

A síndrome de *burnout* nos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, RS*

The burnout syndrome in dentists of Porto Alegre, RS

João Regis Oliveira**
Sonia Maria Blauth de Slavutzky***

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, 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 nível baixo de esgotamento emocional e de despersonalização e muito baixo para falta de realização pessoal. Não foi detectada 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 do que as variáveis pessoais

UNITERMOS

Cirurgiões-dentistas, esgotamento emocional, despersonalização, síndrome de *burnout*.

INTRODUÇÃO

A associação entre o trabalho e o processo saúde/doença é referida nos papíros egípcios, mais tarde na civilização greco-romana, até os dias atuais (ROSEN, 1979). Principalmente a abordagem sobre 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), sobre a "neurose das telefonistas", o seu marco inicial.

A dificuldade de comprovar o nexos 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".

Para CODO et al. (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.

COOPER et al. (1988); MURTOOMA et al. (1990); OSBORNE e CROUCHER (1994)

através de seus estudos, mostram evidências que sugerem que os cirurgiões-dentistas sofrem um alto nível de estresse relacionado ao trabalho. 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.

Os objetivos deste estudo são avaliar o nível da síndrome de *burnout* nos CDs de Porto Alegre (RS), formados entre os anos de 1975 a 1995; verificar a correlação entre as sub escalas de *burnout* e o conjunto das variáveis demográficas e comparar o nível da síndrome de *burnout* dos CDs de Porto Alegre (RS) com os resultados de estudos com CDs de outros países.

REVISÃO DA LITERATURA

O uso original do termo *burnout* é creditado a 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. MASLACH (1977) empregou publicamente o termo *burnout*, durante o Congresso Anual da Associação Americana de Psicologia, para referir-se a uma situação cada vez mais freqüente entre profissionais dos serviços sociais, que pela natureza do seu trabalho deviam manter con-

tato direto e contínuo com pessoas. Quando traduzido para a língua portuguesa, o termo *burnout* significa algo como "perder o fogo", "perder a energia" ou "queimar (para fora) completamente" (CODO e MENEZES, 1999).

A síndrome de *burnout* foi incluída na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1989), dentro do grupo de "problemas relacionados com a organização de seu modo de vida". (código Z73)

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 mais consolidada, embora não haja consenso entre os autores, é a proposta por MASLACH e JAKSON (1981) que consideram o *burnout* como "uma resposta ao estresse laboral crônico gerado a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas".

Para GIL-MONTE e PEIRÓ (1997), a definição do *burnout* pode diferenciar-se em duas perspectivas: 1. Clínica, considera-o como um estado em que chega o sujeito como consequência do estresse laboral; 2. Psicossocial, define-o como um processo que se desenvolve pela interação de características do entorno laboral e de ordem pessoal, com manifestações em etapas distintas.

Devido ao termo *burnout* ter surgido inti-

*Resumo da dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

**Mestre em Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

***Professora Doutora do Curso de Mestrado em Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

mamente 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. (ALVAREZ GALLEGOS e FERNANDEZ RIOS, 1991)

O termo *stress* foi empregado pela primeira vez pelo médico austríaco HANS SELYE (1936), para definir uma série de reações específicas do organismo em resposta aos estímulos externos e que se manifesta através da Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Este processo se traduz numa série de alterações físicas observáveis: dilatação das pupilas, contração dos músculos, aumento do fluxo sanguíneo para o cérebro, aumento das frequências cardíacas e respiratórias, suor frio nas extremidades do corpo, mão e pés, etc. O conceito de estresse foi amplamente utilizado, chegando mesmo a tornar-se parte do senso comum. Em vista disso, o estresse passou a ser considerado, indevidamente, o responsável por quase todos os males que nos afligem atualmente, principalmente em decorrência da vida moderna. (FILGUEIRAS e HIPPERT, 1999)

De acordo com FARBER (1984), o estresse tem efeitos positivos e negativos para a vida, o *burnout* é sempre negativo. CORSI (2001) diz que a diferença é que o estresse pode desaparecer após um período adequado de descanso ou repouso, o *burnout* não regride com as férias e nem com outras formas de descanso. Para CODO e MENEZES (1999), o *burnout* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, 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.

MASLACH e JACKSON (1981) reconheceram três componentes fundamentais na caracterização da síndrome de *burnout*: 1. Esgotamento emocional (EE), refere-se a uma redução dos recursos emocionais e a sensação 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 fra-

casso 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.

Embora a maioria dos autores considere o *burnout* como um processo contínuo, existem aqueles que consideram na evolução da síndrome uma série de fases, e 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; 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 absentismo 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.

Conforme GIL-MONTE e PEIRÓ (1999), o interesse em estudar a síndrome de *burnout* se deve: a importância que as organizações estão atribuindo a qualidade de vida (no trabalho) de seus funcionários, pois esta tem repercussões significativas nos resultados da organização (absenteísmo, rotatividade, diminuição de produtividade, perda da qualidade, etc.); ao auge do crescimento das organizações de serviços, tanto no setor público como no privado, nas quais a qualidade da atenção ao usuário é uma variável crítica para o êxito da organização.

MASLACH (1982) afirma 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: o envolvimento com pessoas; o ambiente de trabalho e as características pessoais do profissional. ADELSON, 1984; FRANÇA, 1987; BIANCHINI MATAMOROS, 1997; SILVA SOBRAL et al.. 1999 consideram que o candidato ao *burnout*, em geral, apresenta as seguintes características pessoais: indivíduo competente, altamente responsável, de grande energia e que mergulha fundo no seu trabalho; têm uma necessidade muito grande de vencer, obter sucesso e ser reconhecido profissionalmente; não sabe dizer não às demandas do trabalho; têm a agenda sempre cheia; muitas vezes seu pensamento é polifásico, ocupando-se de várias coisas ao mesmo tempo; mostra dificuldade para relaxar sem um certo sentimento de culpa; é impaciente com atrasos e interrupções; têm uma personalidade do tipo emocional, e isto é algo comum entre os indivíduos que trabalham em profissões humanitárias. 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*. Os profissionais mais suscetíveis são: enfermeiras, assistentes sociais, médicos, psicólogas, psiquiatras, policiais, professores, terapeutas ocupacionais e odontólogos.

Em relação aos sintomas da síndrome de *burnout*, MASLACH e SCHAUFELI (1993) relatam a existência de cinco elementos comuns: 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 sempre relacionados ao trabalho; 4. Manifestam-se em pessoas normais que não sofriam previamente de nenhuma psicopatologia; 5. Observa-se a redução da efetividade e do rendimento no trabalho.

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. 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 neces-

sário vencer pressões do meio social, profissional e familiar. É preciso, muitas vezes, mudar toda uma filosofia de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente investigação teve um caráter exploratório e descritivo, com um corte transversal. Fez-se uma seleção de amostra aleatória entre os 1.918 CDs formados entre os anos de 1975 a 1995, domiciliados em Porto Alegre e cadastrados no Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul (CRO/RS, 2000). A amostra estudada foi composta por 169 CDs, distribuídos proporcionalmente, conforme o ano de formatura e gênero encontrados na população.

O período de coleta de dados esteve compreendido entre março e junho de 2001, os CDs da amostra foram contatados anteriormente através de carta informando sobre a realização da pesquisa e formalizando a solicitação de consentimento. O instrumento de pesquisa foi levado e recolhido por um estudante do ensino médio (3º ano), no local de trabalho dos profissionais.

Foi utilizado como instrumento dessa investigação um questionário, constituído em sua primeira parte por questões que coletaram dados demográficos, a fim de recolher

Quadro 1 - Distribuição de escores e classificação para cada sub escala do MBI.

Sub escala MBI	Variação possível	Classificação		
	(escores)	Baixo	Médio	Alto
Esgotamento emocional	0 – 54	0 – 17	18 – 31	32 – 54
Despersonalização	0 – 30	0 – 3	4 – 10	11 – 30
Realização pessoal	0 – 48	0 – 30	31 – 37	38 – 48

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 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 tipo likert 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 constituído por três sub escalas: 1. Esgotamento emocional (9 questões), valoriza a experiência de estar emocionalmente esgotado pelas demandas do trabalho; 2. Despersonalização (5 itens), valoriza o grau em que cada um reconhece atitudes de frieza e distanciamento; 3. Realização pessoal (8

itens), avalia os sentimentos de auto-eficácia e realização pessoal no trabalho. O Quadro 1 mostra a distribuição dos escores e a classificação para cada sub escala do MBI. Pela combinação de escore de cada uma das três sub escalas, se obtém o nível da síndrome do indivíduo ou categoria profissional. Assim, os indivíduos que estão esgotados emocionalmente ou apresentam nível global alto de *burnout* terão uma alta pontuação em esgotamento emocional e despersonalização e baixa em realização pessoal.

RESULTADOS

Caracterização dos CDs da amostra
Os dados demográficos dos 169 CDs que constituíram a amostra deste estudo serão apresentados a seguir:

As mulheres representam a maioria da

Quadro 2 - Matriz das correlações lineares, Coeficiente Linear de PEARSON (r)

Sub escala de burnout		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
Nº CDs no 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).

Quadro 3 - 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%.

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 %).

Correlações entre as sub escalas do MBI e o conjunto das variáveis demográficas dos CDs da amostra.

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

No Quadro 2 verificou-se uma correlação linear positiva, a um nível de significância de 5 %, entre a sub escala EE e as variáveis jornada diária de trabalho e número de CDs no local de trabalho. O coeficiente de Pearson (r) 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 quantitativas. Entre as sub escalas EE e DP a correlação linear foi positiva, a um nível de significância de 1 %, com o coeficiente (r) 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 (r) 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 (r) 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 quantitativas. Entre as sub escalas DP e RP a correlação linear foi negativa, a um nível de significância de 1 %, tendo o coeficiente (r) de - 0,303 e fraca intensidade de correlação. Não houve correlação linear estatisticamente significativa, entre a sub escala RP e as variáveis demográficas quantitativas.

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

O Quadro 3 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. Não se observou associação entre as sub escalas do MBI e as demais variáveis demográficas qualitativas.

Nível global da síndrome de burnout nos CDs da amostra

O Quadro 4 mostra que do total da amostra (n = 169), um informante (0,6 % da amostra) apresentou alto nível global de burnout, ou seja, um alto escore para EE e DP e baixo para RP.

Quadro 4 - Distribuição dos CDs da amostra com alto nível global de burnout

Classificação dos escores de Realização Pessoal (RP)	Classificação dos escores de Esgotamento Emocional (EE) Alto					
	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

DISCUSSÃO

Variáveis demográficas e o *burnout*

COOPER et al. (1998); BONTEMPO (1999) encontraram em relação ao gênero, que o sexo feminino é mais vulnerável ao *burnout* por razões como a dupla jornada de trabalho que une a prática profissional e a tarefa familiar. MURTOOMAA et al. (1990) avaliando uma amostra de CDs finlandeses, não encontrou associação entre o gênero e a síndrome. ROGER e ABALO (1997) observaram que profissionais com mais idade são menos vulneráveis ao *burnout*, talvez porque estes tenham desenvolvido melhores formas de enfrentamento ao estresse e criado expectativas profissionais mais reais. FLÓREZ LOZANO (2000) encontrou maiores níveis da síndrome nos profissionais mais jovens, devido ao início da carreira e 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.

OLIVER et al. (1996) observou a associação entre a síndrome e as pessoas que não tinham uma relação estável. OSBORNE e CROUCHER (1994) acharam níveis mais altos de *burnout* em CDs solteiros quando comparados aos casados, sugerindo que o envolvimento com um cônjuge ou familiar torna as pessoas casadas mais experientes em lidar com problemas pessoais ou com conflitos.

OSBORNE e CROUCHER (1994) constataram que a redução dos níveis de *burnout* 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.

Na amostra de CDs de Porto Alegre (RS), não foi observada a associação entre as variáveis demográficas qualitativas e a síndrome de *burnout*, sugerindo que a baixa taxa global de *burnout* encontrada nos CDs da amostra pode ter contribuído para isso.

Escores médios para as sub escalas do MBI

No Quadro 5 são apresentados os escores médios e o desvio padrão encontrados para cada sub escala do MBI, em amostras de CDs do Brasil (CDs de Porto Alegre, RS) e do Reino Unido (CDs clínicos gerais britânicos).

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 en-

contrados nos CDs brasileiros em relação aos CDs britânicos é a situação profissional. Dos CDs da amostra brasileira, 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.

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. Os dados sobre a amostra dos CDs de Porto Alegre, RS, confirmam os encontrados por OSBORNE e CROUCHER (1994). 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. A situação profissional da amostra de CDs de Porto Alegre, a maioria autônomos, pode explicar a ausência de alta taxa global de *burnout*.

Nível global da síndrome de *burnout*

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 de *burnout*. Na amostra de CDs de Porto Alegre (RS), 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*.

CONCLUSÕES

Com base na metodologia utilizada e nos resultados obtidos, foi possível concluir, na amostra estudada, que:

1. 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 %).
2. não houveram 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*.
3. 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. A existência desta 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.
4. 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.

ABSTRACT

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

Quadro 5 - Escores médios e desvio padrão para as sub escalas do MBI em amostras de CDs brasileiros e britânicos

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

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

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.

KEYWORDS

Dental surgeons, emotional exhaustion, depersonalisation, burnout syndrome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- 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. et al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis: Vozes, 1993.
- COOPER, C.L. et al. Occupational stress amongst general practice dentists. **J. Occup. Psychol.**, London, v.61, n. 1, p. 163-174, 1988.
- CORSI, J. **El síndrome "burnout"**. Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar. Disponível em: < http://www.fempress.cl/219/revista/219_burnout.html. > Acesso em: 27 abr. 2001.
- 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 polémica 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, H.H. A síndrome de "burnout". **Rev. Brasil. Med.**, São Paulo, v.44, n. 8, p.197-199, ago. 1987.
- FREUDENBERGER, H.J. "Staff burnout". **J. Soc. Issues**, New York, v..30, n. 1, p.159-165, Mar. 1974.
- FREUDENBERGER, H.J. The staff burnout 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 - síndrome de burnout**. Disponível em: < 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.
- 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.
- MURTOMAA, H. et al. 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.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- 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.
- 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.
- SILVA SOBRAL, H.M. et al. 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.

Endereço para correspondência

Sonia Maria Blauth de Slavutzky
Faculdade de Odontologia/UFRGS
Rua Ramiro Barcelos 2492 - 4.º andar
CEP 90 035 -003
Porto Alegre/RS
Email: blauth@vortex.ufrgs.br