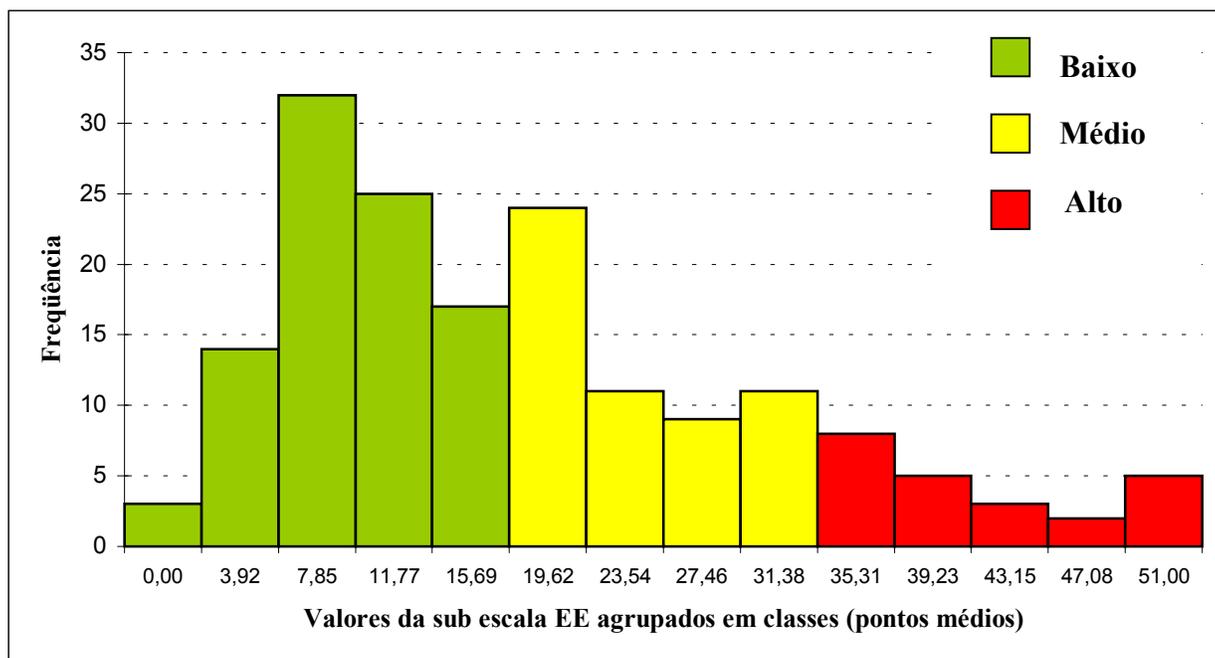


Figura 1 – Distribuição dos escores dos CDs da amostra para a sub escala Esgotamento Emocional (EE)

No Quadro 20 aparece a distribuição dos escores relacionados a sub escala de despersonalização (DP), sendo que 74,0 % dos CDs apresentaram um escore baixo; 19,5 % médio e 6,5 % alto.

Quadro 20 – Distribuição do nível da sub escala Despersonalização (DP)

Despersonalização	Frequência	Percentual
Baixo	125	74,0
Médio	33	19,5
Alto	11	6,5
Total	169	100,0

O Quadro 21 informa a distribuição do nível da sub escala DP de acordo com o gênero. Dos CDs homens da amostra, 69,6 % apresentaram nível baixo; 20,3 % médio e 10,1 % alto para DP. As CDs mulheres indicaram 77,0 % de nível baixo; 19,0 % médio e 4,0 % alto para DP.

Quadro 21 - Distribuição do nível da sub escala DP por gênero

Classificação do nível de DP	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Baixo	48	69,6	77	77,0	125	74,0
Médio	14	20,3	19	19,0	33	19,5
Alto	7	10,1	4	4,0	11	6,5
Total	69	100,0	100	100,0	169	100,0

Quanto a distribuição do nível da sub escala DP para o estado civil, o Quadro 22 informa que 71,8 % dos CDs solteiros tiveram nível baixo para DP; 17,9% médio; e 10,3 % alto. Dos CDs casados, 79,0 % ficaram com baixo; 16,0 % médio; e 5,0 % alto. Para os CDs divorciados, 52,6 % obtiveram nível baixo; 36,8 % médio; e 10,5 % alto. Os CDs em outra situação apresentaram 77,8 % de nível baixo para DP e 22,2 % médio.

Quadro 22 - Distribuição do nível da sub escala DP por estado civil

Classificação do nível de DP	Estado Civil								Total	
	Solteiro		Casado		Divorciado		Outro			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	28	71,8	79	79,0	10	52,6	7	77,8	124	74,3
Médio	7	17,9	16	16,0	7	36,8	2	22,2	32	19,2
Alto	4	10,3	5	5,0	2	10,5	0	0,0	11	6,6
Total	39	100,0	100	100,0	19	100,0	9	100,0	167	100,0

Em relação a situação profissional e a distribuição do nível da sub escala DP, o Quadro 23 mostra que dos CDs totalmente autônomos 75,0 % apresentaram nível baixo para DP; 19,6 % médio; e 5,4 % alto. Os CDs totalmente empregados apresentaram 66,5 % de nível baixo e 33,3 % para alto. Os CDs parcialmente autônomos e empregados registram nível baixo para 73,0 %; médio para 20,2 %; e alto para 7,4 % dos profissionais.

Quadro 23 - Distribuição do nível da sub escala DP por situação profissional

Classificação do nível de DP	Situação profissional						Total	
	Totalmente Autônomo		Totalmente Empregado		Parcialmente Aut. e Emp.			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	69	75,0	2	66,5	54	73,0	125	74,0
Médio	18	19,6	0	0,0	15	20,2	33	19,5
Alto	5	5,4	1	33,3	5	7,4	11	6,5
Total	92	100,0	3	100,0	74	100,0	169	100,0

O Quadro 24 informa a distribuição do nível da sub escala DP em relação a jornada diária de trabalho. Dos CDs que atuam até 6 horas por dia, 82,4 % apresentaram nível baixo de DP e 17,6 % médio. Para os CDs que atuam de 7 a 10 horas, 73,8 % informaram nível baixo; 18,7 % médio; e 7,5 % alto. Os CDs que trabalham mais de 10 horas diárias, 63,0 % mostraram nível baixo; 25,9 % médio; e 11,1 % alto nível de DP.

Quadro 24 - Distribuição do nível da sub escala DP por jornada de trabalho

Classificação do nível de DP	Jornada diária de trabalho						Total	
	Até 6 hs		De 7 a 10 hs		Mais de 10 hs			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	28	82,4	79	73,8	17	63,0	124	73,8
Médio	6	17,6	20	18,7	7	25,9	33	19,6
Alto	0	0,0	8	7,5	3	11,1	11	6,5
Total	34	100,0	107	100,0	27	100,0	168	100,0

A Figura 2 mostra que a distribuição tem uma assimetria fortemente positiva com um $a_3 = 2,208$, representando a existência de um baixo escore para a sub escala despersonalização (DP) para a maioria dos CDs.

A média dos escores para despersonalização foi de 2,89, com desvio padrão de 4,08, um coeficiente de variabilidade de 1,41 (141%), e mediana igual a 1,00.

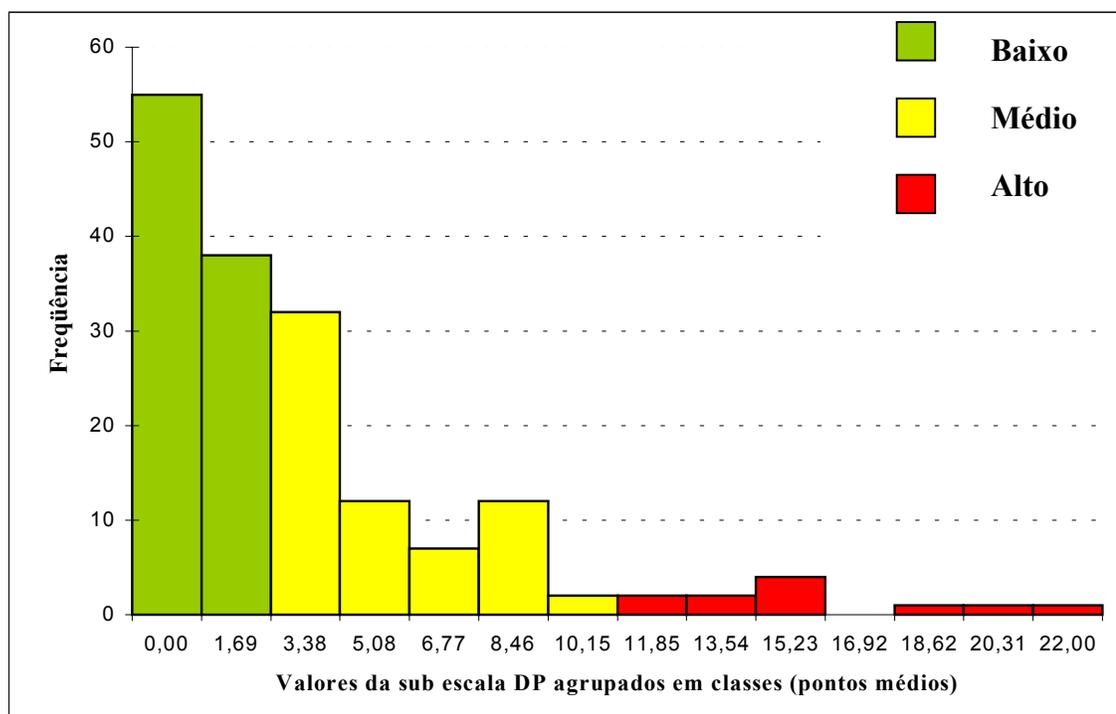


Figura 2 – Distribuição dos escores dos CDs da amostra para a sub escala Despersonalização (DP)

Em relação à distribuição dos escores para a realização pessoal (RP), o Quadro 25 informa que 87,6 % dos CDs apresentaram nível alto; 8,3 com nível médio e 4,1 % com baixo.

Quadro 25 – Distribuição do nível da sub escala Realização Pessoal (RP)

Realização Pessoal	Frequência	Percentual
Baixo	7	4,1
Médio	14	8,3
Alto	148	87,6
Total	169	100,0

Quanto a distribuição dos níveis da sub escala RP e o gênero, o Quadro 26 informa que, dos CDs homens da amostra, 5,8 % apresentaram níveis baixos de RP; 4,3 % médio e 90,0 % alto. As CDs mulheres registraram 3,0 % de nível baixo; 11,0 % médio e 86,0 % alto para RP.

Quadro 26 - Distribuição dos níveis da sub escala RP por gênero

Classificação do nível de RP	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%	n	%
Baixo	4	5,8	3	3,0	7	4,1
Médio	3	4,3	11	11,0	14	8,3
Alto	62	90,0	86	86,0	148	87,6
Total	69	100,0	100	100,0	169	100,0

A distribuição do nível da sub escala RP em relação a situação profissional é apresentada no Quadro 27. Dos CDs totalmente autônomos 4,3 % apresentaram nível baixo para RP; 8,7 % médio; e 87,0 % alto. Os CDs totalmente empregados apresentaram 33,3 % de nível médio e 66,7 % para alto. Os CDs parcialmente autônomos e empregados registram nível baixo para 4,0 %; médio para 6,7 %; e alto para 89,2 % dos profissionais.

Quadro 27 - Distribuição do nível da sub escala RP por situação profissional

Classificação do nível de RP	Situação Profissional						Total	
	Totalmente Autônomo		Totalmente Empregado		Parcialmente Aut. e Emp.			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixo	4	4,3	0	0,0	3	4,0	7	4,1
Médio	8	8,7	1	33,3	5	6,7	14	8,3
Alto	80	87,0	2	66,7	66	89,2	148	87,6
Total	92	100,0	3	100,0	74	100,0	169	100,0

A Figura 3 mostra que a sub escala realização pessoal (RP) tem uma distribuição negativa com um $a_3 = -1,821$, indicando que a maior parte dos CDs mostraram escores altos. A média dos escores para realização pessoal (RP) ficou em 43,65, com um desvio padrão de 5,41, e um coeficiente de variabilidade de 0,124 (12,4%), e a mediana de 45,00.

Das três sub escalas analisadas a RP é a que apresenta maior homogeneidade entre os CDs.

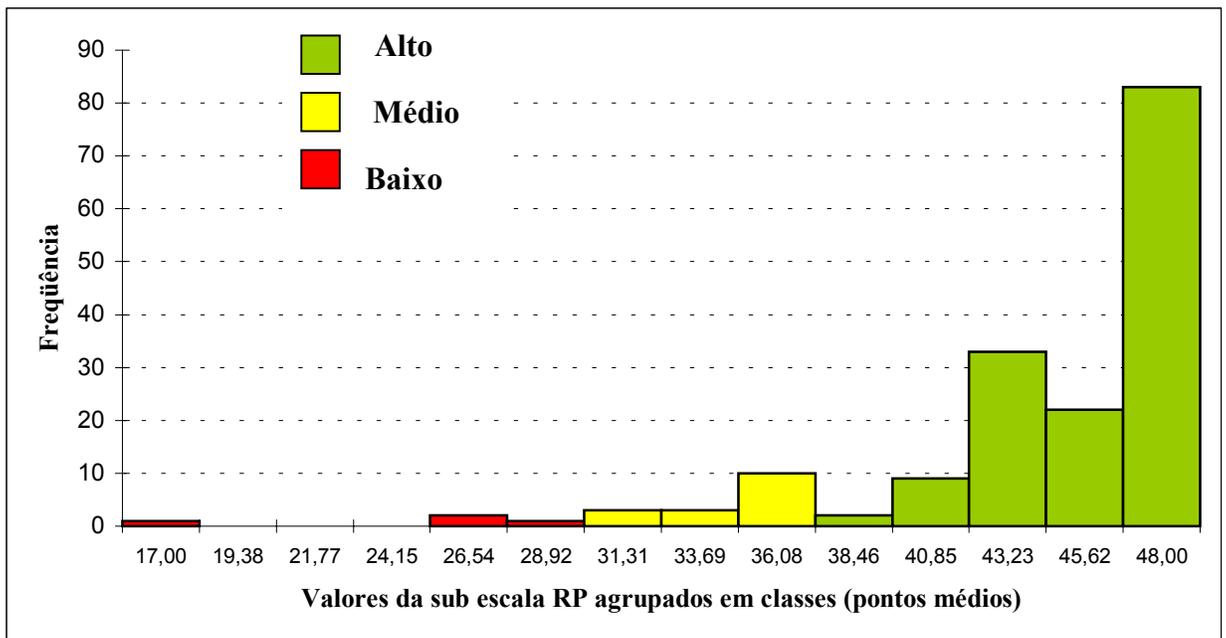


Figura 3 – Distribuição dos escores dos CDs da amostra para a sub escala Realização Pessoal (RP)

5.3.2 Nível global da síndrome de *burnout* nos CDs da amostra

O Quadro 28, informa o número dos CDs da amostra que apresentaram um alto nível global de *burnout*, o que significa dizer que tiveram um alto escore para EE e DP e baixo para RP.

Do total da amostra (n = 169), um informante (0,6 % da amostra) apresentou alto nível global de *burnout*; os CDs com alto escore para EE, médio para DP e baixo para RP, chegaram a 3,6 % do total da amostra .

Quadro 28 – Distribuição dos CDs da amostra com alto nível global de *burnout*

Classificação dos escores de Esgotamento Emocional (EE) Alto						
Classificação dos escores de Realização Pessoal (RP)	Classificação dos escores de Despersonalização (DP)					
	Baixo		Médio		Alto	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Baixo	0	0,0	6	3,6	1	0,6
Médio	3	1,8	2	1,2	2	1,2
Alto	8	4,7	0	0,0	1	0,6
Total	11	6,5	8	4,7	4	2,4

No Quadro 29, aparece o número dos CDs da amostra que apresentaram um baixo nível global de *burnout*, ou seja, tiveram escores baixos para EE e DP e alto para RP. Do total da amostra (n = 169), 48,5 % apresentaram baixo nível global de *burnout*.

Quadro 29 – Distribuição dos CDs da amostra com baixo nível global de *burnout*

Classificação dos escores de Esgotamento Emocional (EE) Baixo						
Classificação dos escores de Realização Pessoal (RP)	Classificação dos escores de Despersonalização (DP)					
	Baixo		Médio		Alto	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Baixo	2	1,2	0	0,0	0	0,0
Médio	3	1,8	2	1,2	0	0,0
Alto	82	48,5	14	8,3	2	1,2
Total	87	51,5	16	9,4	2	1,2

5.4 CORRELAÇÕES ENTRE AS SUB ESCALAS DO MBI E O CONJUNTO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS DOS CDs DA AMOSTRA.

5.4.1 Correlação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas quantitativas.

Para averiguar a existência de relação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas quantitativas, utilizou-se o coeficiente de correlação linear de PEARSON, que busca avaliar o grau de relação entre 2 variáveis, ou seja, o quanto uma variável influencia na outra.

O coeficiente de correlação linear de Pearson (r), varia entre -1 e $+1$, portanto pode assumir valores positivos ou negativos.

Correlação linear positiva significa que quando aumenta o valor de uma variável (independente), aumenta o valor da outra variável (dependente), porém não na mesma proporção.

Correlação linear negativa significa que quando aumenta o valor de uma variável (independente), há a redução do valor da outra (dependente), porém não na mesma proporção.

O Quadro 30 mostra os valores do coeficiente de correlação linear de Pearson (r) e o grau de correlação linear entre as duas variáveis, seguidos para este estudo.

Quadro 30 – Valores do Coeficiente de Pearson e o Grau da Correlação Linear.

Coeficiente de Pearson	Grau da Correlação Linear
0	Nula
0,1 — 0,2	Muito fraca
0,2 — 0,4	Fraca
0,4 — 0,7	Moderada
0,7 — 0,9	Forte
0,9 — 0,99	Muito forte
1	Perfeita

O Quadro 31 apresenta a matriz das correlações lineares entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas quantitativas. Verificou-se uma correlação linear positiva, a um nível de significância de 5 %, entre a sub escala esgotamento emocional (EE) e as variáveis jornada diária de trabalho e número de CDs no local de trabalho.

O coeficiente de Pearson foi igual a 0,156 e 0,165, respectivamente. Para ambas, a intensidade de correlação foi muito fraca. Não houve correlação linear estatisticamente significativa entre a sub escala EE e as demais variáveis demográficas quantitativas.

Entre as sub escalas EE e DP a correlação linear foi positiva, a um nível de significância de 1 %, com o coeficiente de Pearson igual a 0,414, configurando uma intensidade moderada de correlação. Entre as sub escalas EE e RP a correlação linear foi negativa, a um nível de significância de 1 %, tendo o coeficiente de Pearson de – 0,381 e fraca intensidade de correlação.

Quando confrontadas a sub escala DP e a variável quantitativa jornada diária de trabalho, verificou-se uma correlação linear positiva, a um nível de significância de 5%, o coeficiente de Pearson igual a 0,196, mostrando uma intensidade de correlação linear muito fraca. Não houve correlação linear entre a sub escala DP e as demais variáveis demográficas quantitativas. Entre as sub escalas DP e RP a correlação linear foi negativa, a um nível de significância de 1 %, tendo o coeficiente de Pearson de – 0,303 e fraca intensidade de correlação.

Não houve correlação linear estatisticamente significativa, entre a sub escala RP e as variáveis demográficas quantitativas.

Quadro 31 – Matriz das correlações lineares, Coeficiente de PEARSON (r)

Sub escala de <i>burnout</i>		Esgotamento Emocional (EE)	Despersonalização (DP)	Realização Pessoal (RP)
Esgotamento Emocional (EE)	Coeficiente (r) Significância n	1,000 , 169	0,414 ** 0,000 169	-0,381 ** 0,000 169
Despersonalização (DP)	Coeficiente (r) Significância n	0,414 ** 0,000 169	1,000 , 169	-0,303 ** 0,000 169
Realização Pessoal (RP)	Coeficiente (r) Significância n	-0,381 ** 0,000 169	-0,303 ** 0,000 169	1,000 , 169
Idade	Coeficiente (r) Significância n	-0,114 0,138 169	-0,104 0,177 169	0,030 0,699 169
Tempo de formatura	Coeficiente (r) Significância n	0,087 0,262 169	0,049 0,527 169	0,076 0,324 169
Proporção atendimentos privados	Coeficiente (r) Significância n	-0,112 0,149 168	-0,119 0,126 168	0,065 0,401 168
Nº atendimentos diários	Coeficiente (r) Significância n	-0,014 0,859 167	0,047 0,543 167	0,123 0,115 167
Jornada diária de trabalho	Coeficiente (r) Significância n	0,156 * 0,043 168	0,196 * 0,011 168	-0,016 0,837 168
CDs no mesmo local de trabalho	Coeficiente (r) Significância n	0,165 * 0,032 168	0,044 0,573 168	-0,105 0,177 168

* A correlação é significativa para o nível de 0.05 (bicaudal).

** A correlação é significativa para o nível de 0.01 (bicaudal).

5.4.2 Associação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas qualitativas.

Para avaliar a existência de associação entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas qualitativas, utilizou-se a medida não-paramétrica denominada coeficiente de contingência (C).

De acordo com SIEGEL (1975), o coeficiente de contingência é uma medida do grau da associação entre dois conjuntos de atributos. É especialmente útil quando dispomos apenas de informação categórica (escala nominal) sobre ambos os conjuntos de atributos. Serve para verificar a existência de associação entre variáveis qualitativas. O valor de p nos indica a que nível a associação pode ser considerada significativa na população, visto que, geralmente as observações são realizadas a partir de uma amostra.

O Quadro 32 mostra que as três sub escalas do MBI: EE, DP e RP apresentaram associação, a um nível de significância de 5%, com a variável qualitativa situação profissional. Os valores do Coeficiente (C) e de p foram igual a: 0,728 e 0,001 para a sub escala EE; 0,565 e 0,003 para DP e 0,591 e 0,003 para RP. Não se observou associação significativa entre as sub escalas do MBI e as demais variáveis demográficas qualitativas.

Quadro 32 – Matriz das associações, Coeficiente de Contingência (C)

Variável		Esgotamento Emocional (EE)	Despersonalização (DP)	Realização Pessoal (RP)
Gênero	Coeficiente (C)	0,473	0,352	0,319
	Valor p	0,287	0,092	0,448
	n	169	169	169
Estado civil	Coeficiente (C)	0,684	0,474	0,437
	Valor p	0,179	0,454	0,933
	n	167	167	167
Situação profissional	Coeficiente (C)	0,728	0,565	0,591
	Valor p	0,001 *	0,003 *	0,003 *
	n	169	169	169
Tipo de tratamento	Coeficiente (C)	0,614	0,356	0,411
	Valor p	0,139	0,825	0,639
	n	169	169	169
Nível Educacional	Coeficiente (C)	0,707	0,572	0,536
	Valor p	0,643	0,062	0,733
	n	169	169	169

* A associação é significativa a um nível de 5%.

6 DISCUSSÃO

No que se refere à validação e confiabilidade do MBI, observou-se a existência de resultados semelhantes em estudos realizados com profissionais da saúde de diferentes nacionalidades. Deve-se considerar, entretanto, que os aspectos socioculturais e econômicos podem influenciar os resultados quando se trata de estudar um fenômeno como a síndrome de *burnout*.

LAUTERT (1995), comparando os resultados dos valores do α de Cronbach, obtidos em outros países, encontrou os seguintes coeficientes que são apresentados no Quadro 33.

Quadro 33 – Confiabilidade do MBI, valores do α de Cronbach

Sub escalas	Brasil	Espanha	Holanda	USA
Esgotamento emocional (EE)	0,86	0,89	0,90	0,90
Despersonalização (DP)	0,69	0,63	0,66	0,79
Realização pessoal (RP)	0,76	0,80	0,82	0,71

Fonte: LAUTERT (1995)

Conforme LAUTERT (1995), verifica-se que a sub escala de esgotamento emocional tem o coeficiente α mais alto comparado com as demais sub escalas do teste, independentemente do idioma para o qual foi traduzido.

Para a sub escala de despersonalização o coeficiente é o menor entre as três escalas, porém não pode ser considerado como baixo mas sim como médio. Na aplicação do teste para as enfermeiras norte-americanas, ou seja, no idioma original em que foi criado, o valor do coeficiente α atingiu 0,79, o que leva a inferir que esta sub escala possua algum fator interno que esteja influenciando o coeficiente para baixo

quando utilizado em outros idiomas. Já o grau de confiabilidade da sub escala de realização pessoal, é mais alto em outros idiomas do que no original americano. Frente a esses resultados, a escala do MBI foi considerada com alta confiabilidade, podendo ser utilizada com bastante segurança em outros estudos.

Os resultados do α de Cronbach, específicos para este estudo, foram: 0,91 para EE; 0,65 para DP e 0,78 para RP, obtidos pela NRM Consultoria Estatística Ltda., Porto Alegre, RS, corroboram os informados por LAUTERT (1995).

São apresentados no Quadro 34 os escores médios e o desvio padrão encontrados para cada sub escala do MBI, na amostras de CDs do Brasil (CDs de Porto Alegre, RS) e do Reino Unido (CDs clínicos gerais britânicos).

Quadro 34 – Escores médios e desvio padrão para as sub escalas do MBI em amostras de CDs brasileiros e britânicos.

	EE	DP	RP
CDs Porto Alegre, RS (n = 169)	16,66 ± 12,44	2,89 ± 4,08	43,65 ± 5,41
CDs Britânicos (n = 340)	25,53 ± 12,09	8,88 ± 6,70	34,42 ± 7,71

EE = Esgotamento Emocional; DP = Despersonalização; RP = Realização Pessoal

Os resultados mostram que os CDs da amostra de Porto Alegre, RS, apresentaram escores médios mais baixos para as sub escalas EE e DP e mais alto para RP do que os CDs da amostra britânica.

Uma explicação possível para as diferenças de escores encontrados entre os CDs das duas amostras é a situação profissional. Dos CDs de Porto Alegre, 53,3 % realizam

de 75 a 100 % do seu trabalho na clínica privada; na amostra de CDs britânicos, apenas 20 % dedicam um maior tempo à clínica privada.

OSBORNE e CROUCHER (1994) consideram que uma característica peculiar da clínica privada é o alto nível de controle que o CD exerce sobre suas condições de trabalho e que este é um fator que está relacionado para ajudar a reduzir os níveis de estresse.

CROUCHER (1998) refere que um tema para futuras investigações é se o volume de trabalho realizado pelos CDs britânicos no National Health Service (NHS) reflete nos sentimentos de despersonalização (DP) e realização pessoal (RP), devido ao maior número de pacientes atendidos, às restrições no planejamento do tratamento ou na forma de pagamento.

SHEIHAM (2000) afirma que os CDs britânicos são os mais produtivos do mundo.

MÉDICE (1993), analisando o mercado de trabalho em saúde no Brasil, encontrou que o trabalho em saúde está segmentado basicamente em:

1. um mercado assalariado para empregos públicos e privados, nos quais há forte possibilidade de multi-emprego, não somente para os médicos, mas para outras categorias profissionais;
2. no caso dos médicos e odontólogos, um mercado para autônomos, seja credenciados do SUS, seja credenciados ou cooperados dos sistemas de medicina supletiva;

3. um mercado para o exercício liberal independente (no caso de médicos e outros profissionais, como dentistas, enfermeiros e psicólogos), através da organização empresarial ou individual em consultórios privados;
4. um mercado aparentemente promissor para médicos e outros profissionais que queiram ser contratados pelo setor público municipal, especialmente em cidades de médio porte situadas nos Estados mais ricos do Sul e Sudeste.

Os dados do Quadro 32 mostram a existência de associação entre as sub escalas de *burnout* e a variável situação profissional, confirmando os dados de MÉDICE (1993) quanto às mudanças ocorridas nas profissões da saúde, principalmente entre os odontólogos. É perceptível que para a maioria dos CDs da amostra permanece ainda o *status* de profissional autônomo, mesmo que essa autonomia represente apenas 50 % do seu trabalho. Isto pode servir como uma válvula de escape para reduzir as tensões no trabalho do CD em Porto Alegre, RS.

Quando considerado o alto nível global da síndrome de *burnout*, ou seja, os indivíduos com altos escores para EE e DP e baixo para RP, OSBORNE e CROUCHER (1994) relataram que 10,6% dos 340 CDs da amostra britânica apresentavam alta taxa global da síndrome de *burnout*. O Quadro 28 mostra que o percentual de profissionais com alta taxa global de *burnout* não chegou a 1,0 %, o que leva a crer que as características do trabalho dos CDs em Porto Alegre, RS, são mais favoráveis do que no Reino Unido, quando relacionadas à síndrome de *burnout*.

MASLACH (1982) postula que a síndrome de *burnout* é um fenômeno provocado por uma multiplicidade de fatores e que nem sempre são todos e nem os mesmos que entram em cena. A autora identificou três tipos de fontes diferentes: o envolvimento com pessoas, o ambiente de trabalho e as características pessoais do profissional.

Em relação às variáveis pessoais (gênero, idade, estado civil, tempo de formatura e nível educacional), foi possível confrontar com os resultados encontrados em amostras de CDs de outros países, uma vez que não existe nenhum trabalho publicado sobre a síndrome de *burnout* em CDs no Brasil.

Para COOPER et al. (1988), o sexo feminino é mais vulnerável à síndrome de *burnout* por razões como a dupla jornada de trabalho que une a prática profissional e a tarefa familiar. MURTOMAA et al. (1990) avaliaram uma amostra de CDs finlandeses e concluíram que o gênero não estava relacionado de forma significativa com a síndrome de *burnout*. Em relação ao gênero, BONTEMPO (1999) encontrou que as mulheres tendem a apresentar maior e mais intenso EE, enquanto que os homens são mais suscetíveis a DP.

Na amostra de CDs de Porto Alegre, RS, não houve associação significativa entre o gênero e as sub escala de *burnout*, porém encontrou-se em torno de 14 % dos CDs de ambos os sexos com escores altos de EE e 10 % dos CDs homens com alto escore para a DP contra 4 % da CDs mulheres.

Para ROGER e ABALO (1997), os profissionais com mais idade parecem ter menos *burnout*, talvez porque estes tenham desenvolvido melhores formas de enfrentamento e expectativas profissionais mais reais.

Para FLÓREZ LOZANO (2000), os profissionais mais jovens são mais vulneráveis ao *burnout*, devido a ser no início da carreira o período em que se produz a transição das expectativas idealistas frente a prática cotidiana, aprendendo-se neste tempo que tanto as recompensas pessoais, profissionais e econômicas, não são nem as prometidas e nem as esperadas.

Não houve correlação significativa entre a idade dos CDs da amostra de Porto Alegre, RS e as sub escalas de *burnout*.

OLIVER et al. (1996) encontraram associação entre a síndrome de *burnout* e as pessoas que não tinham uma relação estável. De acordo com esses autores, parece que as pessoas solteiras têm maior EE e DP e menor RP que aquelas que estão bem casados ou convivem com companheiro estável.

OSBORNE e CROUCHER (1994) acharam altos níveis de DP em CDs solteiros quando comparados com aqueles casados, o que sugere que o envolvimento com um cônjuge ou familiar torna as pessoas casadas mais experientes em lidar com problemas pessoais ou com conflitos.

Na amostra de CDs de Porto Alegre , RS, não houve associação significativa entre o estado civil e as sub escalas de *burnout*. Dos CDs solteiros, 18,0 % apresentaram escores altos para EE contra 13,0 % dos CDs casados; 10,3 % dos CDs solteiros tiveram alto escore para a DP enquanto que 5,0% dos CDs casados apresentaram a mesma condição para DP.

OSBORNE e CROUCHER (1994) constataram que a redução dos níveis de DP nos CDs em final de carreira pode ser devida a vários fatores: habilidades de socialização crescente com a idade, diminuição do ritmo de trabalho que permite um maior contato pessoal, ou estabelecimento de relações pessoais com pacientes com o passar do tempo.

MURTOMAA et al. (1990), avaliando uma amostra de CDs finlandeses, detectaram que o tempo de formatura não apresenta correlação significativa com a síndrome de *burnout*, uma vez que os CDs jovens, com pouca experiência de trabalho e os CDs mais velhos com longa experiência apresentaram os mesmos escores para as sub escalas de *burnout*.

Os dados do Quadro 31 mostram que não houve correlação entre o tempo de formatura e as sub escalas de *burnout* na amostra de CDs de Porto Alegre.

OSBORNE e CROUCHER (1994) acharam um nível mais alto de RP entre os CDs britânicos com pós-graduação e atribuíram este fato às seguintes razões: realizar um curso de pós-graduação pode ser importante para o ego do profissional; os benefícios dessas qualificações quando aplicados à rotina da clínica geral e nos serviços; estas qualificações poderiam permitir o acesso a oportunidades profissionais mais amplas e diversas. Estas razões são campos para investigações adicionais.

Na amostra de CDs de Porto Alegre, não houve associação significativa entre a variável nível educacional e as sub escalas de *burnout*.

Com relação às variáveis de organização do trabalho (número de atendimentos diários, jornada diária de trabalho, número de CDs no local de trabalho), foi possível confrontar com os resultados obtidos a partir da amostra de CDs do Reino Unido.

OSBORNE e CROUCHER (1994) informam que o trabalho realizado pelos CDs no Reino Unido se caracteriza geralmente pela organização de unidades relativamente pequenas - às vezes, somente um CD e um auxiliar de saúde. Os níveis relativos de isolamento profissional podem explicar algumas das diferenças nos escores de *burnout*. A falta de uma estrutura hierárquica faz com que o CD tenha que confiar constantemente em suas próprias fontes emocionais dentro da situação clínica. Estes contrastam com os CDs que atuam em outras organizações onde existem colegas com quem podem dividir as tensões emocionais oriundas do contato com os pacientes.

CROUCHER (1998) afirma que o número de CDs trabalhando no mesmo local pode ser considerado como um substituto para a importância do apoio social no trabalho. Mais profissionais trabalhando num mesmo local pode fornecer mais apoio social e com isso reduzir os riscos de *burnout*.

O Quadro 31 informa que na amostra de CDs de Porto Alegre, RS, houve uma correlação de fraca intensidade entre o EE e o número de CDs no local de trabalho. Entre os CDs que atuavam sozinhos, com dois ou com três colegas, em torno de 10 % dos profissionais registraram escores altos para EE; 17,6 % dos CDs que atuam entre quatro colegas e 26,7 % para aqueles que trabalham num local com mais de cinco profissionais acusaram altos escores para EE.

OSBORNE e CROUCHER (1994) referem que um aumento na jornada de trabalho acentuou o níveis da síndrome de *burnout*, principalmente entre os CDs com uma alta proporção de trabalho dentro do NHS, o que pode ser explicado pelo número relativamente alto de pacientes atendidos por dia e o menor tempo útil dispensado para cada indivíduo.

De acordo com o Quadro 31, entre os CDs da amostra de Porto Alegre, RS, observou-se uma fraca correlação entre as sub escalas EE e DP e a variável jornada diária de trabalho. Entre os CDs que atuam até 6 horas por dia, 11,8 % revelaram alto escore para EE; os CDs que atuam entre 7 a 10 horas diárias, 14 % acusaram níveis altos de EE e 7,5 % para DP; os CDs que tem uma jornada diária de trabalho acima de 10 horas por dia, 14,8 % manifestaram alto escore para EE e 11,1 % para DP. Não encontrou-se correlação entre a variável número de atendimentos diários e as sub escalas de *burnout*, na amostra de CDs de Porto Alegre, RS.

OSBORNE e CROUCHER (1994) afirmam que para a amostra de CDs do Reino Unido, a síndrome de *burnout* estava mais associada com as características de estrutura organizacional do trabalho deles do que necessariamente com o envolvimento com pacientes ou com as características pessoais de cada respondente.

O Quadro 32 mostra que na amostra de CDs de Porto Alegre, RS, observou-se uma associação entre a variável situação profissional e as sub escalas de *burnout*, a um nível de significância de 5 % e valor de p igual a 0,001 para EE e 0,003 para DP e RP respectivamente, confirmando os resultados obtidos por OSBORNE e CROUCHER (1994).

Dos CDs totalmente autônomos, 12 % acusaram alto escore para EE, 5,4 % para DP e 4,3 % informaram baixo escore para RP; dos CDs totalmente empregados, 66,7 % mostraram alto escore para EE e 33,3 % para DP; dos CDs parcialmente autônomos e parcialmente empregados, 14,7 % apresentaram alto escore para EE, 7,4 % para DP e 4,4 % para RP.

No Quadro 31 observou-se correlações entre as sub escalas do MBI:

A correlação entre EE e DP foi positiva, com um coeficiente de Pearson de 0,414, representando a tendência de que os indivíduos que obtêm altos escores em uma delas, possivelmente obterá na outra. Também foi encontrada correlação entre essas duas sub escalas na investigação realizada por LAUTERT (1995). Encontrou-se também uma correlação negativa entre a sub escala EE e RP e entre DP e RP, com o coeficiente de Pearson de $-0,381$ e $-0,303$, respectivamente. Este resultado informa que os CDs com escores altos para EE e DP apresentam baixo escores para RP.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo abordou a questão da saúde mental do cirurgião-dentista de Porto Alegre, RS, investigando o nível da síndrome de *burnout* e a relação entre as sub escalas do MBI e o conjunto de variáveis demográficas quantitativas e qualitativas.

- Constatou-se que a presente amostra encontra-se com nível baixo de esgotamento emocional (13,6 % dos indivíduos) e de despersonalização (6,5 %), e muito baixo em falta de realização pessoal (4,1 %).
- Não encontrou-se correlações significativas entre as sub escalas do MBI e as variáveis demográficas quantitativas. Desta forma, não foi possível confirmar os resultados encontrados em amostras de CDs de outros países que relacionaram essas variáveis à síndrome de *burnout*.
- Entre as sub escalas de *burnout* e as variáveis demográficas qualitativas, constatou-se associação significativa a um nível de 5 %, somente com a variável situação profissional. Esta associação confirma o resultado de outros estudos de que as variáveis relacionadas a organização do trabalho são importantes na saúde mental dos profissionais da saúde.

- O número de CDs da amostra que apresentou alta taxa global da síndrome de *burnout* não foi considerado significativo estatisticamente, o que sugere que não ameaça a saúde mental dos CDs no presente momento.
- A situação profissional da amostra de CDs de Porto Alegre, a maioria autônomos, pode explicar a ausência de alta taxa global de *burnout* nesta categoria profissional.

O método de investigação utilizado, estudo de corte transversal, não permite tirar conclusões sobre as causas da síndrome. Parece-nos razoável concluir que as variáveis relacionadas à organização do trabalho devem ser consideradas quando se estuda um fenômeno como esse. Os aspectos relacionados a organização do trabalho e à síndrome merecem uma investigação mais profunda e selecionar amostras mais representativas dos serviços públicos e privados.

O tema abordado na presente pesquisa é relativamente novo e bastante amplo, prestando-se como objeto de estudo para futuras investigações sobre o trabalho desenvolvido pelos cirurgiões-dentistas e os riscos para a saúde mental destes profissionais.

Anexo 1

Carta enviada para a CONSULTING PSYCHOLOGISTS PRESS,
solicitando autorização para o uso do MASLACH BURNOUT
INVENTORY (MBI).

July 21, 2000.

Dear Drs.
Christina Maslach and Susan E. Jackson,

I am a Ms Student in Public Health Dentistry in Porto Alegre, Brazil and I found out about the **Maslach Burnout Inventory** through the several research published using the MBI.

I would like to ask permission to use it on my Master's Dissertation about the levels of burnout of the dental surgeons in the city of Porto Alegre in the state of Rio Grande do Sul in the south of Brazil. Its my intention to evaluate the burnout of the dentists graduated between 5 and 25 years. So, this is to get the informations of what is necessary to obtain your permission to use and to publish the data collected through the use of the MBI.

Please accept my kind regards and be sure that.
I will be waiting forward for your answer.

Yours sincerely,

João Regis Oliveira
Av. Assis Brasil, 8787
CEP: 91.140-001
Porto Alegre – RS
Fone: (51) 347 85 71
Fax: (51) 347 86 43
e-mail: jregis@sesirs.org.br

Anexo 2

Contrato com a CONSULTING PSYCHOLOGISTS PRESS
Concedendo o direito de uso do MBI.

Anexo 3Instrumento usado na pesquisa
MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

O instrumento de pesquisa Maslach Burnout Inventory (MBI), desenvolvido por Christina Maslach e Susan E. Jackson não aparece neste Anexo devido ao item d) do contrato que proíbe a sua divulgação, incluindo dissertações e teses. Ver contrato com a Consulting Psychologists Press (Anexo 2).

N.º do questionário:

Por Favor, assinale apenas uma resposta em cada uma das categorias seguintes:

Gênero: Masculino Feminino

Idade: _____ anos.

Estado Civil: Solteiro Casado
Divorciado Outro Situação Profissional: Totalmente autônomo Totalmente com vínculo empregatício
Parcialmente autônomo e com vínculo empregatício Outro

Ano de Formatura: 19 _____.

Indique a proporção de atendimentos que faz para:
a) Clínica privada _____ %
b) Serviço Público de Saúde (SUS) _____ %
c) Outros serviços _____ %
100,00 %

Número de Dentistas no Local de Trabalho:

Apenas 1 2 3 4 + de 5

Número médio de pacientes atendidos por dia: _____ pacientes.

Número médio de horas trabalhadas por dia: _____ horas.

Especializações: Clínica Geral Nível Educacional: Graduação Pós-Graduação Especialização
Mestrado
Doutorado

Porto Alegre, fevereiro de 2001.

Prezado(a) Colega,

Você faz parte da amostra, selecionada aleatoriamente, dos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, em cuja categoria profissional, procurar-se-á identificar os níveis de Burnout a que estão expostos no desempenho de suas atividades.

O termo *BURNOUT* significa uma resposta ao estresse crônico; trata-se de síndrome tridimensional composta de: **esgotamento emocional** (desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga); **despersonalização** (atitudes e respostas negativas com outras pessoas, irritabilidade, perda de motivação e manifestações emocionais) e **falta de realização pessoal no trabalho** (baixa produtividade, incapacidade para suportar pressões e baixa auto-estima). A síndrome de Burnout pode acometer, em diferentes níveis, os profissionais da área da saúde que atuam diretamente com pessoas.

Este estudo é parte das atribuições do Curso de Mestrado em Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da UFRGS, onde sou aluno e tenho como Professora Orientadora a Dra. Sonia Maria Blauth de Slavutzky.

Entrarei novamente em contato, para que com o seu consentimento possamos agendar uma entrevista pessoal ou por correio eletrônico, para a coleta de informações, através do Instrumento de Pesquisa - Maslach Burnout Inventory (MBI).

Agradeço desde já a sua colaboração.

Atenciosamente,

João Regis Oliveira
CRO/RS: 8782



Porto Alegre, março de 2001.

Prezado(a) Colega:

Você faz parte da amostra, selecionada aleatoriamente, dos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, em cuja categoria profissional, procurar-se-á identificar os níveis de *Burnout* a que estão expostos no desempenho de suas atividades.

O termo *BURNOUT* significa uma resposta ao estresse crônico; trata-se de síndrome tridimensional composta de: **esgotamento emocional** (desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga); **despersonalização** (atitudes e respostas negativas com outras pessoas, irritabilidade, perda de motivação e manifestações emocionais) e **falta de realização pessoal no trabalho** (baixa produtividade, incapacidade para suportar pressões e baixa auto-estima). A síndrome de *Burnout* pode acometer, em diferentes níveis, os profissionais da área da saúde que atuam diretamente com pessoas.

Este estudo é parte das atribuições do Curso de Mestrado em Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da UFRGS, onde sou aluno e tenho como Professora Orientadora a Dra. Sonia Maria Blauth de Slavutzky.

O Sr. Giovani Biazzeto da Silva, portador da C.I. n.º 4079359644, é a pessoa responsável pela entrega e recebimento das informações, através do Instrumento de Pesquisa - Maslach Burnout Inventory (MBI). Para responder eventuais dúvidas, estou disponível nos telefones: 347 85 71 (Comercial) e 330 01 14 (Residencial).

Sua participação é extremamente importante, agradeço desde já a sua colaboração,

Atenciosamente,

João Regis Oliveira
CRO/RS: 8782

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABALO, J.A.G.; ROGER, M.C. **Burnout: una amenaza a los equipos de salud.** Jornada de Actualização en Psicología de la Salud, 1998. Disponível em http://www.psicologia.com/articulos_grau_chacon_1.htm. Acesso em: 24 jul. 2000.

ADELSON, R. Professional Burnout and the Operative Dentist. **J. Dent. Educ.**, Washington, v.48, n. 2, p. 98-101, Feb. 1984.

ALVAREZ GALLEGO, E.; FERNANDEZ RIOS, L. El síndrome de “burnout” o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.**, Madrid, v. 11, n. 39, p. 257-265, 1991.

ATANCE, M. J. C. Aspectos epidemiológicos del síndrome de “burnout” en personal sanitario. **Rev. Esp. Salud Publica**, Madrid, v.71, n. 3, p. 293 – 303, 1997.

BIANCHINI MATAMOROS, M. El síndrome del burnout em personal de la salud. **Med. Leg. Costa Rica**, Heredia, v.13-14, n. 2 / 1-2, nov. 1997.

BONTEMPO, X.F. Nivel de síndrome de agotamiento em médicos, enfermeras y paramédicos. **Rev. Mex. Pueri. Ped.**, México, v. 6, n. 34, p. 252-260, mar. / abr. 1999.

CAPILLA PUEYO, R. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. **Jano, Med. Human.**, Barcelona, v. 58, n. 1.334, p. 56-58, mar. 2000.

CHERNISS, C. **Professional burnout in human service organizations.** New York: Preager, 1980.

CODO, W.; MENEZES, I.V. O que é burnout ? In: Codo, W. (Coord.) **Educação: carinho e trabalho.** Petrópolis: Vozes, 1999. Cap. 13, p. 237-254.

CODO, W.; SAMPAIO, J.; HITOMI, A. **Indivíduo, trabalho e sofrimento.** Petrópolis: Vozes, 1993.

COOPER, C.L.; WATTS, J.; KELLY, M. Job satisfaction, mental health and job stressors among general dental practitioners in the UK. **Br. Dent. J.**, London, v.162, n. 2, p.77-81, Jan. 1987.

COOPER, C.L.; WATTS, J.; KELLY, M. Occupational stress amongst general practice dentists. **J. Occup. Psychol.**, London, v.61, n. 1, p. 163-174, 1988.

CORDÓN, J. A saúde bucal e mercado de trabalho odontológico. **Rev. Saúde em Debate**, São Paulo, n. 18, p.52 – 64, 1986.

CORIAT, B. **Globalización de la economía y dimensiones macroeconomicas de la competitividad**. Disponível em <http://utal.org/economia1.htm> . Acesso em 24 jul. 2000.

CORSI, J. **El síndrome “Burnout”**. Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar. Disponível em http://www.fempres.cl/219/revista/219_burnout.html. Acesso em 27 abr. 2001.

COSTA, I.C.C.; MARCELINO, G.; SALIBA, N.A. Perspectivas de um grupo de alunos de odontologia sobre a profissão no terceiro milênio. **Rev. ABOPREV**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 38-45, maio 1999.

CROUCHER, R. et al. Burnout and issues of the work environment reported by general dental practitioners in the United Kingdom. **Community Dent. Health**, London, v.15, n. 1, p.40-43, Mar. 1998.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. amp. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DIAZ GONZALES, R.J.; HIDALGO RODRIGO, I. El síndrome de burnout en los medicos del Sistema Sanitario Publico de un area de salud. **Rev. Clin. Esp.**, Madrid, v. 194, n. 9, p. 670-676, sep. 1994.

EROSA, M. **El stress**. Disponível em <http://www.lucas.simprenet.com/trabajos/stress/stress.htm>. Acesso em 24 jul. 2000.

FARBER, B.A. Stress and burnout in suburban teachers. **J. Educ. Res.**, Washington, v. 77, n. 6, p.325-331, 1984.

FILGUEIRAS, J.C.; HIPPERT, M.I.S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 40-51, set. 1999.

FLÓREZ LOZANO, J.A. **El síndrome burnout o síndrome de “estar quemado”**. Disponível em <http://www.psicologia-onme.com/autoayuda/burnout.htm>. Acesso em 18 jul. 2000.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

FRANÇA, H.H. A síndrome de “burnout”. **Rev. Brasil. Med.**, São Paulo, v.44, n. 8, p.197-199, ago. 1987.

FREUDENBERGER, H.J. “ Staff burn-out ”. **J. Soc. Issues**, New York , v..30, n. 1, p.159-165, Mar. 1974.

FREUDENBERGER,H.J. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 12, n. 1, p. 73-82, 1975.

GATTO, M.E. **Desgaste psíquico em el equipo de salud – SINDROME DE BURNOUT**. Disponível http://hva.com.ar/psicooncologia/Síndrome_de_Burnout.htm. Acesso em 18 jul. 2000.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. **An. de Psicol.**, Murcia, v. 15, n. 2, p. 261-268, 1999.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. A study on significant sources of the “ Burnout Syndrome ” in workers at occupational centres for the mentally disabled. **Psychol. Spain**, Madrid, v. 1 , n. 1, p. 55-62, 1997.

GOLEMBIEWSKI, R.T.; MUNZENRIDER, R.; CARTER, D. phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. **J. Applied Behav. Science**, Greenwich, v. 19, n. 4, p. 461-481, 1983.

GONZALES, B.P.O. El Síndrome de Burnout (“quemado”). O del cuidador descuidado. In **Ansied. Estrés**, Madrid, v. 1, n. 2-3, p.189-194, 1995.

JACQUES, M.G.C. Trabalhando com o stress. **Rev. AMANHÃ Economia & negócios**. Porto Alegre, Ano 16, n. 148, p.48-55, nov. 1999

LANGE, A.L.; LOUPE, M.J.; MESKIN, L.H. Professional satisfaction dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.104, n. 5, p.619-624, May 1982.

LARA, S. **A síndrome de “ Burnout ” em profissionais da área de saúde mental**. 1999. 77 p. Monografia (Especialização em Saúde do Trabalho) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.133-144, jul.1997.

MASLACH, C. **Burnout – the cost of caring**. 3. ed. New York: Prentice Hall Press, 1982.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach Burnout Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986.

MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced burnout. **J. Occup. Behav.**, New York, v. 2, p. 99-113, 1981.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, X.B. **Professional burnout, recent development in theory and research**. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.

MÉDICE, A.C. Mercado de trabalho em saúde no Brasil: desafios para os anos noventa. **Cad. RH Saúde**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 41-46, nov. 1993.

MENDES, E. V.; MARCOS, B. **Odontologia Integral**: bases teóricas e suas implicações no ensino, no serviço e na pesquisa odontológica. Belo Horizonte, PUC-MG/FINEP, 1984.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MORAES, A.B.A.; ONGARO, S. Contribuição da psicologia da saúde à odontologia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S.F.T. (org.) **Ciências sociais e saúde bucal**: questões e perspectivas. Bauru: EDUSC; São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998. Cap. 3, p. 87-103.

MURTOMAA, H.; HAAVIO-MANNILA, E.; KANDOLIN, I. Burnout and its causes in Finnish dentists. **Communit Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 18, n. 4, p. 208-212, Aug. 1989.

OLIVER, C. et al. La escala MBI como medida del estrés laboral asistencial. **Rev. Cub. Psicol.**, Habana, v.12, n. 3, p.201-208, 1996.

OSBORNE, D.; CROUCHER, R. Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England. **Br. Dent. J.**, London, v.177, n. 10, p.372-377, Nov. 1994.

PEIRÓ, J.M. **Desencadenantes del estrés laboral**. Madrid: Eudema, 1992.

PINES, A.; AARONSON, E. **Carrer burnout**: causes and cures. New York: Free Press, 1988.

PINTO, V. G. **Saúde bucal**: odontologia social e preventiva. 2. ed. São Paulo: Santos, 1990.

ROCHA, C.R. **CRO – mercado de trabalho na odontologia**. Porto Alegre, UFRGS, Faculdade de Odontologia. Aula proferida em 29 nov. 1999.

ROGER, M.C.; ABALO, J.G. Burnout em enfermeros que brindan atención a pacientes. **Rev. Cub. Oncol.**, Habana, v. 13, n. 2, p.118-125, jul. 1997. Disponível em <http://www.sid.cu/revistas/onc/onc1029/.htm>. Acesso em 24 jul. 2000.

SEGURA, E.T. et al. El estrés del equipo de salud. **Rev. Med. Soc.**, Buenos Aires, v. 21, n. 1, p. 9-21, mar. 1998.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. (org.) **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. Cap. 12, p. 287-310.

SHEIHAM, A. **Do we need so many dentists ?** [mensagem pessoal]. Trabalho apresentado em Dental Practice Board Conference, London, Apr. 2000. Mensagem recebida por jregis@sesirs.org.br em 18 jun. 2001.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica** (para as ciências do comportamento). São Paulo: McGRAW-HILL do Brasil, 1975.

SILVA SOBRAL, H.M.; DANIEL VEGA, E.; PÉREZ URDANIZ, A. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general **Actas Esp. Psiquiatr.**, Madrid, v. 27, n. 5, p. 310-320, sep. / oct. 1999.

St YVES, A.; FREESTON, M.H.; GODBOUT, F. et al. Externality and burnout among dentists. **Psychol. Rep.**, Louisville, v. 65, n. 3 p.755-758, Dec. 1989.

SLATE, J.R.; STEGER, H.S.; MILLER, N.C. Burnout in dentistry update: a scientific study. **Dent. Manage.**, Stanford, v. 30, n. 3, p. 38-40, Mar. 1990.

SOUZA SANTOS, B. **A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência**. São Paulo: Cortez, 2000.

VILLALOBOS, J.O. **Estrés y trabajo**. Disponível em <http://www.geocites.com/Athens/Ithaca/3894> . Acesso em 20 jul. 2000.

10 SUMMARY

The dental surgeons are exposed daily to contacts with tense and anxious patients, to a long journey of work and many times face unfavorable work conditions. They are in constant risk of developing the burnout syndrome, a process that presents three components: emotional exhaustion, depersonalisation, and lack of personal accomplishment. In the present investigation, the level of burnout was studied in relation to the three factors of the syndrome. One hundred and sixty nine dental surgeons, composed the sample of Porto Alegre's dentists that answered to the Maslach Burnout Inventory (MBI). The questionnaires were taken to their work place to be self answered. The results showed that the dental surgeons of this sample presented low levels of emotional exhaustion and depersonalisation, and very low grades of lack of personal accomplishment. It was not found a high level of the burnout syndrome. The variable professional situation was significantly associated to the sub scales of the MBI, suggesting that the characteristics of the organisational structure of work are more important to explain the burnout syndrome than personal variations.