



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Isabela Maria Magali Mello Vieira

**Construção social do *burnout* no Brasil:
medicalização da fadiga no trabalho e seus efeitos**

Rio de Janeiro

2017

Isabela Maria Magali Mello Vieira

**Construção social do *burnout* no Brasil:
medicalização da fadiga no trabalho e seus efeitos**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

V665 Vieira, Isabela Maria Magali Mello.
 Construção social do burnout no Brasil: medicalização da fadiga no
 trabalho e seus efeitos / Isabela Maria Magali Mello Vieira. – 2017.
 216 f.

 Orientadora: Jane Araujo Russo.

 Tese (doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto
 de Medicina Social.

 1. Esgotamento profissional – Teses. 2. Trabalho - Teses. 3.
 Medicalização – Teses. 4. Estresse psicológico – Teses. I. Russo, Jane
 Araujo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
 Medicina Social. III. Título.

CDU 331.442

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Isabela Maria Magali Mello Vieira

**Construção social do *burnout* no Brasil:
medicalização da fadiga no trabalho e seus efeitos**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 30 de março de 2017.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Araujo Russo

Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Luiz Fernando Dias Duarte

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dra. Sílvia Rodrigues Jardim

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Para Magali e Renata

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

A Jane Russo, pela forma cuidadosa com que sempre nos orientou, tanto individualmente quanto em grupo, promovendo um ambiente de discussão que consegue unir a seriedade do debate à leveza das conversas, em um verdadeiro espírito coletivo.

Aos professores Luiz Fernando Dias Duarte, Rafaela Zorzanelli, Rogerio Azize, cujos valiosos comentários ainda na etapa de qualificação – na verdade, durante todo o processo, pois incluo aí também o que me “disseram” por meio de seus trabalhos – foram fundamentais para a elaboração das ideias contidas nesta tese. Obrigada por aceitarem participar da banca.

A Sílvia Jardim, também presente à banca, pelo incentivo de sempre e pelo aprendizado de tantos anos.

Ao conjunto de professores do IMS, por oferecer em suas disciplinas e palestras temas instigantes para discussão (alguns totalmente novos para mim), ajudando a ampliar a perspectiva sobre questões tão importantes da prática em saúde.

Aos colegas de pós-graduação, em especial àqueles com quem tenho convivido mais de perto nesses últimos anos, em nossos seminários de orientação: Marina Nucci, Bruno Zilli, Livi Faro, Lucas Tramontano, Cristiane Thiago, Denise Cabral, Luiz Sérgio Ribeiro, Fernanda Loureiro, Beatriz Rique, Munique Pontes, Regina Senna, Lilian Chazan. Obrigada pelas observações, pela colaboração, pelas conversas, enfim, pela generosa acolhida.

À equipe do IMS como um todo, pela disponibilidade e por buscar promover as melhores condições possíveis para a realização das atividades acadêmicas.

À minha irmã Renata, por ler pacientemente meus muitos rascunhos, pela curiosidade, e por me ajudar sempre com suas ponderações e sugestões criativas.

A Maria Gimenes, por me ensinar francês (indispensável para bem compreender parte importante da bibliografia) de modo a me fazer refletir sobre várias questões de pesquisa.

Agradeço ainda a Ingrid Vorsatz, a meu tio Roberto, aos amigos, e a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho, seja com críticas, sugestões, observações, correções, ou “simples” – mas fundamental! – torcida.

RESUMO

VIEIRA, Isabela Maria Magali Mello. *Construção social do burnout no Brasil: medicalização da fadiga no trabalho e seus efeitos*. 2017. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Fadiga e estresse são, cada vez mais, uma marca da vida urbana e, sobretudo, de nossa relação com o trabalho. Nos anos 1970, um tipo particular de fadiga relacionada ao trabalho recebeu o nome de *burnout* (“combustão completa”). Originalmente objeto da psicologia, o *burnout* é considerado uma reação ao estresse crônico, tendo ganhado *status* de transtorno psiquiátrico em alguns países (sendo a Suécia o caso mais emblemático). Já a legislação brasileira o define como doença relacionada ao trabalho desde 1999. Porém, seu reconhecimento como tal é escasso, estando sujeito a um “jogo de forças” que envolve pesquisadores, profissionais de saúde, sindicatos e empresas. Esta pesquisa analisa a trajetória da categoria *burnout* no Brasil, investigando a ocorrência e possíveis efeitos do processo de medicalização/psicologização da fadiga no trabalho, através dos discursos técnico-científicos da medicina e da psicologia brasileiras sobre o *burnout*. Por meio de pesquisa bibliográfica, analisa-se esta produção científica quanto a características gerais, principais obras e autores, contexto de desenvolvimento e temas recorrentes. Contrariamente à tendência internacional de expansão conceitual, verifica-se que a pesquisa brasileira percebe o *burnout* da forma tradicional, como um problema quase exclusivo de profissionais de saúde e professores, traduzindo uma preocupação de ordem sociocultural ligada ao problema da regulação emocional – central nas chamadas profissões de cuidado. Apesar do uso predominante do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), chama a atenção a variabilidade da interpretação de seus resultados, geralmente indicando o *burnout* em termos de “risco”. Identifica-se uma tendência à pesquisa com estudantes (estudo considerado como “atividade pré-profissional”). O interesse pelo *burnout* é compreendido também dentro do contexto cultural mais amplo de (re)valorização das emoções, ligado ao individualismo. Discute-se a ideia de que o *burnout* se estabelece como conceito não só devido à sua associação à noção de estresse (categoria cuja força é muito mais simbólica do que propriamente “científica”), mas também devido a uma equiparação do hospital e da escola à “organização” (empresa), refletindo uma certa ideia de trabalho (o trabalho na empresa) e de trabalhador (o empreendedor ou executivo). Assim, é possível observar uma oposição implícita entre um modelo “velho” de organização do trabalho, associado à hierarquia e à burocracia (representado pela instituição hospitalar e escolar), e um modelo “novo”, de equipes multidisciplinares atuando em rede (representado pela Estratégia Saúde da Família, por exemplo). Nota-se ainda uma ambivalência quanto às transformações do trabalho, ora vistas como desejáveis e inevitáveis, porque resultado do progresso, ora como nocivas, porque produtoras de sofrimento e de perda de autonomia. Dessa forma, ao reunir uma série de valores culturais sobre a Pessoa e o trabalho, o *burnout* se constrói como crítica, mas também como uma espécie de “antimodelo” do trabalho e do trabalhador.

Palavras-chave: Burnout. Trabalho. Construção social. Medicalização. Psicologização. Estresse.

ABSTRACT

VIEIRA, Isabela Maria Magali Mello. *Social construction of burnout in Brazil: medicalization of work fatigue and its effects*. 2017. 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Fatigue and stress have increasingly become a hallmark of urban life and, above all, of our relation to work. In the 1970s, one particular type of work-related fatigue was named burnout (“complete combustion”). Originally an object of psychology, burnout is considered to be a reaction to chronic stress, having reached the status of a psychiatric disorder in some countries (Sweden being the most emblematic case). Brazilian legislation defines it as a work-related disorder since 1999. Scarcely recognized as such, however, burnout is subject to a kind of struggle involving researchers, health professionals, trade unions and companies. This study analyzes burnout’s trajectory in Brazil, investigating the occurrence and possible effects of the medicalization/psychologization of work fatigue, by studying the technoscientific discourses of Brazilian medicine and psychology about burnout. By means of bibliographical research, we analyze this scientific production in terms of its general characteristics, main authors and works, context of development and recurrent themes. Contrary to the international conceptual expansion trend, we verify that Brazilian research perceives burnout in a traditional way, i.e., as a condition almost exclusive to health or education professionals, in a expression of sociocultural concerns related to the problem of emotional regulation – central to the so-called helping professions. Despite the predominant use of the Maslach Burnout Inventory (MBI), there is a remarkable variability in the interpretation of its results, which generally indicates burnout in terms of “risk”. A trend in research with students is identified (study considered as “pre-professional activity”). The interest in burnout is also understood in the broader cultural context of (re)valuing emotions, associated to the ideology of individualism. We discuss the idea that establishing burnout as a concept depends not only on its association with the notion of stress (category whose strength is much more symbolic than strictly “scientific”), but also on the equivalence between the hospital or school and the “organization” (company), reflecting a certain idea about work (the work in a company) and the worker (the entrepreneur). So, we argue that there is an implicit opposition between an “old” model of work organization, associated to hierarchy and bureaucracy (represented by the hospital or educational institution) and a “new” model, characterized by multidisciplinary teams functioning as a network (represented by Family Health Strategy, for example). We also notice an ambivalence regarding work transformations, sometimes viewed as desirable and inevitable, because arising from progress, sometimes viewed as noxious, source of suffering and loss of autonomy. So, by gathering a series of cultural values about the Person and work, burnout is built as a critical notion, but also as a sort of “antimodel” of work and the worker.

Keywords: Burnout. Work. Social construction. Medicalization. Psychologization. Stress.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|---------------|---|-----|
| Figura 1 – | Modelo demanda-controle | 31 |
| Quadro 1 – | Conceitos alternativos de <i>burnout</i> | 40 |
| Quadro 2 – | Os sete agrupamentos do Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99) ... | 58 |
| Organograma – | Busca de artigos | 121 |
| Gráfico 1 – | Ano de publicação | 122 |
| Gráfico 2 – | Tipo de publicação | 123 |
| Gráfico 3 – | Tipo de estudo | 123 |
| Gráfico 4 – | Origem geográfica (por região) | 124 |
| Gráfico 5 – | Distribuição segundo áreas de estudo | 124 |
| Gráfico 6 – | Objeto de estudo | 125 |
| Gráfico 7 – | Escalas de <i>burnout</i> utilizadas | 125 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| AL | Alagoas |
| ANPEd | Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação |
| AZF | <i>Azote Fertilisants</i> |
| BM | <i>Burnout Measure</i> |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CAT | Comunicação de Acidente de Trabalho |
| CBI | <i>Copenhagen Burnout Inventory</i> |
| CBP | <i>Cuestionario de Burnout del Profesorado</i> |
| CESQT | <i>Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo</i> |
| CID | Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde |
| CIPM | Classificação Internacional de Procedimentos Médicos |
| CNTE | Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação |
| COR | <i>Conservation of Resources</i> |
| DE | Despersonalização |
| DE/C | Despersonalização/Cinismo |
| DNA | <i>Deoxyribonucleic Acid</i> (Ácido Desoxirribonucleico) |
| DSM-III | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3rd edition</i> |
| DSM-IV | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition</i> |
| DSM-IV-TR | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th edition, text revision</i> |
| DSM-5 | <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition</i> |
| DSS | Determinantes Sociais de Saúde (intermediários) |
| ECB | Escala de Caracterização de <i>Burnout</i> |
| EE | Exaustão Emocional |
| EEE | Escala de Exaustão Emocional |

| | |
|-----------|--|
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GEPEB | Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Síndrome de <i>Burnout</i> |
| GISO | Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional |
| GO | Goiás |
| GPPSO | Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde Ocupacional |
| IPUB | Instituto de Psiquiatria |
| IPUB/UFRJ | Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| INSS | Instituto Nacional de Seguridade Social |
| ISR | <i>Institute of Stress Research</i> |
| LER | Lesões por Esforços Repetitivos |
| LILACS | <i>Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud</i> |
| MA | Maranhão |
| MBI | <i>Maslach Burnout Inventory</i> |
| MBI-HSS | <i>Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey</i> |
| MBI-ES | <i>Maslach Burnout Inventory – Educators Survey</i> |
| MBI-GS | <i>Maslach Burnout Inventory – General Survey</i> |
| MBI-SS | <i>Maslach Burnout Inventory – Students Survey</i> |
| MOI | Modelo Operário Italiano |
| MT | Mato Grosso |
| NEPASB | Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de <i>Burnout</i> |
| NTEP | Nexo Técnico-Epidemiológico Previdenciário |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OLBI | <i>Oldenburg Burnout Inventory</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde |
| OSI | <i>Occupational Stress Indicator</i> |
| OTSAM | Organização do Trabalho e Saúde Mental |
| PA | Pará |
| PMD | Psicose Maníaco-Depressiva |
| PR | Paraná |
| PRASMET | Projeto de Assistência em Saúde Mental do Trabalhador |
| PUC-SP | Pontifícia Universidade Católica de São Paulo |
| PUC-RS | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul |

| | |
|---------|--|
| QBA | Questionário de <i>Burnout</i> para Atletas |
| RJ | Rio de Janeiro |
| RP | Realização Pessoal |
| RS | Rio Grande do Sul |
| SciELO | <i>Scientific Electronic Library Online</i> |
| SFC | Síndrome da Fadiga Crônica |
| SMBM | <i>Shirom-Melamed Burnout Measure</i> |
| SOE | Sem outra especificação |
| SP | São Paulo |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCC | Terapia Cognitivo-Comportamental |
| TEPT | Transtorno de Estresse Pós-Traumático |
| TPM | Tensão Pré-Menstrual |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UFRN | Universidade Federal do Rio Grande do Norte |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UNESP | Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |
| UNINOVE | Universidade Nove de Julho |
| USP | Universidade de São Paulo |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| UWES | <i>Utrecht Work Engagement Scale</i> |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|----|
| | INTRODUÇÃO | 14 |
| 1 | BURNOUT COMO OBJETO CIENTÍFICO | 26 |
| 1.1 | A abordagem psicossocial: a centralidade da noção de estresse e os modelos de <i>burnout</i> | 28 |
| 1.2 | Do estresse ao estresse laboral: a pesquisa do <i>burnout</i> em contexto | 33 |
| 1.3 | Um conceito em transformação | 39 |
| 1.4 | A virada rumo ao engajamento | 41 |
| 2 | BURNOUT, TRABALHO E SAÚDE/DOENÇA: CAMPOS DE CONHECIMENTO E REFLEXOS NA PRÁTICA CLÍNICA | 44 |
| 2.1 | As concepções médico-psicológicas sobre as relações saúde-trabalho | 46 |
| 2.1.1 | <u>Medicina do Trabalho, Psicologia do Trabalho, Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador</u> | 46 |
| 2.1.2 | <u>Medicina/Psiquiatria militar e Perícia Médica</u> | 53 |
| 2.2 | Classificações diagnósticas atuais: transtorno mental e incapacidade | 55 |
| 2.2.1 | <u>CID-10 e a família de classificações: código Z, CIF e determinantes sociais de saúde</u> | 56 |
| 2.2.2 | <u>O <i>burnout</i> na CID-10</u> | 59 |
| 2.3 | O reconhecimento social da fadiga no trabalho | 61 |
| 2.3.1 | <u>Hierarquia moral do trauma e vitimização</u> | 64 |
| 3 | CONSTRUÇÃO SOCIAL, LEGITIMAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO/PSICOLOGIZAÇÃO | 68 |
| 3.1 | Construção social como postura de pesquisa | 68 |
| 3.2 | Legitimação | 72 |
| 3.3 | Medicalização | 74 |
| 3.4 | As relações entre medicalização e psicologização | 78 |
| 3.4.1 | <u>As formas históricas da <i>má fadiga</i>: acédia, melancolia, neurastenia, <i>burnout</i> e síndrome da fadiga crônica</u> | 81 |
| 3.5 | Individualização e Pessoa moderna | 86 |
| 3.5.1 | <u>As formas da pessoa na modernidade: o modelo psicologizado x o modelo do <i>nervoso</i></u> | 88 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.5.2 | <u>Os sentidos da psicologização</u> | 89 |
| 3.6 | Estresse | 92 |
| 4 | EMOÇÕES E TRABALHO | 98 |
| 4.1 | A regulação social das emoções: o trabalho emocional nas profissões de cuidado | 99 |
| 4.2 | A modelagem social das emoções no contexto do capitalismo contemporâneo | 102 |
| 4.3 | Uma combinação de controle de si e prazer: o sentimento de realização pessoal | 106 |
| 4.4 | Realização pessoal e engajamento | 109 |
| 4.5 | Cinismo | 114 |
| 4.6 | <i>Burnout</i> à espreita | 117 |
| 5 | MÉTODOS E RESULTADOS GERAIS | 120 |
| 5.1 | Primeira fase: um panorama da literatura brasileira sobre <i>burnout</i> | 120 |
| 5.2 | Segunda fase: profissionais de saúde e professores | 132 |
| 5.3 | A pesquisa sobre si mesmo | 133 |
| 5.4 | Os jovens e o <i>burnout</i> | 137 |
| 6 | A IMPRECISA IMAGEM DO <i>BURNOUT</i> | 142 |
| 6.1 | Uma escala, várias interpretações: o trabalho de objetivação do <i>burnout</i> | 142 |
| 6.1.1 | <u>O esforço de objetivação pela escala: táticas de persuasão</u> | 145 |
| 6.1.2 | <u>Indistinção risco-doença</u> | 150 |
| 6.2 | Estresse e enfrentamento | 152 |
| 6.2.1 | <u>A linguagem do estresse</u> | 155 |
| 7 | EM BUSCA DA ESPECIFICIDADE DO <i>BURNOUT</i>: EMOÇÕES X A “ORGANIZAÇÃO” NAS PROFISSÕES “HUMANAS” | 158 |
| 7.1 | A relação com o “cliente”: o “contato” | 162 |
| 7.2 | A relação com colegas: o “conflito” | 165 |
| 7.3 | A relação com a organização: imagens do trabalho e do trabalhador | 169 |
| 7.3.1 | <u>O modelo do “executivo”</u> | 169 |
| 7.3.2 | <u>Hospital e escola como “organização”</u> | 173 |
| 7.4 | Transformações do mundo do trabalho ↔ transformações da pessoa | 177 |
| 7.5 | <i>Burnout</i> como crítica | 181 |
| | CONCLUSÃO | 185 |

| | |
|--|-----|
| REFERÊNCIAS | 190 |
| APÊNDICE – Lista das 187 publicações selecionadas | 202 |
| ANEXO – Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID-10 Z00-Z99) | 215 |

INTRODUÇÃO

Em nossa sociedade, a vida moderna é muitas vezes vista como fonte de sofrimentos e perturbações, expressos frequentemente como cansaço, desgaste, esgotamento. Fadiga e estresse são termos cada vez mais usados para nomear o mal-estar contemporâneo, presente especialmente nos meios urbanos e, sobretudo, na relação com o trabalho. A imprecisão conceitual permite reunir em torno desses termos uma ampla variedade de significados; não raro são chamados de “termos guarda-chuva”. Com frequência, aparecem como queixa em consultórios médicos e das mais variadas modalidades terapêuticas. Têm despertado interesse acadêmico em áreas tão diversas quanto psicologia, medicina, sociologia, antropologia e administração.

Nos anos 1970, um tipo particular de fadiga relacionada ao trabalho recebeu o nome de *burnout* (cujo significado remete a um esgotamento total das energias ou “combustão completa”) (FREUDENBERGER, 1974). Originalmente objeto de estudo da psicologia, foi identificado inicialmente em profissionais dos chamados *human services*¹ e da educação. Entendia-se que esta forma particular de esgotamento estava associada ao trabalho relacional, exigindo, por esse motivo, o domínio das próprias emoções para sua “boa” realização (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Caracterizado por uma tríade sintomática nomeada de exaustão emocional, despersonalização/cinismo e baixa realização pessoal, o *burnout* foi também relacionado a emoções “negativas” cujas consequências vão desde a insensibilidade ao sofrimento alheio, passando pelo adoecimento físico e mental, até prejuízo econômico devido à baixa produtividade, aposentadoria precoce e aumento de gastos em saúde pública.

Apesar da sua emergência “oficial” nos anos 1970, as raízes socioculturais do fenômeno são identificadas por Schaufeli, Leiter e Maslach (2009) ainda nos Estados Unidos da década de 1960. Os anos 60 são marcados pelo surgimento da chamada contracultura, pela intensificação do ativismo social, e também por um maior foco governamental no serviço público e no combate à pobreza. Segundo os autores, tudo isso teria levado as profissões de

¹ *Human services* são definidos como aquelas ocupações em que o objetivo é prover ajuda e serviços a pessoas em necessidade (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Também chamados de *helping professions* (profissões de ajuda), geralmente envolvem atividades ligadas à saúde (medicina, enfermagem, psicologia, cuidadores), serviço social, assistência jurídica, além de serviços comunitários como atividade policial e de bombeiros, ou seja, ocupações caracterizadas por serem um trabalho “com pessoas”, cujo cerne é a relação entre provedor-recebido (do cuidado/serviço).

cuidado a uma maior preocupação com questões de cidadania e liberdade individual, e também a um maior idealismo profissional. Na década de 70, porém, segue-se uma forte frustração nesses meios profissionais, devido à não concretização dos ideais libertários então valorizados. Ao mesmo tempo, este também é um momento de contestação das instituições em geral (e da instituição médica em particular). Esse fato, associado a importantes mudanças nas profissões de cuidado (da ênfase na vocação para a burocratização/gestão técnica da atividade profissional), acabará levando à perda de prestígio social e ao desencantamento com a profissão. O *burnout* teria aparecido em meio a esse contexto de intensa ebulição, entre profissionais das chamadas *free clinics*² como uma espécie de reação à frustração com as expectativas construídas nos anos 60.

Conceitualmente, o *burnout* está ligado ao estresse (especialmente de tipo crônico) desde o seu surgimento como objeto científico. Uma de suas primeiras definições, e que veio a se tornar referência nos estudos sobre o tema, conceitua-o como uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Em outra definição importante no campo, *burnout* é um estado afetivo singular caracterizado pela sensação de perda de energia física, mental e cognitiva, que ocorre como reação ao estresse crônico (SHIROM, 2003). Caracteriza-se clinicamente por queixas de fadiga persistente, falta de energia para cumprir com as exigências do dia de trabalho (representando a exaustão), irritabilidade, adoção de conduta de distanciamento de questões relativas ao trabalho que pode se manifestar por um comportamento frio e insensível (cinismo), além de sentimentos de ineficiência e baixa realização pessoal e profissional. Nos casos mais graves, associam-se sintomas depressivos como choro fácil, perda do prazer nas atividades, alterações de apetite e de peso, insônia, podendo chegar inclusive a ideação suicida (KAHILL, 1988; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Os dados sobre a prevalência de *burnout* variam em função do grupo estudado e da metodologia utilizada; em amostras de população geral ativa, encontraram-se taxas de 7% a até 17,9% (LINDBLUM et al., 2006). Apesar de originalmente ter sido identificado em profissionais dos *human services*, atualmente considera-se que seu principal determinante é a organização do trabalho, e não ocupações específicas (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER,

² Organizações privadas, sem fins lucrativos, que oferecem serviços básicos de saúde a pacientes não segurados nos Estados Unidos, prestados por médicos voluntários (em geral), de forma gratuita ou a baixo custo (DARNELL, 2010). Historicamente, sua criação remete a 1967, com a fundação da *Haight Ashbury Free Medical Clinic*, em São Francisco (Califórnia), por iniciativa de um grupo de médicos liderados pelo Dr. David Smith, cujo intuito era prestar assistência aos muitos jovens que se concentraram nesta cidade no contexto do movimento *hippie* (WESSON, 2011).

2001). Tem sido associado a consequências para a saúde física e mental, como aumento do risco cardiovascular (MELAMED et al., 2006a), diabetes tipo 2 (MELAMED et al., 2006b), distúrbios musculoesqueléticos (HONKONEN et al., 2006) e especialmente depressão (AHOLA et al., 2005). Além disso, possui grande impacto socioeconômico, produzindo absenteísmo (AHOLA et al., 2008) e aposentadoria precoce (WEBER; WELTLE; LEDERER, 2005), e levando ao aumento de gastos previdenciários e de saúde. A gravidade das suas manifestações clínicas e a magnitude das suas consequências, além da sua elevada ocorrência, têm levado vários autores a propor que o *burnout* seja considerado um problema de saúde pública (SHIROM et al., 2005).

Em alguns países, o *burnout* ganhou o *status* de transtorno psiquiátrico: na Holanda, como “neurastenia relacionada ao trabalho”; e na Suécia, no caso mais emblemático, como “transtorno de exaustão”. O antropólogo Tornbjörg Friberg (2009; 2006) mostra como, quando da entrada em vigor da tradução sueca da Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição (CID-10), em 1997, a síndrome “ingressou” no país e encontrou receptividade entre os médicos, que passaram a diagnosticá-la em situações de fadiga relacionada ao trabalho; a popularidade da questão do estresse no trabalho se refletiu na adoção de políticas públicas de prevenção voltadas à reabilitação profissional. O autor associa a emergência do *burnout* como diagnóstico a mudanças sociais e econômicas ligadas à retração do Estado de bem-estar social, com exigências de maior individualismo e “flexibilidade” em relação às aptidões profissionais.

Por outro lado, na França, o *burnout* obteve receptividade apenas parcial em determinadas categorias profissionais, como a dos enfermeiros. Mas, embora esteja diretamente associado à questão do sofrimento psíquico, não é reconhecido como doença profissional, sendo considerado um problema de alçada eminentemente psicológica (LORIOL, 2000).

No Brasil, o primeiro artigo sobre o tema foi publicado em 1987 (*A síndrome de “burnout”*, do cardiologista Hudson Hübner França, na Revista Brasileira de Medicina) (BENEVIDES-PEREIRA, 2003 apud CARLOTTO; CÂMARA, 2008; FRANÇA, 1987). Aqui, o termo tem sido traduzido como “síndrome do esgotamento profissional”, ou simplesmente “estafa profissional” (TRIGO; TENG; HALLAK, 2007). A base LILACS (*Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud*)³ registra 378 trabalhos em português (entre artigos, teses, monografias) com o termo *burnout* no título, resumo ou assunto, publicados desde 1987 até 2013. Essa produção bibliográfica é composta basicamente de

³ Base de dados que integra a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da OPAS/OMS (Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde), reunindo a produção acadêmico-científica de 27 países da América Latina e do Caribe publicada desde 1982.

estudos quantitativos e de prevalência da síndrome em profissionais de saúde e da educação, e que utilizam como instrumento diagnóstico o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), questionário autoaplicável considerado referência pela literatura especializada.

A legislação brasileira considera o *burnout* como “doença relacionada ao trabalho” desde 1999, quando o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria/MS nº 1339/1999, uma nova Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999b). Essa lista, baseada na CID-10, traz o *burnout* como uma das doze categorias diagnósticas integrantes da seção dos transtornos mentais e do comportamento, sob o código Z73.0 (“estado de exaustão vital”). Por sua vez, o Ministério da Previdência e Assistência Social, em seu regulamento (vide Decreto nº 3048/1999), adota essa mesma lista para subsidiar a concessão dos benefícios por doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho (BRASIL, 1999a). Não há, entretanto, dados estatísticos da Previdência Social disponíveis sobre a concessão de benefícios especificamente motivados pelo *burnout*.

Em minha experiência como psiquiatra na área de Saúde Mental e Trabalho, tive a oportunidade de vivenciar e perceber a existência de um “jogo de forças” relativo à questão do diagnóstico dos chamados transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Meu percurso no campo da Saúde Mental e Trabalho está diretamente ligado à participação no programa Organização do Trabalho e Saúde Mental (OTSAM), do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). De 2002 a 2009, atuei especificamente no Projeto de Assistência em Saúde Mental do Trabalhador (PRASMET), inicialmente como residente de terceiro ano (na época, a residência em psiquiatria levava dois anos, após o que se podia concorrer à realização de um terceiro ano em uma área específica – por exemplo, psiquiatria infantil, psiquiatria geriátrica, atenção psicossocial; uma dessas opções era voltada para psiquiatria/saúde mental em suas relações com o trabalho), e depois também como pesquisadora, até a conclusão do mestrado em psiquiatria.

Meu interesse inicial foi guiado sobretudo pela curiosidade: um campo de atuação e pesquisa voltado para a compreensão das relações entre adoecimento psíquico e o trabalho me parecia intrigante. Havia algo de importante no “trabalho”: tão difícil de definir e ao mesmo tempo, em grande medida, definidor de identidade; tão fundamental e tão pouco problematizado pela perspectiva médica; qual a abrangência de sua influência em nossas vidas? Como abordá-lo clinicamente?

No PRASMET, passei a atender pacientes encaminhados em função da suspeita de adoecimento mental relacionado ao trabalho. Embora a maior parte dos encaminhamentos fosse

formal/institucional – oriundos, por exemplo, do próprio ambulatório geral do IPUB, do setor de recursos humanos da UFRJ (no caso de funcionários da universidade), ou de sindicatos –, não era necessário ter um “papel” para marcar avaliação, havendo uma considerável procura espontânea por atendimento.

Logo foi possível identificar casos cuja história era muito semelhante: pessoas que se descreviam como anteriormente dedicadas ao trabalho, com carreiras consolidadas em vários segmentos (havia principalmente bancários, mas também professores, técnicos em telecomunicações, entre outros – curiosamente, nenhum pertencia à área da saúde), bom desempenho, comprometimento e gosto pela profissão, por vezes até idealistas quanto à própria atividade, que, ao longo do tempo, passavam a apresentar dificuldades na sua relação com o trabalho, até o ponto de não mais conseguirem realizar suas tarefas. Queixavam-se principalmente de cansaço; um cansaço constante, profundo, que ia além do aspecto físico, pois era algo que minava completamente suas energias “até para pensar”. Aliás, “só de pensar” no trabalho pela manhã, sentiam-se esgotados, sem coragem. Relatavam ainda uma mudança de comportamento no trabalho, da qual às vezes só vinham a se dar conta tempos depois (e não sem algum sentimento de vergonha): começavam a tratar mal os clientes, mas de uma forma específica, debochada, até cruel, ou indiferente às necessidades/dificuldades deles. Tornavam-se pessimistas e desinteressados; afinal, seus esforços pareciam inúteis: não havia jeito de dar conta dos problemas, sentiam-se incompetentes. Tal mudança de comportamento abalava a própria identidade pessoal e profissional: “Não me reconheço mais”, “De bancário, passei a mero vendedor”, eram frases comuns.

Esses trabalhadores, antes definidos por si mesmos como “dinâmicos”, agora se viam como exaustos, desmotivados e ineficazes. A transformação pessoal acontecia em meio a importantes mudanças no ambiente de trabalho. Situações como privatizações e demissões em massa resultavam, para os remanescentes, em sobrecarga e falta de tempo para realizar as tarefas, causando-lhes a sensação de ineficiência. A automação das tarefas (em atividades nas quais isso se deu de forma intensa) não facilitava o trabalho, pois os funcionários não recebiam treinamento suficiente para operar as máquinas, aumentando ainda mais a carga sobre os ombros. Além disso, havia o problema das frequentes “mudanças de diretriz”, que desnorteava os empregados; metas de produtividade inatingíveis; a exigência de estar sempre acessível, mesmo nos fins de semana. Em geral, tudo isso culminava num evento “gota d’água”: deixados sozinhos e sem condições de resolver determinado problema, sofriam uma crise, ou de hipertensão, ou de angina, ou um ataque de pânico. Em seus relatos, é comum a sensação de desamparo, bem como de um sentimento de mágoa e de desencanto pelas transformações

ocorridas no âmbito da profissão (uma paciente relatava ter se “desapaixonado” da instituição em que trabalhava). Além disso, vários diziam ter desenvolvido uma espécie de aversão a tudo que remetesse ao próprio trabalho: assim, alguns bancários relatavam que não conseguiam mais passar na porta de nenhuma agência (mesmo que não fosse o seu local de trabalho) nem para pagar as próprias contas; caso tivessem de fazê-lo, era com intenso sofrimento.

Insônia, dores no corpo, tristeza, falta de concentração, perda de peso, retraimento social iam se somando progressivamente ao quadro. Tendo passado por diversos profissionais de saúde, incluindo médicos de várias especialidades (ortopedia, reumatologia, cardiologia, clínica geral, endocrinologia, medicina do trabalho), fisioterapeutas e psicoterapeutas, a última parada era o consultório psiquiátrico. Chegavam movidos não só pelo desejo de tratamento, mas também por uma necessidade material, prática, de obter laudos para afastamento do trabalho. O acompanhamento, por sua vez, era longo, e a melhora, mais lenta do que o esperado para quadros de depressão.

Nesses casos específicos, a rubrica *burnout* mostrava-se mais adequada para descrever a complexidade de uma determinada relação trabalho-adoecimento do que as categorias psiquiátricas já existentes (como episódios depressivos ou ansiosos). Por isso, passamos a identificar a “síndrome de esgotamento profissional” como diagnóstico principal nos laudos e relatórios desses pacientes, conjuntamente ao episódio depressivo (também presente em virtualmente todos os casos, no momento da avaliação inicial no serviço). Entretanto, sistematicamente, o diagnóstico médico formal não era reconhecido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), ou pelo serviço médico da empresa empregadora – especialmente quanto ao nexos causal doença-trabalho. Curiosamente, nos casos em que a ordem dos diagnósticos aparecia invertida (constando primeiro episódio depressivo, depois *burnout*), o reconhecimento da incapacidade laborativa se dava de maneira um pouco menos difícil. Aparentemente, a ordem dos fatores alterava o produto.

A prática clínica com esses pacientes me fez então escolher o *burnout* como objeto de pesquisa no mestrado. Com isso, concentrei os atendimentos à avaliação e acompanhamento apenas dos pacientes que se encaixavam nessa categoria. Pensando retrospectivamente, é possível que, de algum modo, a produção científica também já estivesse presente como questão para mim: a dissertação consistiu em uma revisão sistemática de artigos prospectivos, como forma de investigar a utilidade clínica do conceito de *burnout* (VIEIRA, 2009).

A publicação de artigos científicos, decorrentes de nossa pesquisa, evidenciou ainda mais a questão da demanda diagnóstica por parte de pacientes e sindicatos, já observada no contexto de minha atuação como médica-assistente (tanto no IPUB como em minha prática

privada). Um artigo em especial, publicado em 2006⁴, atrai, ainda hoje, o interesse não só de trabalhadores de diversas áreas em busca de tratamento e de laudos periciais judiciais, mas também de estudantes de graduação e pós-graduação (em geral de psicologia e enfermagem), ativistas em saúde mental (voltados para a questão dos cuidadores, por exemplo) e até jornalistas, que ocasionalmente entram em contato para pedir informações e orientações.

Diante dessa demanda, tenho sido levada a interrogar cada vez mais o que percebo como sendo este “jogo de forças” envolvendo o “diagnóstico” de *burnout*, e o papel da Psiquiatria neste contexto. Especificamente, a demanda por laudos me faz pensar no papel socialmente atribuído à instância médico-psiquiátrica, e em como eu, pessoalmente, vinha sendo levada a “encarnar” este papel social. Foram esses questionamentos que me trouxeram até o Instituto de Medicina Social.

Em resumo, o que parece estar ocorrendo em nosso país com relação ao *burnout* é: há uma pesquisa (ainda que incipiente) tomando o caminho da medicalização; há uma legislação que expressamente considera *burnout* uma doença; além disso, existe uma demanda social pelo diagnóstico, por parte dos próprios pacientes e de alguns sindicatos (por exemplo: bancários e professores). Por outro lado, não existe um reconhecimento oficial consistente, na prática (representada pela atuação dos médicos do trabalho, nas empresas, e peritos previdenciários, por parte do Estado), dessa forma de sofrimento psíquico.

De que maneira, a partir do referencial teórico das ciências sociais, é possível compreender melhor esse jogo de forças é um dos objetivos desta tese de doutorado.

Minha proposta de estudo é tentar compreender de que forma o conhecimento técnico-científico sobre o fenômeno *burnout* tem sido construído no Brasil. O próprio fato de haver uma produção científica sobre o tema – de haver uma tendência a que ele seja visto como objeto científico (levando à medicalização de uma forma particular de sofrimento relacionado ao trabalho) – já indica uma certa forma de pensar o assunto. Então, o meu estudo propõe uma abordagem sociológica/antropológica dos discursos sobre fadiga no trabalho na literatura brasileira em saúde, tomando o *burnout* como exemplo.

A presente tese tem como *objetivos gerais* analisar a trajetória da categoria *burnout* no Brasil, investigando a ocorrência e possíveis efeitos do processo de medicalização/psicologização da fadiga no trabalho, através do estudo dos discursos científicos

⁴ Trata-se de um relato de caso de paciente do PRASMET, cuja história clínica enquadrava-se na descrição de *burnout* (VIEIRA et al., 2006).

e técnicos da medicina e da psicologia brasileiras sobre o *burnout*, tendo como objetivo mais amplo contribuir para a investigação das relações entre a fadiga e o trabalho.

Entre os seus *objetivos específicos* estão:

- a) analisar o papel da noção de estresse na emergência da categoria *burnout* no Brasil;
- b) analisar como a questão do “trabalho relacional” participa da construção do *burnout*, investigando de que forma esta questão aparece na literatura técnico-científica brasileira dirigida especificamente a um tipo ou categoria profissional comumente considerada relacional (professores, por exemplo);
- c) comparar, quando possível, a trajetória do *burnout* no Brasil à sua trajetória em outros países (como França e Suécia, por exemplo).

A trajetória conceitual do *burnout* no Brasil será estudada por meio de:

- a) levantamento e análise de artigos brasileiros específicos sobre *burnout* indexados nas bases LILACS e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*);
- b) busca e análise de artigos sobre *burnout* em periódicos nacionais de medicina do trabalho/saúde ocupacional e saúde do trabalhador (alguns periódicos representativos em medicina do trabalho, por exemplo, não são indexados);
- c) análise de outros documentos oficiais que se refiram ao *burnout* (manual de doenças relacionadas ao trabalho, livros-texto em medicina do trabalho e saúde ocupacional, por exemplo).

Para além da discussão sobre as consequências e a gravidade clínica do *burnout*, há um senso comum que tem a ver com a popularidade do fenômeno que é especialmente interessante. Em um contexto de transformações no mundo do trabalho (cenário econômico global, precarização social, novas tecnologias, mudanças na organização do trabalho), *burnout*, estresse e fadiga convertem-se em formas discursivas especialmente presentes no cotidiano de nossa sociedade. A noção de *burnout* é facilmente compreensível, pois, de modo geral, todos possuímos, em alguma medida, a vivência das exigências do trabalho, bem como do cansaço físico e mental atribuído a tais exigências – sensação que se mistura, em alguns casos, à percepção de uma tendência à desumanização das relações (que é outro nome comumente dado à dimensão cinismo). Trata-se de algo com que é fácil se identificar; à menção do significado do termo *burnout* para aqueles que o ouvem pela primeira vez, uma reação comum é dizer: “ah,

sim, sei bem o que é, eu sofro disso aí!” Também na imprensa, não faltam matérias voltadas a formas de prevenir ou contornar o estresse proveniente da vida moderna em geral, e do trabalho em particular – palco privilegiado da tensão da vida diária.

Da mesma forma, nos consultórios médicos, psiquiátricos e psicológicos, a realidade das queixas de fadiga relacionadas a condições de trabalho se impõe; porém o enfoque médico/psicológico não permite lidar com o problema de maneira ampla. A visão do *burnout* como problema “psicológico” enfatiza o aspecto de não adaptação individual ao meio, podendo levar à compreensão reducionista de que a origem do problema (e conseqüentemente, sua solução) está, em última instância, exclusivamente no indivíduo. Quando chegam à medicina, os problemas relacionados ao trabalho caem na alçada pericial ou da medicina do trabalho, e muitas vezes de forma contraditória – como no caso dos laudos que, para o mesmo paciente, divergem em aspectos fundamentais que vão desde a presença mesma de doença, qual o seu diagnóstico, até a existência ou não de incapacidade laborativa ou denexo causal doença-trabalho.

Um exemplo comum de conflito assistência x perícia x medicina do trabalho é o de um funcionário de empresa que, em função de um adoecimento psíquico (não necessariamente atribuído a *burnout*, embora esta seja uma situação bastante frequente nesses casos), não consegue mais realizar suas tarefas. Esta pessoa passa pelo serviço médico da empresa, onde o médico do trabalho responsável o encaminha para avaliação psiquiátrica. Nessa avaliação (que pode durar algumas consultas), o psiquiatra-assistente faz um diagnóstico, inicia um tratamento e, por considerar o paciente inapto para as atividades laborativas, fornece um laudo para apresentação no serviço médico da empresa. Caso a necessidade de afastamento perdure, será necessário ingressar com pedido de auxílio-doença no INSS, também mediante apresentação de laudo do médico-assistente. O perito previdenciário avaliará, então, a capacidade laborativa do trabalhador. Considera-o apto (apesar do laudo psiquiátrico em contrário). O paciente deve, então, apresentar-se para trabalhar. O médico da empresa, no entanto, não o autoriza a retornar, pois avalia que o paciente não está em condições. O que fazer, então? Pode-se pedir reconsideração da decisão pericial junto ao INSS, porém a decisão é mantida. Assim, não há direito ao benefício previdenciário. Também não se pode voltar ao trabalho, mas o não retorno (mesmo que determinado pelo médico do trabalho) pode passar a ser considerado falta ao trabalho, o que pode vir a configurar, legalmente, abandono de emprego. Com isso tudo, o tratamento fica em último plano.

A popularidade do *burnout* parece conviver, portanto, com uma espécie de invisibilidade institucional, da qual a falta de reconhecimento pela perícia é apenas um exemplo

– como mostra estudo recente que constatou o desconhecimento, por parte dos peritos da junta médica municipal de João Pessoa, da legislação sobre doenças relacionadas ao trabalho, bem como aquele referente à síndrome de *burnout* (BATISTA et al., 2011).

A dificuldade em incluir a dimensão do trabalho nas anamneses é reiteradamente apontada pelos profissionais ligados ao campo da Saúde Mental e Trabalho como uma falha da formação em saúde. De tão presente, entranhado – “natural” –, o trabalho passa despercebido em suas relações com a saúde e o adoecimento. A perspectiva jurídica e previdenciária, por seu turno, reforça a invisibilidade dessa forma particular de sofrimento, tanto ao reduzi-la à questão da capacidade laborativa, quanto ao deixar de reconhecer os aspectos subjetivos implicados na experiência de incapacidade. Invisível também nos registros estatísticos do INSS, consegue-se obter informação, no máximo, sobre o número de benefícios referentes ao conjunto de todas as categorias do grupo Z73 – sem especificação para o *burnout*, portanto: em 2013, no país, houve 29 casos de auxílio-acidentário (quando há reconhecimento denexo causal entre a doença incapacitante e o trabalho) e 129 de auxílio-doença previdenciário (sem estabelecimento de nexocausal).

Por outro lado, a psicologia tem oferecido um rol de estratégias e de condutas consideradas “adequadas” para o enfrentamento e a prevenção do sofrimento psíquico no trabalho. No entanto, cabe quase que unicamente ao indivíduo a tarefa de conhecer-se a si mesmo e saber identificar internamente o que está “em desacordo” com o ambiente de trabalho ou com a sua própria “natureza”, para em seguida implementar, ativamente e por sua própria iniciativa, as mudanças necessárias.

Por fim, observa-se, na literatura científica sobre *burnout* (em especial no Brasil), a escassez de estudos voltados para o seu conceito: de que forma foi construído, em que contexto, o que representa, quais as suas repercussões sociais.

A perspectiva sociológica/antropológica permite uma visão integrada de um fenômeno que, sob o olhar da medicina ou da psicologia, possui expressão (e nível de intervenção) apenas individual. Estudar a medicalização da fadiga no trabalho, tomando o *burnout* como exemplo, é relevante para tentar compreender como se dá a construção de conhecimento e de práticas em saúde, em especial na medicina (e na psiquiatria). É dentro deste contexto que uma pesquisa como esta encontra sua justificativa.

Esta tese está dividida em duas partes, em um total de sete capítulos. A Parte I, composta dos capítulos 1 a 4, é referente às bases teóricas sobre *burnout*, estresse, campos de saber e

construção social. A Parte II traz os resultados da pesquisa bibliográfica (o “campo”), analisados nos capítulos 5, 6 e 7.

O capítulo 1 (*Burnout como objeto científico*) traça a história do conceito e o contexto mais imediato de sua emergência. Das *free clinics* norte-americanas à difusão a partir do MBI, o *burnout* passa a ser visto como um problema psicossocial cujo principal determinante é a organização do trabalho, em um momento de importantes transformações socioeconômicas nos países desenvolvidos. A ligação com a noção de estresse (laboral) sobressai como um fator talvez mais importante para a difusão do *burnout* como conceito científico do que a própria operacionalização por escalas diagnósticas. Recentemente, nova reformulação conceitual propõe que o *burnout* seja definido como a erosão do engajamento no trabalho, ampliando o escopo de sua prevenção e tratamento para além do âmbito convencional de uma intervenção médica ou psicológica.

No capítulo 2 (*Burnout, trabalho e saúde/doença: campos de conhecimento e reflexos na prática clínica*), examina-se a inserção do *burnout* nos campos dos saberes em saúde, a partir de uma história das concepções médicas e psicológicas sobre as relações trabalho-saúde, construída sobre os eixos da “assistência” – os campos da medicina do trabalho, psicologia do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador – e da “perícia” – ligado à questão das indenizações por acidentes de trabalho. Analisa-se a fragilidade do *status* do *burnout* nas classificações diagnósticas, particularmente a CID-10: visto como problema que leva ao contato com serviços de saúde – e não doença –, mas fora da categoria de problema psicossocial, a cujo enquadramento teórico pertence. Aborda-se ainda o reconhecimento social da fadiga no trabalho, relacionando-o, em uma dimensão cultural mais ampla, com o processo de vitimização; nesse sentido, a falta de reconhecimento das doenças ocupacionais poderia ter a ver com uma “hierarquia moral do trauma” (FASSIN; RECHTMAN, 2009), i.e., a outorga social diferencial do *status* de vítima, variável em cada contexto específico.

O capítulo 3 (*Construção social, legitimação e medicalização/psicologização*) parte do arcabouço teórico da construção social para abordar a medicalização – no sentido de compreensão biomédica das perturbações – como via privilegiada de legitimação social de males emocionais ou psíquicos (caso do *burnout*). Investigam-se as relações entre medicalização e psicologização, identificando como elo comum entre os dois a individualização (enquanto “interiorização”), processo ao qual está vinculada a produção contemporânea de formas de mal-estar como estresse e fadiga. A perspectiva antropológica de Duarte (baseada em Louis Dumont) sobre o “nervoso” é usada como referência para discutir a noção de estresse.

O capítulo 4 (*Emoções e Trabalho*) analisa as dimensões da despersonalização/cinismo e da realização pessoal sob a perspectiva das emoções no contexto do trabalho. Discutimos o problema da necessidade de regular as próprias emoções de acordo com regras sociais, questão especialmente relevante nas profissões de cuidado; e, de modo mais amplo, as implicações dessa necessidade de controle emocional no contexto econômico contemporâneo, que tem nas emoções “primitivas” (e sobretudo na criatividade, que delas deriva) um dos mais altos valores de nossa cultura. Identifica-se a influência do romantismo no surgimento do sentimento de realização pessoal – base, por sua vez, de uma ética do desenvolvimento pessoal que, cada vez mais, tem servido de suporte ao engajamento (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011). Finalmente, lembrando Simmel (2005) em sua discussão sobre o caráter *blasé* (efeito do “intelectualismo da existência” pela “intensificação da vida nervosa” nas grandes cidades), as consequências do sistema econômico sobre a vida emocional – representados no “homem irônico” (SENNETT, 2009) ou no “executivo de estilo maníaco” (MARTIN, 2007) – nos permitem fazer uma aproximação com o cinismo.

O capítulo 5 (*Métodos e resultados gerais*) contém detalhes do método de pesquisa bibliográfica e principais resultados. Em uma primeira etapa, apresenta-se um mapa da produção científica brasileira em termos de obras e pesquisadores, além das características da amostra de trabalhos selecionados. Tendo constatado que a grande maioria das publicações teve como objeto profissionais de saúde ou educadores, restringiu-se a análise mais profunda ao conjunto de trabalhos correspondente a esses grupos (em uma segunda etapa). Foi possível resumir o conteúdo da produção nacional em dois grandes temas ou tendências: a pesquisa sobre si mesmo e o interesse na investigação com estudantes.

Os capítulos 6 e 7 articulam-se, respectivamente, com os capítulos 3 e 4. No capítulo 6 (*A imprecisa imagem do burnout*), conhecemos a forma como a pesquisa brasileira vem buscando construir a cientificidade do *burnout* a partir do emprego de escala(s) diagnóstica(s) e da teoria do estresse, considerando até que ponto o sucesso ou não dessa empreitada depende da posição dos pesquisadores no campo científico (BOURDIEU, 2004). Também o capítulo 7 (*Em busca da especificidade do burnout: emoções x a “organização” nas profissões “humanas”*) trata da construção do *status* científico do *burnout*, porém agora a ênfase é na tentativa de estabelecer sua especificidade por meio do caráter especial das “emoções” e da “organização” nas profissões de cuidado.

1 BURNOUT COMO OBJETO CIENTÍFICO

A história do *burnout* como objeto científico inicia-se em 1974, com a publicação, no *Journal of Social Issues*, de um artigo do psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger. Ele escolhe o termo (de uso coloquial, significando algo como “queima completa”) para descrever um quadro de esgotamento físico e mental ligado ao trabalho, que acometia voluntários em uma instituição de assistência a dependentes químicos⁵. Em sua definição, *burnout* é um “incêndio interno”, um “exaurimento de energia” decorrente da tentativa de “atingir uma meta irrealizável” imposta pelo próprio indivíduo ou pela sociedade (FREUDENBERGER, 1974; FREUDENBERGER; RICHELSON, 1987). Como manifestações físicas e comportamentais, o autor enumera: “um sentimento de exaustão e fadiga, a incapacidade de se livrar de um resfriado persistente, cefaleias frequentes e distúrbios gastrointestinais, insônia e falta de ar”⁶, além de irritabilidade, frustração, dificuldade em conter emoções, certa atitude paranoide (a pessoa sente que todos só querem prejudicá-la) levando ao sentimento de onipotência e à adoção de conduta de risco (confrontando pacientes agressivos, por exemplo), abuso de tranquilizantes e drogas ilícitas, “teimosia” e inflexibilidade, atitude negativa, pessimista, expressa verbalmente (tornando a pessoa “o cínico da casa”), aparência depressiva, bem como uma dificuldade em desligar-se do trabalho, aí permanecendo excessivamente (embora produzindo menos), e sem interesse em outras atividades externas (FREUDENBERGER, 1974, p. 160, tradução nossa).

Na mesma época, a psicóloga social norte-americana Christina Maslach (1976), estudando emoções no ambiente de trabalho, utiliza o mesmo termo para designar uma reação semelhante que acometia profissionais da área de cuidados/serviços (os já mencionados *human services*). É interessante observar que Maslach encontrou dificuldade para publicar seu artigo inicial, só conseguindo fazê-lo em uma revista não acadêmica voltada para temas sociais; a recusa devia-se a que o tema era considerado demasiadamente “pop” (o que é pejorativamente chamado de *pop psychology*).

Em artigos posteriores, define-o então como uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho, composta por três dimensões: *exaustão*

⁵ Vale dizer que um desses voluntários acometidos pelo *burnout* foi ele mesmo. Considera-se que seus relatos, de cunho amplamente autobiográfico, ajudaram a aumentar o impacto do fenômeno na época.

⁶ No original: “[...] a feeling of exhaustion and fatigue, being unable to shake a lingering cold, suffering from frequent headaches and gastrointestinal disturbances, sleeplessness and shortness of breath.”

emocional (sensação de esgotamento, de depleção de recursos físicos e emocionais), *despersonalização* (reação negativa ou excessivamente distanciada em relação às pessoas que devem receber o cuidado/serviço) e *redução da realização pessoal* (sentimentos de incompetência e de perda de produtividade) (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Esta definição acaba por tornar-se referência no campo científico, em função principalmente da criação de um instrumento de aferição de *burnout* – o MBI (*Maslach Burnout Inventory*) (MASLACH; JACKSON, 1981). A escala, elaborada, segundo suas autoras, a partir da observação clínica e da pesquisa de campo com profissionais pertencentes aos *human services*, permitiu a operacionalização do conceito e a identificação da síndrome em grupos de trabalhadores, ou seja, o estudo epidemiológico do *burnout*.⁷ Como consequência, houve a multiplicação de estudos quantitativos, em geral de prevalência e correlacionais⁸ (com profissionais de saúde e de educação), além daqueles voltados à avaliação das propriedades psicométricas do MBI (os chamados estudos de validade). Outra preocupação dos pesquisadores foi o estabelecimento da validade discriminativa do *burnout* em relação a conceitos intimamente relacionados, assemelhados ou sobrepostos, como estresse, depressão, ansiedade, ou satisfação profissional.

A operacionalização proporcionada pelo MBI “populariza” o conceito na área acadêmica, estendendo a pesquisa a outros campos (notadamente a saúde ocupacional, além de psicologia organizacional, administração, enfermagem e medicina), e permite a produção de dados estatísticos em escala internacional, bem como a expansão de sua aplicação às mais diversas categorias profissionais. As adaptações feitas à escala original, dirigida para trabalhadores dos *human services* (o MBI-HSS – *Human Services Survey*), deram origem a uma versão para professores (MBI-ES – *Educators Survey*) e, posteriormente, a uma versão geral (MBI-GS – *General Survey*).

⁷ A criação do MBI, em 1981, teria inaugurado a chamada fase empírica da pesquisa em *burnout*, em oposição à “fase pioneira” presente até então, quando a literatura produzida teve caráter primariamente qualitativo e aplicado. O enfoque pragmático inicial (diverso do interesse mais estritamente acadêmico, que privilegia a fundamentação teórica) se devia à maior preocupação dos pesquisadores – oriundos do próprio meio dos *human services* – em encontrar soluções para o problema que atingia, sobretudo, a eles mesmos (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; MASLACH; SCHAUFELI, 1993).

⁸ Estudos correlacionais são aqueles cujo objetivo é determinar (mensurar) o grau de relacionamento entre duas variáveis quantitativas (se são direta ou inversamente proporcionais, por exemplo), sem se preocupar se tal relação é explicativa (causal) ou não (MEDRONHO et al., 2003; LIMA FILHO, 2013). Já prevalência é definida como a frequência de casos existentes de uma determinada doença, em uma determinada população e em um dado momento. Trata-se de uma medida estatística em que os indivíduos componentes de uma amostra são observados uma única vez (MEDRONHO et al., 2003).

Com isso, o próprio conceito de *burnout* sofreu reformulações. A tríade dimensional foi renomeada para *exaustão* (ênfatisando as manifestações físicas e cognitivas de fadiga, e não apenas o aspecto emocional), *cinismo* (conduta fria, insensível e desengajada com relação ao trabalho de forma global) e *redução da eficácia* (sentimentos de ineficiência no trabalho), em função da verificação de sua ocorrência em outras categorias profissionais que não necessariamente envolviam o cuidado ou a relação direta com “clientes”. A noção de *burnout* passa a destacar, assim, a relação com o trabalho em si – não especificamente com as pessoas com quem se trabalha (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Como resultado dessas adaptações, na década de 1990, o conceito de *burnout* se expande, não só em termos da detecção de sua ocorrência em outras categorias profissionais (ou mesmo no âmbito não profissional, como esporte e família) ou em outros países fora dos Estados Unidos (inicialmente os de língua inglesa como Canadá e Grã-Bretanha, depois países europeus e em seguida dos demais continentes, incluindo o Brasil), mas também no sentido de uma crescente elaboração teórico-metodológica. Com base nesses métodos e teorias, os fatores/características do trabalho são cada vez mais evidenciados como principais determinantes de *burnout*, em comparação aos fatores pessoais ou biográficos (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Difunde-se a noção de *burnout* como problema psicossocial.

1.1 A abordagem psicossocial: a centralidade da noção de estresse e os modelos de *burnout*

A perspectiva psicossocial busca reunir os enfoques psíquico (individual) e social (relativo ao meio e à coletividade), considerando sua inter-relação na produção de sintomas e transtornos mentais ou mesmo físicos. Ela ganha força nos anos 1960, em um contexto marcado por intensas transformações sociais, estando intimamente ligada à formulação do conceito de estresse laboral (*work stress*). Voltaremos a este assunto mais adiante.

De acordo com a *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* – publicação da OIT (Organização Internacional do Trabalho) –, *fatores psicossociais* são todas as condições que levam ao estresse no trabalho (e problemas de saúde associados). O conceito inclui aspectos do trabalho e do ambiente de trabalho (clima/cultura organizacional, papéis, relações interpessoais no trabalho e desenho e conteúdo das tarefas) – denominados “estressores” do trabalho (*job stressors*) –, mas estende-se também para o ambiente extraorganizacional (por

exemplo: demandas domésticas) e aspectos individuais (como personalidade e atitudes) – que funcionam como moderadores (*stress moderators*), i.e., mediando o efeito dos estressores sobre o indivíduo. *Frequentemente, as expressões “organização do trabalho” ou “fatores organizacionais” são usadas de maneira intercambiável com “fatores psicossociais” em referência a tais condições de trabalho passíveis de levar a estresse (SAUTER et al., 2012).*

Embora provenham de diversos referenciais teóricos⁹, os inúmeros *modelos psicossociais de estresse ocupacional* têm em comum concebê-lo em termos de uma *relação entre o trabalho e a pessoa*, articulada por meio da noção – central, como procuraremos demonstrar – de estresse.

Em linhas gerais, tais modelos postulam que, mais do que a profissões específicas ou ao caráter relacional do trabalho (presente naquelas ocupações tradicionalmente associadas ao *burnout*), o desenvolvimento da síndrome de *burnout* está associado principalmente a más condições do ambiente de trabalho, que incluem fatores situacionais ligados a características do trabalho/tarefa (sobrecarga, pressão de tempo, demandas conflitantes, ausência de diretrizes claras quanto às tarefas, falta de controle sobre o próprio trabalho, falta de apoio social de colegas ou chefia) ou a características organizacionais (referentes a hierarquia, regras de operação, recursos e distribuição espacial) (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Tais condições têm sido relacionadas às recentes transformações do mundo do trabalho, ligadas a processos como reestruturação produtiva, demissões em massa e precarização do trabalho, e à exigência crescente de trabalhadores “polivalentes”.

Os principais modelos de estresse ocupacional são: o ajustamento pessoa-ambiente (*person-environment fit*) – pertencente à tradição social psicológica – e o demanda-controle (*demand-control*) – oriundo da tradição nórdica. Deles derivam modelos especificamente formulados para estudar o fenômeno do *burnout*, tanto do ponto de vista de seus antecedentes e consequências quanto das etapas de seu desenvolvimento. Os *modelos de desenvolvimento de burnout* podem ser, portanto, reformulações de modelos anteriores ou modelos inteiramente novos.

A título de ilustração, vejamos alguns deles mais detidamente.

⁹ Väänänen et al. (2012) identificam quatro tradições principais da pesquisa em estresse laboral: a tradição social psicológica norte-americana; a tradição nórdica; a tradição da epidemiologia social; e a tradição britânica no domínio da qualidade de vida no trabalho (a serem detalhadas mais à frente). É importante observar que essas tradições, embora possuam aspectos típicos, não permaneceram restritas ao próprio campo, mas frequentemente interagiram entre si, influenciando-se mutuamente, como demonstrado pelo fato de os mesmos pesquisadores atuarem em vários domínios de pesquisa.

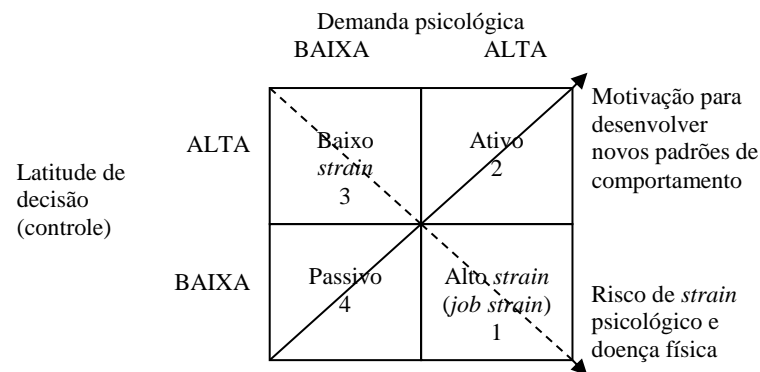
O *modelo de ajustamento pessoa-ambiente* (CAPLAN et al., 1975) sugere que a resposta (*strain*) resulta de um desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a capacidade (real ou percebida) do indivíduo de suprir estas demandas. Os determinantes da relação estresse-*strain* são os fatores individuais (percepções, habilidades, tolerância à pressão, vulnerabilidade etc.). É desta perspectiva teórica, dominante até a década de 1990, que provém o modelo de *burnout* conhecido como *desajuste pessoa-ambiente* (MASLACH; LEITER, 1997; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Nele, considera-se que o *burnout* resulta de uma má adaptação crônica entre o indivíduo e seu ambiente de trabalho, representado em seis áreas da vida laboral (carga, controle, recompensas, comunidade, justiça e valores). Ao buscar uma visão integrada entre indivíduo e organização, este modelo pretende superar as limitações de seu antecessor direto, que vê cada uma dessas dimensões de forma independente.

Um dos mais influentes modelos de estresse ocupacional, o *modelo demanda-controle* pressupõe que determinadas características do ambiente de trabalho podem influir na saúde e no comportamento individuais. Assim, o risco de adoecimento aumenta quando, no ambiente de trabalho, as demandas psicológicas excedem a latitude de decisão, i.e., a margem de decisão (situação denominada *job strain*)¹⁰ (Figura 1). Esta formulação não vê, portanto, as variáveis individuais como importantes na relação estresse-*strain*; tanto a latitude de decisão quanto as demandas psicológicas são características do trabalho. No caso do *burnout*, os fatores organizacionais seriam seus principais geradores, e a síndrome, por sua vez, seria um mediador entre *job strain* e adoecimento.

¹⁰ A *latitude de decisão* refere-se à capacidade do trabalhador de controlar suas próprias atividades. Possui dois componentes: a *autoridade para decidir* sobre as tarefas (autonomia); e a *utilização de habilidades* (a possibilidade de usar e desenvolver habilidades). Já as *demandas psicológicas* comportam tudo o que se relaciona a prazos, carga mental, demandas de alerta mental (mas não demandas físicas), se há demandas conflitantes etc. Preveem-se quatro situações a partir das diferentes combinações entre latitude de decisão e demanda psicológica:

- Situação 1: alta demanda psicológica + baixa latitude de decisão = *job strain* (alta tensão, pressão);
- Situação 2: alta demanda psicológica + alta latitude de decisão = situação de trabalho ativo (associado ao “estresse bom”, desejável, que levaria a maior motivação e oportunidade de aprendizado);
- Situação 3: baixa demanda psicológica + alta latitude de decisão = baixo *strain* (trabalho “relaxado”);
- Situação 4: baixa demanda psicológica + baixa latitude de decisão = situação de trabalho passivo. (THEORELL; KARASEK, 1996)

Figura 1 – Modelo demanda-controle



Fonte: THEORELL; KARASEK, 1996.

Demerouti et al. (2003) propõem uma expansão do modelo de Karasek, denominado *modelo demandas-recursos*. Nele, as demandas do trabalho (demandas físicas, tempo, turnos) associam-se à exaustão, enquanto que a falta de recursos (reconhecimento de *performance*, controle do trabalho, participação na tomada de decisões, apoio social) associa-se ao desengajamento. Haveria dois processos envolvidos: um de sobretaxa e esgotamento de recursos energéticos individuais pelas demandas do trabalho; e um processo motivacional em que a falta dos recursos impede que se lide adequadamente com tais demandas e leva ao desengajamento. Este modelo liga as demandas do trabalho a problemas de saúde via *burnout*.

Hobfoll (1989), por sua vez, propõe a *teoria da conservação de recursos* (*Conservation of Resources – COR*) para explicar a evolução do estresse para *burnout*. Segundo este modelo, quando os indivíduos experimentam uma perda de recursos, eles respondem tentando limitar o impacto desta perda, através da conservação de recursos, o que por si só também requer gasto adicional de energia. Quando determinadas circunstâncias (no trabalho ou em outras situações) ameaçam a capacidade individual de obter ou manter os recursos necessários, ocorre o estresse. Então, o estresse sobrevém quando: 1- recursos são ameaçados; 2- recursos são perdidos; ou 3- quando o indivíduo investe recursos e não obtém o retorno esperado. Por causa do foco na proteção contra a perda de recursos, esta se torna mais saliente (visível) que o ganho; consequentemente, os trabalhadores são mais sensíveis a ameaças de perdas. No *burnout*, o que parece ocorrer é que, em algum momento, o indivíduo não é mais capaz de recuperar as perdas, levando a uma *espiral de perda de recursos* (SHIROM et al., 2005).

Quanto à sequência de eventos no desenvolvimento da síndrome, o modelo que tem recebido maior suporte empírico é o de Leiter e Maslach (1988; LEITER, 1989). Os autores baseiam-se na perspectiva de Lazarus e Folkman (1984) – em que a resposta (*strain*) depende

da percepção subjetiva da situação como estressante – para propor um processo evolutivo em que a Exaustão Emocional (EE) se desenvolveria a partir das demandas excessivas do trabalho. A Despersonalização/Cinismo (DE/C) seria uma defesa contra a EE. Como resultado da perda de comprometimento pessoal e da persistência da exaustão, o sentimento de Realização (RP) diminui.

Para vários autores, portanto, as características do trabalho são consideradas mais importantes do que as características pessoais (de personalidade) na determinação da síndrome (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Mas essa convicção não diminui o interesse na investigação da relação personalidade-*burnout*. Até porque, tradicionalmente, suas primeiras descrições clínicas já mencionavam um caráter pessoal de dedicação extrema ao trabalho e de autoexigência de desempenho como fatores importantes para o desenvolvimento do quadro (FREUDENBERGER, 1974). Os fatores de personalidade mais comumente associados ao *burnout* são: neuroticismo (ligado a sentimentos de angústia, medo, “nervosismo”, insegurança, frustração, vitimização, comportamento defensivo e de busca por reassseguramento), ansiedade-traço, comportamento tipo A (caracterizado por competição, pressa, impaciência, ambição e agressividade). Já otimismo e *hardiness* (envolvimento profissional, controle e amor ao desafio) aparecem como fatores protetores (IACOVIDES et al., 2003). Outras variáveis pessoais estudadas são os chamados mecanismos de *coping* ou enfrentamento (definido genericamente como “o conjunto das estratégias” – basicamente cognitivas e situacionais, mas também ligadas a características de personalidade – “utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas”) (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998, p. 274).

Ao integrar a síndrome às linhas metodológicas da pesquisa em estresse (SHIROM et al., 2005), as pesquisas que abordam as associações entre *burnout* e saúde tendem, cada vez mais, a explicar o processo de adoecimento através de mecanismos fisiológicos, endócrinos e metabólicos envolvidos na chamada resposta de estresse. Entre os fatores pesquisados estão: alterações do eixo hipotálamo-hipófise-adrenais, marcadores inflamatórios e da resposta imunológica, alterações metabólicas, alterações cognitivas (avaliadas por testes neuropsicológicos, exames de neuroimagem) (SANDSTRÖM et al., 2011) e da neurofisiologia do sono (DAHNFHOF-PONT; VAN VEEN; ZITMAN, 2011). O *burnout* então passa a ser considerado conjuntamente aos chamados transtornos relacionados ao estresse crônico (ocupacional), entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), síndrome da fadiga crônica, fibromialgia, doenças inflamatórias e autoimunes como artrite reumatoide e asma, problemas gastrointestinais (gastrite, síndrome do cólon irritável), problemas cardiovasculares

(hipertensão arterial, hiperlipidemia, coronariopatia), respiratórios, além de transtornos mentais como síndromes ansiosas e depressão (AHOLA et al., 2008; SHIROM, 2003).

Os países escandinavos e Israel lideram a pesquisa nesse campo. Um dos nomes mais expressivos é o de Arie Shirom, da Universidade de Tel Aviv, falecido em 2012. Com formação original em ciências sociais e uma extensa vida acadêmica (de mais de cinquenta anos), desenvolveu seus estudos inicialmente nas áreas de comportamento organizacional, relações de trabalho e políticas públicas de saúde, concentrando-se, nos últimos trinta anos, no tema do estresse relacionado ao trabalho, com foco especificamente em *burnout*. Seu grupo de pesquisa foi responsável por estudos epidemiológicos influentes sobre a associação entre *burnout* (como medida de estresse crônico ocupacional) e doenças cardiovasculares, além da relação com os chamados biomarcadores inflamatórios e padrões de sono. Entre seus principais colaboradores estão Samuel Melamed (graduado em psicologia, hoje professor do Departamento de Epidemiologia e Medicina Preventiva da universidade de Tel Aviv) e Sharon Toker (também proveniente da área de psicologia, atualmente é professora da Faculdade de Gestão – *Faculty of Management* – e coordena o Programa de Comportamento Organizacional na mesma Universidade).

Dentre os países que têm produzido estudos significativos estão: Suécia, Holanda, Finlândia, Dinamarca, entre outros. Mas é difícil destacar nomes isolados, já que o que sobressai é o caráter interdisciplinar dos grupos de pesquisa, com a colaboração em determinados projetos se estendendo não só entre departamentos (de saúde pública, psicologia, saúde ocupacional, psiquiatria etc.), mas às vezes até entre países¹¹. Esse aspecto de colaboração internacional e interdisciplinar reflete o que Väänänen et al. (2012) identificam como a “tradição nórdica” da pesquisa em estresse laboral.

1.2 Do estresse ao estresse laboral: a pesquisa do *burnout* em contexto

¹¹ Da Suécia, citamos os pesquisadores: Mirjam Ekstedt, Marie Söderström e Torbjörn Åkerstedt (do *Stress Research Institute* e Instituto Karolinska, em Estocolmo), Agneta Sandström (Departamento de Saúde Pública e Clínica Médica, Saúde Ocupacional e Ambiental da Universidade de Umeå) e Therèse Stenlund (Departamento de Medicina de Comunidade e Reabilitação da Universidade de Umeå). Da Holanda: Marie Dahnhof-Pont (Departamento de Saúde, Segurança e Ambiente da Universidade de Leiden), Wilmar Schaufeli (Departamento de Psicologia, Universidade de Utrecht), Paula Mommersteeg e Arnold Bakker (Departamento de Psicologia e Saúde – *Health Psychology*, Universidade de Utrecht). Da Finlândia: Kirsi Ahola e Raija Kalimo (Departamento de Psicologia, *Finnish Institute of Occupational Health*). Da Dinamarca: Marianne Borritz (do Instituto Nacional de Saúde Ocupacional).

Percebe-se então que, ao lado do esforço de objetivação do fenômeno através da sua medição por escalas, outro fator que contribuiu para a consolidação do *burnout* como objeto científico foi a sua ligação com a noção de *estresse* – seja pela via psicossocial ou pela via fisiológica.

Sobre a categoria estresse, algumas observações se fazem necessárias. De maneira genérica, o conceito envolve a noção de *adaptação* do corpo a uma variedade de estímulos ou exigências ambientais.

Segundo Lazarus (1993), as origens do termo remontam ao século XIV (quando seu significado remetia a “dureza” e “adversidade”), tendo no entanto alcançado importância técnica no século XVII, no âmbito das ciências físicas. Nessa época, estudando o problema da resistência em projetos de engenharia (como a construção de pontes), o físico e biólogo Robert Hooke descreveu a atuação de três componentes: carga (peso imposto à estrutura), *stress* (a área sobre a qual a carga é aplicada) e *strain* (deformação da estrutura criada pela interação entre carga e *stress*). A análise de Hooke influenciou modelos subsequentes em outras áreas como fisiologia, psicologia e sociologia, a partir do século XX.

Em 1936, o endocrinologista de origem húngara Hans Selye definiu estresse como a resposta não específica do corpo a qualquer exigência feita sobre ele; a essa resposta ele deu o nome de “síndrome geral de adaptação” (composta pelas fases de alarme, resistência e exaustão). Seu modelo enfocava o aspecto fisiológico individual, com base no eixo hipotálamo-hipófise-adrenais (resposta de luta ou fuga) (GLINA, 2010). A partir da descrição de Selye, várias outras proposições teóricas foram feitas, quase sempre no sentido de expandir o que se considera ser uma abordagem reducionista. Assim, entre as muitas teorias de estresse disponíveis, destaca-se o recurso aos enfoques psicológico e social como tentativa de aperfeiçoar, complementar, expandir a compreensão ou suplantando inteiramente o reducionismo organicista. A ideia de estresse laboral é resultante desse movimento de elaboração.

É importante lembrar que todas essas teorias e modelos de estresse ocupacional ganham importância dentro de um contexto de maior preocupação com as novas dificuldades da vida laboral moderna, contexto em que a questão do estresse ocupacional passa a ocupar um lugar central no interesse acadêmico dos países ocidentais desenvolvidos. Nesse sentido, Väänänen et al. (2012) analisam o desenvolvimento do movimento científico sobre estresse laboral ocorrido entre os anos 1960 e 2000, investigando sua relação com tendências modernas recentes de desindustrialização, democratização e individualização.

O conceito de estresse laboral (*work stress*) emerge em um contexto de grandes mudanças sociais ocorridas nos anos 1960/70. Nos países desenvolvidos, esse período

caracterizou-se por uma riqueza material sem precedentes e por um questionamento geral de valores sociais, representado nas discussões sobre o feminismo, o consumismo, a justiça social, na crítica ao modelo biomédico, e em reivindicações, por parte dos trabalhadores, de uma maior humanização do trabalho. A ênfase em valores humanistas configurou uma tendência reformista no domínio da vida laboral, levando a um maior reconhecimento do papel do ambiente psicossocial do trabalho e dos estressores ocupacionais como importantes fatores de influência sobre a vida de trabalho. A pesquisa em estresse – originalmente baseada em experimentos de laboratório – se transforma então em uma *agenda de pesquisa reformista* que reivindicava o redesenho dos empregos industriais, por meio de intervenções que objetivam melhorar a vida laboral (VÄÄNÄNEN et al., 2012).

O sucesso do conceito de estresse laboral foi também questão de uma demanda social específica dos setores da produção industrial e da indústria da guerra por conhecimento psicológico (para fins de melhora da *performance*): assim, principalmente após a II Guerra, é o interesse da força aérea norte-americana, por exemplo, que vai direcionar o que até então era a pesquisa em estresse (em geral) para uma pesquisa em estresse *no trabalho*. Ao longo do século XX, à medida que ocorre a transição da economia industrial para a de serviços, o conteúdo das discussões sobre estresse laboral vai se modificando também em função desses interesses: surge então o que Väänänen et al. (2012) classificam como um *movimento cognitivo e humanístico nas ciências comportamentais* – “humanístico” no sentido de que defende a consideração do trabalhador enquanto agente/ator pensante, em contraposição às teorias até então fortemente behavioristas e tayloristas. Não só fatores de promoção da saúde física, mas também fatores ligados ao bem-estar mental do trabalhador passam a ser considerados importantes.¹²

No entanto, logo esse foco nos valores humanistas dá lugar a um enfoque individualizante, que privilegia aspectos microssociais. Essa mudança esteve alinhada com o individualismo metodológico tradicional das ciências médicas e psicológicas e com as tendências gerais de individualização de nossa era.

Com relação às quatro tradições da pesquisa em estresse laboral anteriormente mencionadas, podemos observar a seguinte evolução histórica, conforme sistematizada por Väänänen et al. (2012):

A *tradição social psicológica* tem origem no início dos anos 1960, com a fundação do *Institute of Stress Research (ISR)*, na Universidade de Michigan. O ISR conduziu o primeiro programa de pesquisa em larga escala sobre estresse no trabalho e fatores psicossociais de bem-

¹² Inclui-se aí o tema da motivação no trabalho, que será discutido à luz de Boltanski e Chiapello (2011) em capítulos subsequentes.

estar do trabalhador. De viés comportamental, enfatizava o papel da percepção e do contexto social – ligado à situação de trabalho – no comportamento individual. Linhas teóricas importantes da escola de Michigan são: o modelo de ajustamento pessoa-ambiente (*person-environment fit*); e a linha de pesquisa sobre as características pessoais (como personalidade tipo A, *hardiness*, ansiedade-traço, autoeficácia, resiliência), que inclui o estudo dos mecanismos de *coping*.

Um dos mais discutidos até o início dos anos 90, o *modelo de ajustamento pessoa-ambiente* privilegia a capacidade de adaptação do indivíduo ao trabalho. A ênfase é na situação sociopsicológica, em vez da homeostase em nível fisiológico. Embora a ideia inicial tenha sido aumentar o bem-estar organizacional e a produtividade, a unidade de análise é o indivíduo e seu bem-estar emocional em um dado microambiente (pesquisa com equipes pequenas de trabalhadores). Como vimos, esse modelo exerceu influência direta sobre outros grupos de pesquisa, como os de Maslach e Ayala Pines (Universidade da Califórnia), dedicados ao *burnout*.

Nos anos 80, ganha força a linha de pesquisa sobre as estratégias de *coping* (de Richard Lazarus), que destaca a importância da avaliação (*appraisal*) individual como mediadora entre estressor e resposta de estresse. É inaugurada a abordagem psicológica, ou cognitiva, do estresse (VÄÄNÄNEN et al., 2012).

Em relação à *tradição nórdica* – inicialmente ligada ao movimento de reforma social –, Väänänen et al. (2012) destacam que, após um período de emergência do movimento pela democracia industrial e pelos direitos dos trabalhadores (nas décadas de 1960/70), em que a pesquisa em estresse laboral privilegiou valores humanistas ligados ao bem-estar e à satisfação pessoal no trabalho (priorizados em relação à produtividade), a partir do final dos anos 70, o foco da pesquisa mudou para a avaliação dos riscos psicossociais em nível individual (momento de mudança do movimento escandinavo de reforma trabalhista). Esta é a época em que o modelo de Karasek (de 1979) foi formulado e ganhou pronta adesão, também por oferecer maior facilidade em prover dados objetivos para estudos prospectivos. Os autores identificam, nesse momento histórico (décadas de 1980 a 2000) uma despolitização da pesquisa acadêmica nórdica em estresse laboral: este passa de questão política a questão ocupacional (VÄÄNÄNEN et al., 2012).

A *tradição da epidemiologia social*, com raízes nos Estados Unidos ainda na década de 1970, estabelece-se com a união do pensamento médico e psicológico, ligando o paradigma do estresse à pesquisa em saúde pública, e criando o campo da epidemiologia do estresse ocupacional. O estresse é visto como fator de risco que atua na causação de doenças. Os dilemas

do trabalho moderno são concebidos e vistos a partir de um enquadramento neuroendocrinológico, às vezes de maneira implícita – os estudos de Shirom podem ser incluídos nesta categoria. Mas permanece uma tensão entre epidemiologistas sociais e psicossociais mais medicamente orientados e cientistas sociais e comportamentais mais psicologicamente orientados. Tal tensão se traduz na “eterna” discussão sobre a objetividade x subjetividade das “toxinas psicossociais”, que tem impedido um consenso a respeito da natureza das causas das doenças ocupacionais (se seria o estresse “psicológico” ou as circunstâncias materiais de trabalho) (VÄÄNÄNEN et al., 2012); especificamente no campo da pesquisa em *burnout*, esse dilema se refletirá no debate acerca de controvérsias conceituais.

Por fim, a *tradição britânica* no domínio da qualidade de vida no trabalho reúne diversos programas de pesquisa sobre bem-estar no trabalho, condições de trabalho, demandas psicológicas, estresse executivo, entre outros. Sob influência da psicologia social, Tom Cox propõe o modelo transacional, em que o estresse laboral devia ser visto como “parte de um sistema complexo e dinâmico de transações entre a pessoa e o seu ambiente” (COX, 1978 apud VÄÄNÄNEN et al., 2012, p. 790). Nas décadas de 1980/90, o programa de pesquisa de Cary Cooper na *Manchester School of Management* alcança grande influência, com seu modelo das seis dimensões do estresse laboral e o desenvolvimento de indicadores de estresse (como o OSI – *Occupational Stress Indicator*). A partir do final dos anos 90, à medida que os ambientes de trabalho migravam das plantas industriais para lojas de serviços e escritórios de produção de conhecimento, houve um marcante crescimento dos modelos de estresse orientados para a prática, bem como de auditorias (*work stress audits*) e sistemas de monitoramento de estresse. Muitos programas de intervenção foram lançados. O bem-estar emocional do funcionário tornou-se uma questão nas organizações, e a saúde psicológica passou de uma questão marginal para o tópico central de interesse (VÄÄNÄNEN et al., 2012).

À medida que o interesse no estresse laboral aumenta, a pesquisa em *burnout* vai se ampliando e se sofisticando do ponto de vista metodológico. Para dar conta dessa abrangência, lança-se mão de ferramentas estatísticas mais complexas, em desenhos de estudo mais elaborados, com amostras maiores. Apesar de presentes de forma esparsa já nos anos 1980, é sobretudo a partir dos anos 2000 que cresce o número de estudos longitudinais (aqueles em que a avaliação se dá em pelo menos dois momentos distintos no tempo). A realização desse tipo de estudo, em especial os de desenho prospectivo, é considerada uma evolução importante para o estabelecimento de inferências causais apenas sugeridas pelos estudos transversais.

Outra característica dos estudos publicados nos últimos anos é a possibilidade de investigação sistemática de medidas de prevenção e tratamento de *burnout*, por meio de estudos

de intervenção. A abordagem da saúde ocupacional domina a pesquisa nesse quesito. Em geral as intervenções testadas têm foco na adoção de comportamentos ou hábitos considerados saudáveis e no estímulo a atitudes “positivas” no trabalho – representando as chamadas estratégias de manejo de estresse (AWA; PLAUMANN; WALTER, 2010).

Tais intervenções não são específicas para *burnout*, sendo classificadas como: *orientadas para o indivíduo* (terapia cognitivo-comportamental – TCC, psicoterapia, *counseling*, treinamento em habilidades de comunicação, apoio social, exercícios de relaxamento, musicoterapia etc.); *orientadas para a organização do trabalho* (técnicas de reestruturação de processo de trabalho, avaliações de desempenho, reajustamento de turnos de trabalho, avaliações do trabalho); ou *combinadas* (cujo objetivo é atuar na interface pessoa-trabalho, buscando promover um ajustamento entre o indivíduo e a organização; a pesquisa-ação participante é um exemplo desse tipo de intervenção) (AWA; PLAUMANN; WALTER, 2010; RUOTSALAINEN et al., 2008). Por sua vez, a reabilitação profissional é considerada uma estratégia de tratamento cujo objetivo principal é manter/aumentar a capacidade laborativa, prevenindo seu prejuízo futuro (HÄTINEN et al., 2009). O foco da reabilitação costuma ser no nível individual – por meio do aumento da resistência individual aos estressores ocupacionais.

De modo geral, os estudos que investigam a eficácia dessas intervenções (inespecíficas) sobre o *burnout* (especificamente) encontram redução em seus níveis. Porém, em muitos casos apenas a dimensão Exaustão é utilizada como medida de *burnout* (GÜNÜSEN; ÜSTÜN, 2010; AWA; PLAUMANN; WALTER, 2010; RUOTSALAINEN et al., 2008).

No curto prazo, as diferentes estratégias de manejo de estresse se equivalem quanto à eficácia. Curiosamente, nos estudos que utilizaram grupos controle, observou-se que o efeito das intervenções não superou o das “medidas usuais de cuidado” (*care as usual*) (STENLUND et al., 2009; PETERSON et al., 2008). Dados de duas revisões sistemáticas (AWA; PLAUMANN; WALTER, 2010; RUOTSALAINEN et al., 2008) indicaram que, apesar de eficazes, os efeitos dos tratamentos não se mantiveram por muito tempo (durando, em média, seis meses a um ano). Nos estudos em que foram detectadas maiores durações de efeito, houve sessões de reforço. As intervenções organizacionais e as combinadas produziram efeitos mais duradouros do que as intervenções individuais.

Já outros estudos parecem indicar uma leve vantagem para a TCC; esta teria efeito mais lento, porém mais duradouro. Stenlund, Nordin e Järholm (2012) compararam dois programas de reabilitação: o programa A consistiu de sessões de TCC mais Qigong (técnica oriunda da medicina tradicional chinesa); no programa B, apenas o Qigong foi oferecido. Após três anos, os pacientes do grupo A reportaram menos *burnout* em relação ao grupo B; não houve diferença

nas taxas de absenteísmo entre os grupos, tendo ambos melhorado nesse sentido. Os autores sugerem que é preciso um tempo maior para que os pacientes implementem as ferramentas cognitivas e estabeleçam novos comportamentos.

Em suma, basicamente o que se pode ver é que qualquer intervenção (mesmo uma intervenção “placebo”) é capaz de reduzir o *burnout* (ou pelo menos a exaustão), mas os efeitos são temporários. Além disso, a melhora sintomática, embora estatisticamente significativa, é de pequena monta, como mostra o artigo de De Vente et al. (2008): neste estudo caso-controle que avaliou uma intervenção baseada em TCC quanto aos níveis de *burnout* e de absenteísmo, não houve diferenças significativas de efeito – nem quanto ao *burnout* (que, apesar de menos intenso, continuou alto), nem quanto ao absenteísmo – entre o grupo que recebeu a intervenção e o grupo controle, tendo havido melhora em ambos os grupos.

Há poucos estudos avaliando a melhora em termos de parâmetros de desempenho (taxas de licenças médicas ou de retorno ao trabalho, graus de incapacidade laborativa); os poucos resultados disponíveis indicam que as intervenções não produzem efeito significativo (GROSSI; SANTELL, 2009).

1.3 Um conceito em transformação

Embora possamos identificar tendências gerais, é importante ressaltar que a trajetória conceitual do *burnout* não tem ocorrido de maneira homogênea. Por exemplo, as modificações de seu conceito não permaneceram restritas às reformulações do MBI: conceitos alternativos (com suas respectivas escalas) têm sido propostos ao longo do tempo, tanto com o objetivo de, simplesmente, oferecer distintas concepções do fenômeno, quanto como tentativas de corrigir/substituir a noção dominante de Maslach e colaboradores (considerada frágil do ponto de vista teórico-metodológico por alguns pesquisadores). Entre as contribuições mais relevantes, podemos citar as de Pines e Aronson (1981), Shirom e Melamed (SHIROM, 1989), Demerouti et al. (2003) e Kristensen et al. (2005) (Quadro 1).

A controvérsia envolvendo o conceito de *burnout* pode ser resumida em duas grandes questões, apresentadas em um número especial de 2005 do periódico *Work & Stress* inteiramente dedicado ao tema:

- a) *Burnout* se restringe à dimensão da exaustão?
- b) *Burnout* se dá especificamente no contexto do trabalho?

A primeira questão baseia-se no relativo consenso em se considerar a característica da exaustão como o núcleo do fenômeno. A preponderância deste componente tem levado alguns autores a indagar se não seria o caso de restringir o conceito a esta dimensão (SHIROM, 2003). Outros pesquisadores preferem classificar como *burnout* apenas os casos em que ocorre a presença conjunta das dimensões Exaustão e Despersonalização/Cinismo, argumentando que esta última seria inclusive a sua dimensão mais específica, já que, sem ela, não haveria como diferenciar o *burnout* de um quadro de fadiga prolongada (SONNENTAG, 2005). Por outro lado, a baixa Realização Pessoal/Eficácia tende a ser deixada de lado como componente da síndrome, sendo considerada mais como uma consequência de *burnout* (DEMEROUTI et al., 2003).

Quadro 1 – Conceitos alternativos de *burnout*

| Autores | Definição | Instrumento | Referencial teórico |
|---------------------------------|--|---|--|
| Pines e Aronson (1981) | -estado de exaustão física, emocional e mental causado por envolvimento de longo prazo em situações de alta demanda emocional -não restrito ao contexto ocupacional | BM (<i>Burnout Measure</i>) | Teoria existencial |
| Shirom e Melamed (SHIROM, 1989) | -estado afetivo singular caracterizado pela sensação de perda de energia física, mental e cognitiva, que ocorre como reação ao estresse crônico -mais comum no contexto ocupacional -dimensões: fadiga física, exaustão emocional e desgaste cognitivo | SMBM (<i>Shirom-Melamed Burnout Measure</i>) | Teoria da conservação de recursos (COR theory) |
| Demerouti et al. (2003) | -reação psicológica ao estresse crônico ocupacional -dimensões: exaustão e desengajamento -relação é com o trabalho em si, considerado como qualquer atividade coercitiva análoga (estudo, por exemplo) | OLBI (<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>) | Modelo demandas-recursos |
| Kristensen et al. (2005) | -resume-se à fadiga/exaustão, que é atribuída pelo indivíduo a determinado aspecto de sua vida -contextos: pessoal (fadiga genérica), ligado ao trabalho (à atividade em si), ligado ao cliente (a pessoas; análogos: aluno, cônjuge, filhos etc.) | CBI (<i>Copenhagen Burnout Inventory</i>) | Mecanismo de atribuição causal |

Fonte: A autora, 2017.

A segunda questão – se o *burnout* é estritamente relacionado ao trabalho ou pode ocorrer em outras áreas da vida – justifica-se com base no seguinte raciocínio: considerando-se que o *burnout* consiste numa resposta ao estresse crônico, não importaria, na verdade, o contexto

deste estresse crônico. Esta linha de pensamento prioriza a resposta fisiológica de estresse; porém paradoxalmente, como consequência, temos que, quanto mais abrangente a definição de *burnout* (quanto menos ligado ao trabalho), mais próximo ao conceito de fadiga “comum” ele se torna. Contrários a esta perspectiva, Schaufeli e Taris (2005) apontam a importância de manter o conceito como associado, se não ao trabalho *stricto sensu*, a atividades análogas ao trabalho, definidas como todas aquelas atividades estruturadas, de natureza coercitiva, e dirigida a objetivos específicos. Ou seja, atividades que, de um ponto de vista psicológico, são similares ao trabalho (por exemplo: estudo, o cuidado a familiares doentes, treinamento de atletas).

A controvérsia em relação ao conceito estende-se ao *status* nosológico do *burnout*. Em geral, lida-se com ele de maneira análoga a uma doença: é “diagnosticado” por meio de um inventário de “sintomas” (o MBI), e tratado por meio de psicoterapia e até medicamentos, dependendo da intensidade destes sintomas. O grau de “medicalização”, entretanto, varia de país para país. Como vimos, em alguns países ele foi instituído como diagnóstico oficial, enquanto que em outros, ele “permanece” como problema psicológico. A discussão sobre a medicalização/psicologização do *burnout* será retomada mais adiante.

1.4 A virada rumo ao engajamento

Por fim, uma importante tendência de reformulação do conceito de *burnout* começa a acontecer ainda em fins da década de 1990, quando ele é redefinido como sendo a *erosão do engajamento no trabalho* (MASLACH; LEITER, 1997; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI, LEITER; MASLACH, 2009).

Partindo agora da ideia de um *continuum burnout-engajamento*, e acompanhando o que seria uma mudança com relação ao enfoque tradicional da psicologia (que olharia mais para os estados “negativos” – déficits, problemas – do que para os “positivos” – forças, funcionamento ótimo) – mudança refletida na emergência do ramo da “Psicologia Positiva” (SCHAUFELI, LEITER; MASLACH, 2009) –, Maslach e Leiter (1997) propõem então considerar o *burnout* como a antítese do engajamento: a dimensão exaustão oposto-se a “energia”; a despersonalização oposto-se a “envolvimento”; e a ineficácia, oposta à “eficácia”. O conceito de engajamento seria diferente de outros constructos da psicologia organizacional tais como comprometimento organizacional, satisfação no trabalho e envolvimento no trabalho, na

medida em que se referiria mais especificamente à relação do indivíduo com o trabalho em si (e não com a organização, como ocorre com esses outros constructos).

A medição do engajamento poderia ser feita simplesmente pela leitura reversa dos resultados do MBI (baixos níveis de exaustão e de cinismo, mais alta eficácia), ou, como propõe Schaufeli et al. (2002; SCHAUFELI, LEITER; MASLACH, 2009), por uma escala independente. A UWES (*Utrecht Work Engagement Scale*) também avalia três dimensões, denominadas: vigor (referindo-se a altos níveis de energia e resiliência mental, vontade de investir esforços no próprio trabalho, capacidade de não se sentir cansado facilmente e persistência frente às dificuldades), dedicação (forte envolvimento com o próprio trabalho, acompanhado de sentimentos de entusiasmo, significância, orgulho e inspiração) e absorção (no sentido de absorvimento, de estar absorto; refere-se a um estado prazeroso de total imersão no trabalho, caracterizado pela sensação de que o tempo passa rápido e pela incapacidade de se desligar do trabalho) (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SCHAUFELI et al., 2002; SCHAUFELI, LEITER; MASLACH, 2009).

Pode-se pensar nessa nova forma de conceber o fenômeno como uma derradeira frente de expansão conceitual. Ela amplia o escopo da prevenção e do tratamento do *burnout*, ao fazer destes não só uma estratégia para impedir ou combater um problema psicológico (o que seria a finalidade esperada ou “convencional” de uma intervenção terapêutica), como também – e sobretudo – uma estratégia para “construir engajamento” (algo que ultrapassa o âmbito convencional de um tratamento). Estratégia tornada quase incontornável, pois qualquer “sinal precoce” de *burnout* passa a significar automaticamente a necessidade de aumentar o engajamento profissional. Digamos que isso medicaliza/psicologiza a motivação, no melhor sentido proposto por Peter Conrad (2005; 2007), a saber: o de condições previamente fora da alçada médica que passam a ser vistas como tratáveis clinicamente. Legitima-se assim a intervenção médico-psicológica sobre o comportamento. Nas palavras dos pesquisadores:

Em vez de apenas “fazer o seu trabalho”, espera-se que os funcionários “vão além”. Então, para as organizações de hoje, a *prevenção do burnout é substituída pela promoção do engajamento*. Não basta prevenir o *burnout*, é necessário ir além para fomentar o engajamento no trabalho. (SCHAUFELI, LEITER; MASLACH, 2009, p. 216, grifo e tradução nossos)¹³

¹³ No original: “Instead of just ‘doing one’s job,’ employees are expected ‘to go the extra mile’. So for today’s organizations burnout prevention is replaced by the promotion of work engagement. Preventing burnout is not enough, it is necessary to go further to foster work engagement.”

A questão do engajamento será discutida, ao longo da tese, com base, principalmente, na ideia de transformações do espírito do capitalismo (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011). Alguns elementos desta discussão podem, entretanto, já ser adiantados.

Schaufeli, Leiter e Maslach (2009) apontam o crescente interesse científico na questão do engajamento no trabalho como uma tendência na atualidade. Embora se possa discutir a novidade desse interesse científico (dado que ele esteve presente desde, pelo menos, a origem da Medicina/Psicologia do Trabalho), é interessante notar que ele ocorre em um momento em que a capacidade mobilizadora do espírito do capitalismo estaria mais fraca. De acordo com Boltanski e Chiapello (2011), o atual momento do espírito do capitalismo não tem sido capaz de prover, como antes, justificativas morais suficientes (em termos de autonomia, mas sobretudo de justiça e de segurança) para manter as pessoas engajadas ao sistema – e ao trabalho.

Hoje, os argumentos mais sedutores se voltam à autorrealização. O trabalho passa a ser visto então como o meio, por excelência, pelo qual será possível ao indivíduo desenvolver plenamente suas capacidades – e cada vez mais, esse desenvolvimento pessoal dependerá da orientação de um *coach* (espécie de treinador de habilidades pessoais). De certa forma, o que se constituía como um conjunto de normas a guiar o comportamento, baseadas em valores, ou seja, o que era “apenas” uma ética (*ethos*) passa a ser, a partir dessa nova necessidade de “acompanhamento psicológico” pelos *coaches*, uma verdadeira terapêutica (SILVA, 1999): um reflexo da psicologização.

2 **BURNOUT, TRABALHO E SAÚDE/DOENÇA: CAMPOS DE CONHECIMENTO E REFLEXOS NA PRÁTICA CLÍNICA**

No meio acadêmico, um dos principais debates a respeito deste fenômeno é: trata-se de uma questão eminentemente social ou de um problema médico “de fato”?

Para alguns pesquisadores, o conceito de *burnout* se justifica pela sua capacidade de reunir, em uma só rubrica, o conjunto dos efeitos dos chamados estressores ambientais (cuja principal fonte seria o ambiente de trabalho) sobre o organismo individual. Nessa perspectiva, o *burnout* pode ser compreendido como um fator de risco para adoecimento, ou uma forma particular do adoecimento em si, com origem intrinsecamente ligada ao estresse (MELAMED et al., 2006a).

O entendimento de um fenômeno como o *burnout* depende muito das concepções de saúde e doença adotadas, o que nos remete ao tema das relações entre trabalho, saúde e doença. Elas têm sido estudadas a partir de diferentes perspectivas teóricas. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador, passando pela Saúde Ocupacional e pela Saúde Mental, como o *burnout* está inserido nestes campos de conhecimento? E que consequências estes diferentes modos de compreensão têm sobre as práticas em saúde?

Desde uma perspectiva médica “tradicional”, os dois únicos pontos onde os temas *trabalho e saúde/doença* se cruzam parecem ser: a questão da *etiologia* da doença (no caso das doenças relacionadas ao trabalho) e a da *incapacidade* (laborativa). Talvez muito em função disso, no Brasil, a medicina seja chamada a atuar basicamente através dos médicos do trabalho – nas empresas, por exemplo – e dos médicos-peritos – previdenciários ou judiciais.

Tomemos as classificações psiquiátricas como ponto de partida para examinar as representações médico-psiquiátricas sobre a relação trabalho-saúde/doença. Particularmente no caso dos critérios para transtornos psiquiátricos, a avaliação da gravidade (e mesmo do caráter patológico) de um determinado quadro clínico muitas vezes depende da presença do chamado “critério funcional” (o denominado *impairment* – disfunção/prejuízo, ou a interferência nas atividades cotidianas), que inclui o trabalho como um dos principais *settings* onde se pode observar o desempenho e o comportamento do indivíduo.

Segundo a CID-10 (WHO, 1992, p. 11), transtorno mental é um “conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis associados, na maior parte dos casos, com sofrimento [*distress*] e interferência com funções pessoais [*personal functions*]”. Observa-se

que desvio social ou conflito, sozinhos, sem disfunção pessoal (*personal dysfunction*), não devem ser considerados transtorno mental¹⁴.

De maneira semelhante, o DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª edição revisada) define transtorno mental como

síndrome ou padrão psicológico ou comportamental clinicamente significativo [...] associado à presença de sofrimento [...] ou incapacidade [*disability*] (i.e., prejuízo [*impairment*] em uma ou mais áreas de funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou importante perda de liberdade. Além disso, a síndrome [...] não deve ser meramente uma resposta esperada e sancionada culturalmente a um evento particular, [devendo consistir em] manifestação de disfunção [*dysfunction*] biológica, psicológica ou comportamental individual. Nem comportamento desviante [...] nem conflitos primariamente entre indivíduo e sociedade são doenças mentais, a menos que o desvio ou conflito seja um sintoma de uma disfunção conforme descrito acima [...]" (SADOCK; SADOCK, 2003, p. 293)¹⁵

A julgar pelos critérios diagnósticos presentes nas classificações¹⁶, poderíamos dizer que o conceito de saúde implícito nelas faz do trabalho – ou melhor, da *capacidade para o trabalho* – um índice de saúde: se a pessoa consegue “funcionar” (= trabalhar) significa que não está doente. Ao contrário, se a pessoa não consegue “funcionar” adequadamente, este é um critério indicativo de patologia.

No entanto, tanto no DSM-IV quanto na CID-10, o trabalho aparece nomeadamente sempre no eixo dos fatores psicossociais e ambientais, importantes (porque contributivos) *mas não necessários ao diagnóstico de doença*. Ou seja, “apenas” como fator de risco. Como entender tal contradição?

¹⁴ Trecho completo em inglês: “‘Disorder’ is not an exact term, but it is used here to imply the existence of a clinically recognizable set of symptoms or behaviour associated in most cases with distress and with interference with personal functions. Social deviance or conflict alone, without personal dysfunction, should not be included in mental disorder as defined here.”

¹⁵ Trecho completo em inglês: “[E]ach of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one of or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example, the death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological, or biological dysfunction in the individual. Neither deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction in the individual, as described above [...]"

¹⁶ Optei por não analisar a definição do DSM-5 porque ela é muito recente, não podendo ainda ser tomada como referência para as concepções de transtorno vigentes até o momento. CID-10 e DSM-IV são, nesse sentido, mais comparáveis. Além disso, prefiro enfatizar a CID-10, já que ela é a classificação de referência nos países onde o *burnout* tem se destacado – inclusive o Brasil – e cuja bibliografia é mais disponível.

2.1 As concepções médico-psicológicas sobre as relações saúde-trabalho

Para tentar compreender as contradições refletidas nos atuais sistemas classificatórios – e nas práticas médicas contemporâneas – será necessário retroceder no tempo, a fim de conhecer melhor a história das concepções médicas sobre as relações saúde-trabalho.

Para isso, inspirada na ideia de uma “genealogia dual” – científica e moral –, utilizada por Fassin e Rechtman (2009) para construir sua história social do conceito de trauma, partirei da consideração de que o elo entre a medicina (aqui considerada em conjunto com a psicologia) e a relação trabalho-saúde/doença é duplo: por um lado, associa-se ao desenvolvimento dos campos da Medicina do Trabalho, da Psicologia do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador; por outro lado, tem a ver com o interesse, no âmbito dos tribunais e das companhias de seguro, pelas questões relativas a indenizações por acidentes de trabalho.

É sobre estes dois eixos que apresentarei, a seguir, um breve panorama desta história.

2.1.1 Medicina do Trabalho, Psicologia do Trabalho, Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador

A preocupação da medicina com a questão das relações saúde/doença-trabalho tem raízes em um interesse social (e científico) mais amplo, cuja emergência está ligada ao advento da Revolução Industrial, em fins do século XVIII e século XIX. Segundo Lorient (2000), nessa época, são dois os fatores que movem esse interesse: 1- a preocupação do Estado com a saúde da população, vista como fonte de riqueza nacional (configurando aquilo que Michel Foucault chamou de *medicina “social”*, i.e., a medicina voltada para a vigilância da saúde das populações urbanas, controle de epidemias, registro de nascimento e causas de mortalidade)¹⁷;

¹⁷ Em *O nascimento da medicina social*, Foucault (1992) toma a medicina como atividade socialmente constituída; daí ser ela sempre uma “medicina social”. Ele apresenta as três etapas de sua formação: a medicina de Estado (modelo alemão), a medicina urbana (modelo francês) e a medicina da força de trabalho (modelo inglês). O autor chama a atenção para o fato de que a medicina da força de trabalho (ou medicina social inglesa) é a última a se desenvolver, no entanto é o modelo mais bem-sucedido e original, pois, ao articular as dimensões de assistência médica ao pobre, de controle da saúde da força de trabalho e de esquadramento geral da saúde pública, “permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais

e 2- os ideais iluministas de igualdade (na base da ideia de justiça social – distribuição equitativa das fadigas, por meio de uma divisão do trabalho mais equilibrada) e liberdade (modelo do trabalho livre e assalariado, em que a capacidade de trabalho é a única possessão e segurança do indivíduo), além de uma maior atenção ao corpo (devida não apenas à “descoberta” do indivíduo como também aos melhoramentos do estado de saúde). A fadiga no trabalho passa, então, a ser alvo de atenção.

Essa medicina social (que configurará, mais tarde, o campo da Saúde Pública/Medicina Preventiva) tratará, portanto, do impacto do capitalismo e da Revolução Industrial sobre a saúde das populações urbanas que acorrem ao trabalho nas fábricas (LACAZ, 1996). Ao Estado cabe o papel de proteger e promover a saúde dos cidadãos – ainda que, num primeiro momento, o alvo da ação estatal não tenha sido especificamente a fadiga operária: na França (e no Brasil)¹⁸, a princípio privilegiou-se a ideia do ambiente urbano (as cidades) como fonte primária de adoecimento (modelo da medicina social urbana) (LORIOU, 2000); e mesmo no Reino Unido, considerado pioneiro em matéria de “medicina industrial”, a intervenção estatal dentro das fábricas não se faz senão com alguma relutância (a Lei das Fábricas, que visava à proteção da saúde dos operários, só foi aprovada mediante forte pressão da opinião pública) (LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Vale observar que, no século XIX, é essa medicina “social”, calcada no modelo bacteriológico (cujo princípio é o de que cada doença é causada por um agente específico) – base também da ideia, posteriormente consolidada, de doença causada pela exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, específicos de cada ocupação –, que vai fundamentar o desenvolvimento dos dois enfoques principais da medicina à questão saúde-trabalho: a Medicina Legal (que se ocupará de identificar o nexo de causalidade entre os riscos – agentes – e doenças ou acidentes específicos) e a Higiene (ocupada em prevenir tais doenças, pelo controle da exposição a tais fatores) (LACAZ, 1996).

A *Medicina do Trabalho* se constitui como especialidade nessa época (data de 1830 o primeiro serviço de medicina do trabalho, criado na Inglaterra por Robert Baker), caracterizada

como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la” (FOUCAULT, 1992, p.97).

¹⁸ No Brasil, o interesse original da medicina ainda não tinha a ver com a industrialização (que só ocorreu no início do século XX). O interesse inicial (terceira década do século XIX) era no controle da saúde da população urbana, de acordo com o modelo francês da medicina social urbana: as cidades é que eram vistas como a causa primordial de adoecimento (não o trabalho). Dominavam a era bacteriológica e os princípios higienistas. Aplicados à fábrica, tais princípios irão conformar, anos depois, a Higiene Industrial (sob a influência teórica dos sanitaristas norte-americanos), marcada pelo viés preventivo, por meio da seleção dos mais aptos de acordo com a “vocação” (LACAZ, 1996).

pelas pesquisas em *psicofisiologia do trabalho*, cujo objetivo é o de fundar uma verdadeira ciência da fadiga (industrial). Autores de destaque são Angelo Mosso (com *A fadiga intelectual e física*, de 1895), Étienne-Jules Marey (com a ideia da homologia homem-máquina e a técnica da cronofotografia no estudo do movimento, em 1878), Jules Amar (e sua “lei do menor esforço”, em 1913), além dos precursores Coulomb e Lavoisier (LORIOLO, 2000).

O princípio que orienta a medicina nesse momento é o do uso racional do corpo humano com o objetivo de manter a produtividade; o foco é na prevenção aos riscos e condições danosas à saúde que possam afetar a capacidade produtiva. O principal recurso de intervenção preventiva é a seleção profissional (adaptar o homem ao seu trabalho), atividade do âmbito da psicotécnica¹⁹. Para Mendes e Dias (1991), tanto a ideia da “adaptação” do trabalhador ao trabalho quanto a da “manutenção da saúde” refletiriam

[...] a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia. No campo das ciências da administração, o mecanicismo vai sustentar o desenvolvimento da “Administração Científica do Trabalho”, onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, encontram na medicina do trabalho uma aliada para a perseguição do seu “telos” último: a *produtividade*. (MENDES; DIAS, 1991, p. 343, grifo dos autores)

Pode-se dizer que a citada “organização científica do trabalho”²⁰ contou não só com a Medicina do Trabalho, mas também com a nascente Psicologia Industrial – um ramo da Psicologia do Trabalho²¹ –, para legitimar-se como teoria científica. Dessa forma, assim como a psicofisiologia da fadiga “original” (a de Mosso e Marey),

[...] a psicologia do trabalho surge no afã de contribuir para o avanço das atividades econômico-produtivas minimizando as fadigas e extraíndo o máximo das capacidades

¹⁹ Denomina-se Psicotécnica ao conjunto de técnicas de seleção e adaptação profissional dos trabalhadores (SATO; BERNARDO, 2005). Ancorada nas ciências do comportamento (LACAZ, 1996), é considerada uma das primeiras expressões da Psicologia do Trabalho aplicada (LEÃO, 2012).

²⁰ Também conhecida como “taylorismo”, é definida como uma “corrente administrativa iniciada [na primeira década do século XX] p[elo engenheiro norte-americano Frederick] Taylor e que enfatiza a administração das tarefas, isto é, focaliza a racionalização do trabalho operário, a padronização e o estabelecimento de princípios básicos de organização racional do trabalho” (CHIAVENATO, 2003, p. 76). Fundamenta-se “na análise do trabalho operário, no estudo dos tempos e movimentos, na fragmentação das tarefas e na especialização do trabalhador [, objetivando] a eliminação do desperdício, da ociosidade operária e a redução dos custos de produção” (CHIAVENATO, 2003, p. 74). O grande mérito de Taylor teria sido conseguir sintetizar uma série de ideias sobre gerência já circulantes há muito tempo nos Estados Unidos e na Inglaterra (LEÃO, 2012).

²¹ A Psicologia do Trabalho é entendida como um campo multi e interdisciplinar, caracterizado pela pluralidade de orientações teórico-metodológicas, cujo objeto são os fenômenos relativos aos processos organizacionais e do trabalho enquanto fazer humano (i.e., o universo do trabalho e das organizações). Sob a denominação genérica de Psicologia do Trabalho encontram-se: psicologia organizacional e do trabalho, clínica do trabalho, comportamento organizacional, psicologia aplicada ao trabalho, entre outras (LEÃO, 2012). Alguns autores, entretanto, reservam o nome Psicologia do Trabalho para a corrente fundada pelos psiquiatras Paul Sivadon e Louis Le Guillant na França dos anos 1950, também conhecida como psicopatologia do trabalho ou análise (psicológica) do trabalho (SOUZA; ATHAYDE, 2006).

humanas, de acordo com os pressupostos do pragmatismo e da noção de trabalho assalariado (LEÃO, 2012, p. 296).

O estudo da fadiga industrial, iniciado por Hugo Münsterberg em 1913, se desenvolve especialmente após a I Guerra, com a criação, na Inglaterra, do *Industrial Fatigue Research Board*. Também nos Estados Unidos, cria-se uma subcomissão para a Fadiga Industrial dentro do Conselho Nacional de Defesa. Tais iniciativas representam uma divergência com relação à psicofisiologia tradicional (a essa altura reconhecidamente limitada, em termos metodológicos, para explicar a fadiga subjetiva²²), na medida em que se constitui numa psicofisiologia aplicada e experimental (mais pragmática, portanto, de acordo com as necessidades econômicas do pós-I Guerra). Estudos baseados na análise quantitativa e serial de acidentes de trabalho, o estudo dos “tempos perdidos”, dos acidentes “evitáveis e inevitáveis”, compunham de agora em diante os trabalhos de psicofisiologia experimental (LORIOLO, 2000).

Ao longo das duas décadas seguintes, destacam-se os experimentos de Elton Mayo nos Estados Unidos (*Harvard Fatigue Laboratory*, anos 1930) e os de Eric Trist na Inglaterra (Instituto Tavistock, 1946), pertencentes à chamada *escola das relações humanas*²³. Eles se revelarão importantes na futura transição da psicologia industrial a psicologia organizacional.

Após a II Guerra, a Medicina do Trabalho acaba por ser inserida no campo mais abrangente da *Saúde Ocupacional*. O surgimento de novas tecnologias altera os processos de trabalho, tornando as relações saúde-trabalho mais complexas. Além disso, a necessidade de uma rápida reconstrução após a guerra – reconstrução esta baseada na indústria – e a limitação da Medicina do Trabalho em atender esta demanda (de saúde) levam a uma nova abordagem, racional e “científica” (MENDES; DIAS, 1991). Amplia-se a atuação médica sobre o

²² Tal limitação é expressa como uma crítica ao taylorismo pela sua incapacidade de considerar o aspecto “mental” do trabalhador, sendo encontrada em autores como: Jean-Maurice Lahy (em 1916), que, ao enfatizar o componente mental do trabalho manual, alerta para o necessário reconhecimento aos períodos de descanso como essencial à produtividade (coisa que o taylorismo não observaria); Charles Myers (em 1921), que defende a ideia de que a fadiga nervosa é provocada pelo ritmo rápido da atividade, mais do que pelo dispêndio de energia; e Henri Wallon (anos 1930), que, com a noção de carga mental, denuncia o excesso da organização taylorista, que teria feito que o trabalho mental ultrapassasse o físico como característico do trabalho industrial (LORIOLO, 2000).

²³ Coordenada por Elton Mayo entre 1927 e 1932, a experiência de Hawthorne integrou as pesquisas do *Harvard Fatigue Laboratory* realizadas na empresa *Western Electric*. Ao demonstrar que as relações sociais entre os trabalhadores são fatores-chave para a produtividade, suas conclusões, aliadas aos estudos de Eric Trist, deram origem à teoria das relações humanas: corrente administrativa que enfatiza as pessoas, os grupos e a organização informal em contraposição aos pressupostos formais da teoria clássica (da organização científica do trabalho) (CHIAVENATO, 2003; LEÃO, 2012). Embora nascida nos anos 30, a influência da escola das relações humanas, fora dos Estados Unidos, só vai se manifestar plenamente após a II Guerra.

trabalhador por meio da intervenção sobre o ambiente, com o instrumental oferecido por outras disciplinas e outras profissões:

A “Saúde Ocupacional” surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na higiene “industrial”, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países “industrializados” (MENDES; DIAS, 1991, p. 343).

Centrada na intervenção médica (apesar do viés multiprofissional) sobre o ambiente de trabalho com o objetivo de controlar riscos, a Saúde Ocupacional aproxima-se do enfoque da saúde pública ou saúde ambiental (desenvolvida nas escolas norte-americanas de Harvard, Michigan e Johns Hopkins) (LACAZ 1996; MENDES; DIAS, 1991). Baseada na Higiene Industrial, fundamenta-se no modelo da história natural da doença, que entende o adoecimento como resultante da interação constante entre agente, hospedeiro e ambiente, dentro de uma teoria de multicausalidade. Com isso, procura expandir e se diferenciar do enfoque da Medicina do Trabalho, considerado limitado pela ideia de unicausalidade (para cada doença, uma causa específica).

Porém, para vários autores, a Saúde Ocupacional não pode ser separada da Medicina do Trabalho, já que ambas compartilham a mesma “visão de mundo”, situada na Clínica e na Medicina Preventiva/Epidemiologia: permanece a orientação biologizante, evidenciada nas ideias de história natural da doença, agora transposta para a análise das doenças e acidentes do trabalho mediante o uso da tríade “agente-hospedeiro-ambiente”; de limite de tolerância (apropriada da Toxicologia e da Higiene industrial); e de adaptação (Ergonomia). Sobretudo, Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional veem a saúde como fator de produção (LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nesse movimento de expansão da Medicina do Trabalho a Saúde Ocupacional, com a entrada de novas disciplinas no campo, emerge a *Psicologia Organizacional*. Diferentemente da psicologia industrial, que aborda os problemas do trabalho sob a perspectiva do comportamento individual, a psicologia organizacional parte da categoria “organização” enquanto “sistema social complexo”, entendida “para além da esfera industrial, compreendendo variados tipos de ambientes como hospitais, sindicatos, organizações do terceiro setor – por isso denominada de psicologia organizacional” (LEÃO, 2012, p. 296). É marcadamente influenciada pelas ciências sociais e pela psicologia social, o que se traduz em novos conceitos (papel social, cultura, classe) e métodos (entrevistas, questionários, etc.), dentro de uma abordagem multicausal dos fenômenos. Tributária da escola de relações humanas, sua ênfase é, portanto, nas relações. Corresponde em grande medida à tradição social psicológica norte-

americana da pesquisa em estresse laboral, de enfoque comportamental, sociocognitivo, objetivando principalmente conciliar as necessidades individuais com as exigências da organização.

Na França do pós-guerra, sob a vigência do plano Marshall, a introdução dos métodos de gestão americanos fundados na escola das relações humanas gera uma divisão: ao lado dos desenvolvimentos da psicologia organizacional, surge também um movimento de oposição a esta abordagem, denominado *Psicopatologia do Trabalho* (LORIOU, 2000).

A chamada psicopatologia do trabalho ou análise (psicológica) do trabalho nasce então na França, nos anos 1950, tendo como fundadores os psiquiatras Louis Le Guillant e Paul Sivadon. Criada como crítica à psicotécnica (modalidade de Psicologia do Trabalho então predominante na França), sob a influência do marxismo e da Psiquiatria Social, sua ênfase é na preeminência dos fatores “objetivos”, materiais, sociais, na determinação dos problemas individuais (sociogênese das doenças mentais). Ligada aos sindicatos, tem entre suas principais obras: “A neurose das telefonistas” (1956) e “As neuroses dos mecanógrafos” (1957, em coautoria com Jean Bégoïn) (SOUZA; ATHAYDE, 2006). Nestes autores, prevalece a ideia de que são as condições de trabalho, e não as características pessoais dos trabalhadores, que estão na origem dos problemas de “fadiga nervosa”. A proposta de um quadro de doenças profissionais surge nesse contexto, porém acaba por não ser aceita. Tal enfoque constituiria uma exceção ao pensamento dominante da época (LORIOU, 2012).

Metodologicamente, Le Guillant recorre à teoria pavloviana dos reflexos condicionados, na tentativa de obter rigor científico em suas pesquisas, obedecendo aos pressupostos da chamada ciência soviética (dada sua ligação ao Partido Comunista Francês). Com o tempo, porém, em vista das limitações impostas por tal enquadramento metodológico, ele volta-se para a fenomenologia, mais capaz de oferecer elementos para a compreensão psicopatológica. Em um importante estudo com empregadas domésticas publicado em 1963, utiliza-se da abordagem de Karl Jaspers. O elemento novo é a consideração conjunta dos fatores objetivos e subjetivos para a análise psicopatológica. Mais tarde, essa perspectiva influenciará, junto com a crescente atenção aos conceitos psicanalíticos, a corrente da psicodinâmica do trabalho (SOUZA; ATHAYDE, 2006).

A partir da década de 1960, impulsionada pelas novas ideias de participação social, direitos, contestação das instituições, além de mudanças econômicas e políticas (tecnológicas, expansão das indústrias multinacionais), ganham força as críticas à Medicina do Trabalho/Saúde Ocupacional. Com isso, começa a se desenvolver uma nova abordagem das relações saúde-trabalho, baseada no *modelo de determinação social do processo saúde-doença*,

em que o trabalho ocupa posição central. Nasce o campo da *Saúde do Trabalhador*. Constituído no espaço da saúde pública (mas também no da saúde coletiva – caso do Brasil), tem como foco o estudo dos processos de trabalho²⁴, além do objetivo de aumentar a participação dos trabalhadores no controle sobre as condições e o ambiente de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Ao lado dessa abordagem, também a psicopatologia do trabalho ressurgiu na década de 1970 (após período de retraimento nos anos 1960), tendo Christophe Dejours como principal representante. A questão de pesquisa se inverte: em vez de tentar identificar doenças mentais causadas pelo trabalho, a pergunta passa a ser como os trabalhadores conseguem, em sua maioria, preservar seu equilíbrio psíquico e permanecer na normalidade, apesar das exigências da situação de trabalho. Uma das consequências desta mudança de enfoque foi a mudança do nome desta disciplina para *Psicodinâmica do Trabalho* (JARDIM; SILVA-FILHO, 2001). De viés social, outras influências do campo são a ergonomia situada²⁵ (na França) e o Modelo Operário Italiano²⁶ (NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004).

No Brasil, a *Saúde do Trabalhador* emerge nos anos 1980, no contexto da transição democrática. Propondo a inclusão das ciências sociais na interpretação das relações saúde-trabalho, é fortemente influenciada pela Medicina Social Latino-Americana e pela Saúde Coletiva (LACAZ, 1996; JARDIM; SILVA-FILHO, 2001). Dentro deste campo, desenvolve-se também a área da Saúde Mental e Trabalho, cujas três dimensões principais no estudo dos processos saúde/doença mental são: interdisciplinaridade; centralidade do trabalho como objeto de análise; e ética na pesquisa e nas práticas em saúde – significando que

²⁴ “Processo de trabalho” aqui refere-se a uma categoria marxista. Segundo Marx (1996), o trabalho é um processo em que o ser humano age sobre a natureza externa, modificando-a, e, ao fazer isso, modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Trata-se de uma ação essencialmente humana, porque só o homem é capaz de projetar, imaginar, aquilo que vai construir, de modo a imprimir ao material o seu objetivo, e atuar conforme este projeto; o trabalho é, portanto, um ato de vontade. O processo de trabalho é constituído de três componentes: a atividade destinada a um fim, i.e., o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, ou o objeto do trabalho; e os meios ou instrumentos de trabalho.

²⁵ A ergonomia situada considera, além do trabalho formal, a defasagem entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (ou atividade). Ao colocar a tarefa em prática, o trabalhador precisa usar sua subjetividade para superar as limitações da prescrição (teórica). “O foco no trabalho real permite a visualização de uma cena laboral, isto é, a execução propriamente dita da tarefa, caracterizada por tomadas de informação, processos cognitivos mobilizados (utilização da memória, tomadas de decisão etc.), e ações e deslocamentos efetuados” (NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004, p. 22).

²⁶ Surgido na década de 1960, o Modelo Operário Italiano (MOI), cujo principal autor é Ivar Oddone, almeja uma “outra psicologia do trabalho” com ênfase na subjetividade, em que os trabalhadores são convocados a participar ativamente na transformação das suas condições de trabalho. O MOI influenciou diretamente no posterior desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, bem como, na França, das vertentes da ergologia e da clínica da atividade (NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004).

[...] princípios que ultrapassam a busca da produtividade são adotados, na medida em que os estudos se voltam para identificar todos os aspectos “adoecedores”, inclusive aqueles que possam estar servindo simultaneamente aos interesses da produção. (SELIGMANN-SILVA, 1994 apud JARDIM; SILVA-FILHO, 2001, p. 196)

As três vertentes teóricas da Saúde Mental e Trabalho são: os estudos sobre estresse/*burnout* (baseada na noção de estresse laboral, conforme discutido no capítulo anterior); a psicopatologia/psicodinâmica do trabalho (recém-apresentada); e o modelo do desgaste mental (mais diretamente referenciado ao materialismo histórico e à noção de alienação, ou perda, de elementos da subjetividade em situações de trabalho de intensa sujeição, resultando em fadiga mental e física) (NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004).

A inclusão da “saúde do trabalhador” na Lei Orgânica da Saúde (1990) é considerada um marco do desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador em nosso país (MENDES; DIAS, 1991).

2.1.2 Medicina/Psiquiatria militar e Perícia Médica

Por sua vez, a questão da incapacidade laborativa está ligada, historicamente, aos acidentes ferroviários e à medicina/psiquiatria militar.

Na segunda metade do século XIX, são os acidentes de trem que levam à conexão da clínica com questões mais “triviais” de compensação financeira (FASSIN; RECHTMAN, 2009). A correlação entre os acidentes e a ocorrência posterior de sintomas “não físicos” desperta o interesse científico na condição que será nomeada como *railway spine* (cujos sintomas eram atribuídos a microlesões da medula espinhal, resultantes do choque produzido no acidente) e que, mais tarde, será comparada à chamada neurose traumática. Mas é sobretudo por meio das avaliações por especialistas – perícias – que a clínica vai atuar efetivamente. É interessante notar que, inicialmente, a possibilidade de ser indenizado por um acidente ferroviário se restringia basicamente aos passageiros, e não aos funcionários das ferrovias (com exceção da Alemanha), porque supostamente os trabalhadores conheciam e assumiam os riscos da atividade – não sendo, portanto, consideradas “vítimas” propriamente ditas (LORIOU, 2012).

A *psiquiatria forense* exerce papel de destaque no contexto da compensação/indenização por acidentes de trabalho, marcado pelo estatuto da suspeição

(FASSIN; RECHTMAN, 2009). Como consequência da atribuição diferencial de valor entre passageiros e trabalhadores, teria sido necessário inclusive criar uma nova entidade clínica para diferenciar a neurose traumática (dos passageiros) do acometimento apresentado pelos trabalhadores das ferrovias: a *sinistrose* – inferior, moralmente, à primeira. Segundo Édouard Brissaud, seu “inventor”, tratava-se de uma “doença peculiar a trabalhadores na era industrial”, distinta da histeria e da simulação. Acometia tipicamente pessoas após acidentes de trabalho menores, caracterizando-se por uma recusa categórica a retornar ao trabalho, mesmo quando as lesões já haviam remitido, até que alguma compensação financeira tivesse sido concedida. Os sintomas (fadiga, pesadelos, pseudoparalisias, dor difusa sem base neurológica) eram similares aos da histeria e da neurose traumática. Embora Brissaud a distinguisse da neurose traumática, o pensamento dominante na época era de que tratava-se de uma variante desta, permanecendo associadas as duas entidades como “neuroses de renda”.

No domínio da *medicina/psiquiatria de guerra*, diversos combates acabaram por fornecer elementos para a futura consolidação da noção de trauma psíquico: a guerra russo-japonesa (1904-05), quando o psiquiatra alemão Georg Honigmann propõe o termo “neurose de guerra” como variante etiológica da neurose traumática; o *shell shock*, na I Guerra; as “reações de combate retardadas”, na II Guerra; a questão das sequelas psicológicas dos sobreviventes de campos de concentração; e finalmente a guerra do Vietnã, com a emergência do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (LORIOU, 2012; YOUNG, 1995).

O surgimento da categoria de transtorno de estresse pós-traumático, em 1980, é um importante marco na expansão da noção de trauma. Para Fassin e Rechtman (2009), o TEPT permitiu, pela primeira vez, separar a dimensão moral da dimensão puramente clínica, o que constituiu uma mudança de paradigma: ao ser entendido como reação normal a uma situação extraordinária, o trauma estende a possibilidade de sua ocorrência a qualquer ser humano (não apenas a uma parcela individualmente predisposta), determinando assim o fim da suspeição que o paradigma da neurose carregaria. A compensação torna-se legítima, pois ela é reivindicada “em nome desse vestígio de humanidade” presente naqueles que sofreram alguma forma de violência.

A transição de “neurose” para “estresse” traumático franqueia, portanto, o “uso civil” do conceito de trauma para a sociedade em geral – e também para os trabalhadores: esta nova concepção de vítima inclui, a partir de agora, “vítimas de atentados, [...] estupros, [...] agressão,

mas também assalariados traumatizados no âmbito de seu trabalho”²⁷ (LORIOLE, 2012, p. 127, tradução nossa).

Na França, o TEPT abriu a possibilidade de abordagem das vítimas de violência no trabalho, por meio da noção de *accidente de trabalho*. Após uma onda de assaltos a bancos, no fim da década de 1970, uma negociação entre trabalhadores do setor e instituições bancárias resultou em um acordo prevendo o reconhecimento de quadros pós-traumáticos como acidentes de trabalho. Por outro lado, a tentativa de inclusão da categoria “síndrome neuropsíquica consecutiva a uma agressão à mão armada” (correspondente, clinicamente, ao TEPT) não foi bem-sucedida, sob alegação de haver evidência insuficiente para sua caracterização como entidade clínica relacionada ao trabalho; além disso, considerou-se que a classificação como acidente de trabalho já contemplaria a questão. Apesar desse entendimento, posteriormente uma exceção foi aberta: nos casos em que fosse constatado pelo menos 25% de incapacidade laborativa seguida a um evento traumático, o trabalhador poderia postular uma avaliação ao comitê regional de reconhecimento de doenças profissionais.

Além dos bancários, mais recentemente (década de 1990) os motoristas de ônibus e os metroviários também se valeram da noção de estresse pós-traumático como acidente de trabalho para lidar com casos de agressões por usuários ou mesmo suicídio de passageiros. Em 2002, por sua vez, a lei do *assédio moral* possibilitou o reconhecimento jurídico de formas de violência não necessariamente caracterizadas como agressões físicas: o abuso verbal, por exemplo, proveniente de um colega ou superior hierárquico, passa a ser considerado potencialmente patológico. A lei está baseada sobretudo no reconhecimento da “vítima”: “É tanto a ‘vítima’ quanto o atentado à sua saúde que se quer reconhecer”²⁸ (LORIOLE, 2012, p. 129, tradução nossa).

2.2 Classificações diagnósticas atuais: transtorno mental e incapacidade

Após esta breve contextualização histórica, voltemos agora às classificações atuais.

²⁷ No original: “[...] victimes d’attentats, [...] de viols, [...] d’agression, mais aussi salariés traumatisés dans le cadre de leur travail.”

²⁸ No original: “C’est donc autant la ‘victime’ que l’on veut reconnaître que l’atteinte objective à la santé.”

No caso de um quadro clínico como o do *burnout*, em que estão presentes queixas eminentemente subjetivas, há uma complexidade adicional envolvida no problema de ele ser ou não uma “doença”: trata-se da questão da natureza dos transtornos mentais.

Como vimos, a definição de transtorno mental é bastante ampla. Por isso, no caso da CID-10, “a estrutura das categorias da CID distingue entre *transtornos* mentais e *respostas* psicológicas e emocionais a circunstâncias de vida particulares que podem ocorrer com ou sem um transtorno”²⁹ (COCHRAN et al., 2014, p. 673, grifo e tradução nossos).

2.2.1 CID-10 e a família de classificações: código Z, CIF e determinantes sociais de saúde

Ao contrário do que costumamos pensar, a CID-10 consiste não apenas em diagnósticos nosológicos (ou seja, de doenças). Como seu nome indica, CID significa “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”. A inclusão dos assim chamados “problemas” obedeceu ao princípio de *família de classificações*.

Segundo o relatório da conferência internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (realizada em 1989), ainda

[d]urante a preparação da Nona Revisão percebeu-se que a CID, por si só, não poderia abranger todas as informações necessárias e que apenas uma “família” de classificações sobre doenças e outros problemas relacionados à saúde poderia suprir as várias necessidades em saúde pública. (OMS, 2000, p. 20)

Assim, foi elaborada uma estrutura de classificação, atualmente composta por três grupos: *classificações de referência* (contendo a própria CID, a CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – e a CIPM – Classificação Internacional de Procedimentos Médicos, em desenvolvimento); *classificações derivadas* (incluindo aquelas para especialidades médicas, por exemplo); *classificações relacionadas* (para atenção primária, por exemplo) (WHO, 2005).

O objetivo da família de classificações é apresentar ferramentas de informação capazes de capturar as *dimensões centrais da saúde*: mortalidade e doença (com a CID), e incapacidade e doença (com a CIF). As classificações de referência devem cobrir os parâmetros principais

²⁹ No original: “[...] the structure of the ICD categories distinguishes between mental disorders and psychological and emotional responses to particular life circumstances that may occur with or without a disorder.”

do sistema de saúde, como morte, doença, funcionamento, incapacidade, saúde e intervenções em saúde (WHO, 2005).

Ainda durante o processo de elaboração da CID-10, ficou clara a utilidade da “ligação entre diferentes membros da família da CID na avaliação médico-social e multidimensional” (procedimento que vinha sendo empregado para a avaliação de idosos) e que

boas informações poderiam ser obtidas através do uso da CID e da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) [hoje renomeada como CIF], e especificamente através do uso de códigos do *Capítulo XXI* proposto para a Décima Revisão. (OMS, 2000, p. 22, grifo nosso)

Este último acabou incorporado definitivamente à classificação de referência (i.e., dentro da CID).

O capítulo XXI é o dos “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”, e corresponde ao *código Z*. Sobre ele, vale a pena reproduzir o que diz a CID-10:

As categorias Z00-Z99 são fornecidas para as ocasiões em que outras circunstâncias que não uma doença, um traumatismo ou uma causa externa classificáveis nas categorias A00-Y89 são registradas como “diagnósticos” ou “problemas”. Isto pode acontecer de dois modos principais:

- a) quando uma pessoa que não está doente consulta os serviços de saúde para algum propósito específico, tais como receber assistência ou serviço limitado para uma afecção atual, doar órgão ou tecido, receber imunização profilática ou *discutir um problema que não é em si uma doença ou um traumatismo*;
- b) quando alguma circunstância ou problema está presente *e influencia o estado de saúde da pessoa mas não é em si uma doença ou traumatismo atual*. Tais fatores podem ser obtidos durante inquéritos populacionais, quando a pessoa pode ou não estar atualmente doente, ou ser registrados como fator adicional a ser levado em conta quando a pessoa está recebendo cuidados para alguma doença ou traumatismo. (OMS, 2000, p. 1077, grifo nosso)

O capítulo XXI contém sete agrupamentos (Quadro 2). São exemplos de categorias: analfabetismo e baixa escolaridade (Z55.0); desemprego (Z56.0); ameaça de perda de emprego (Z56.2); habitação inadequada (Z59.1); pobreza extrema (Z59.5); viver só (Z60.2); exclusão e rejeição sociais (Z60.4); uso de tabaco (Z72.0); uso de álcool (Z72.1); falta de exercício físico (Z72.3); regime e hábitos alimentares inadequados (Z72.4); falta de repouso e de lazer (Z73.2); necessidade de assistência com cuidados pessoais (Z74.1). O *burnout* corresponde à categoria Z73.0.

Quadro 2 – Os sete agrupamentos do Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)

| Código | Descrição |
|---------------|--|
| Z00-Z13 | Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação |
| Z20-Z29 | Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com doenças transmissíveis |
| Z30-Z39 | Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas à reprodução |
| Z40-Z54 | Pessoas em contato com os serviços de saúde para cuidados e assistência à saúde específicos |
| Z55-Z65 | Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais |
| Z70-Z76 | Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias |
| Z80-Z99 | Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e certas afecções que influenciam o estado de saúde |

Fonte: OMS, 2000.

É interessante observar que o código Z pode ser utilizado tanto para codificar uma queixa endereçada ao serviço de saúde, quanto para codificar uma situação identificada pelo profissional de saúde, mesmo que não formulada diretamente pelo paciente como queixa. Essa particularidade permite estabelecer uma relação entre sofrimento psíquico e determinantes sociais (dos quais falaremos adiante), ao aproximar “medidas” de subjetividade (sofrimento) e de *status* (condições de vida).

Por sua vez, a *CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)* foi elaborada a partir da necessidade de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, i.e., o seu impacto no decorrer do tempo. Esse conhecimento é considerado importante para o planejamento das ações em saúde. Em 2001, ela substituiu a antiga Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, considerada limitada quanto à consideração de aspectos sociais e ambientais (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Assim, de acordo com o conceito de família de classificações – que entende que o diagnóstico nosológico não é capaz de, sozinho, informar sobre o nível de capacidades ou de restrições nas atividades cotidianas decorrentes da doença –, a CID deve ser usada juntamente com a CIF, de forma complementar, para descrever o estado de saúde de uma pessoa em um determinado momento.

A CIF descreve o que um indivíduo pode ou não fazer em sua vida diária, a partir da avaliação das *funções e estruturas do corpo*, do grau de *atividade/participação social* (capacidades e limitações), e dos *fatores ambientais* que facilitam ou restringem essa

atividade/participação. A funcionalidade corresponde aos aspectos positivos (o que a pessoa pode fazer), enquanto que a incapacidade designa os aspectos negativos (o que ela não pode).

A CIF pode ser usada em diferentes áreas, como saúde, educação, previdência social, medicina do trabalho, estatísticas, políticas públicas. Um exemplo é o caso da saúde ocupacional, quando há necessidade de integrar os dados de incapacidade laborativa com os de previdência. No entanto, seu uso ainda é bastante restrito, devido à complexidade de sua aplicação.

Ao reconhecer o papel central dos fatores ambientais no estado funcional dos indivíduos, a CIF pretende representar um modelo biopsicossocial (em oposição ao modelo biomédico).

Tanto o código Z quanto a CIF parecem corresponder, pelo menos em parte, aos chamados *determinantes sociais de saúde (DSS)*.

A abordagem dos determinantes sociais de saúde representa uma tentativa de sofisticar a análise epidemiológica, no sentido de buscar apreender melhor a dimensão social da saúde. Eles são definidos genericamente como as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham (SOLAR; IRWIN, 2010). De acordo com esta abordagem, considera-se que mecanismos políticos, econômicos e sociais (relativos ao contexto “macro”) dão origem a um conjunto de posições sociais (expressos por renda, ocupação, educação, classe, gênero, etnia). Tais determinantes – denominados estruturais – operam, então, por meio de um conjunto de *determinantes intermediários – os DSS –* para moldar os desfechos (*outcomes*) em saúde. Ou seja, os DSS seriam os intermediários entre as condições contextuais e os efeitos individuais.

As principais categorias de determinantes intermediários de saúde são: circunstâncias materiais (qualidade de habitação e vizinhança, potencial de consumo – por exemplo, os meios financeiros para comprar comida saudável, roupas etc. – e o ambiente físico de trabalho); circunstâncias psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias e relações de vida estressantes, apoio social e estilos de *coping* – ou sua falta); fatores biológicos e/ou comportamentais (nutrição, atividade física, consumo de tabaco e álcool, que são distribuídos diferentemente entre diferentes grupos sociais, além de fatores genéticos); e o próprio sistema de saúde enquanto determinante social (SOLAR; IRWIN, 2010).

2.2.2 O burnout na CID-10

Como o *burnout* está inserido na CID-10?

Sua posição dentro do capítulo XXI demonstra que o *burnout* é considerado um problema de saúde, diferindo, portanto, de uma doença ou transtorno.³⁰

Como vimos, o capítulo XXI contém sete agrupamentos. Para nosso objetivo, interessam-nos apenas os grupos Z55-Z65 (Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais) – que incluem os chamados fatores de risco de natureza ocupacional – e Z70-Z76 (Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias) – ao qual pertence o *burnout* (ver ANEXO para um esquema geral do capítulo XXI).

Dentro do grupo Z55-Z65, a categoria Z56 corresponde a “Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego”, e está composta por oito subcategorias:

- Z56.0 Desemprego, não especificado
- Z56.1 Mudança de emprego
- Z56.2 Ameaça de perda de emprego
- Z56.3 Ritmo de trabalho penoso
- Z56.4 Desacordo com patrão e colegas de trabalho
- Z56.5 Má adaptação ao trabalho (condições difíceis de trabalho)
- Z56.6 Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho
- Z56.7 Outros problemas não especificados relacionados com o emprego

Já a categoria Z57 refere-se à “Exposição ocupacional a fatores de risco”, e inclui dez subcategorias:

- Z57.0 Exposição ocupacional ao ruído
- Z57.1 Exposição ocupacional à radiação
- Z57.2 Exposição ocupacional à poeira (pó)
- Z57.3 Exposição ocupacional a outros contaminantes do ar
- Z57.4 Exposição ocupacional a agentes tóxicos na agricultura
- Z57.5 Exposição ocupacional a agentes tóxicos em outras indústrias
- Z57.6 Exposição ocupacional a temperaturas extremas
- Z57.7 Exposição ocupacional à vibração
- Z57.8 Exposição ocupacional a outros fatores de risco

³⁰ Sobre as circunstâncias do ingresso do *burnout* na CID-10, Friberg (2006) informa que a categoria foi inicialmente proposta no ano de 1986, por meio de consulta organizada pela Divisão de Saúde Mental da OMS, na então Berlim Oriental, tendo sido revisada no ano seguinte (para apresentação ao Comitê de Especialistas da OMS) e em 1989 (para a Conferência de Revisão da OMS), e oficialmente incluída no texto final em 1992.

Z57.9 Exposição ocupacional a fator de risco não especificado

Dentro do grupo Z70-Z76, a categoria Z73 corresponde a “Problemas relacionados com a organização do modo de vida”. Compõe-se de nove subcategorias, nomeadas da seguinte forma:

Z73.0 Esgotamento (estado de exaustão vital) – *burnout*

Z73.1 Acentuação de traços de personalidade (comportamento tipo A)

Z73.2 Falta de repouso e de lazer

Z73.3 “Stress” não classificado em outra parte (sofrimento físico e mental sem outra especificação – SOE)

Z73.4 Habilidades sociais inadequadas, não classificadas em outra parte

Z73.5 Conflito sobre o papel social, não classificado em outra parte

Z73.6 Limites impostos às atividades por invalidez

Z73.8 Outros problemas relacionados com a organização do modo de vida

Z73.9 Problema relacionado com a organização do modo de vida, não especificado

Chama a atenção que o *burnout* não figure como problema psicossocial (Z55-Z65) – aparentemente uma contradição em relação ao enquadramento teórico, que o tem como problema de etiologia psicossocial (e ocupacional). Por outro lado, está ao lado de “estresse não especificado” – permitindo vê-lo como um tipo de estresse.

Vemos assim que o *status* do *burnout* na CID-10, de maneira geral, mas particularmente como problema relacionado ao trabalho, é bastante frágil.

2.3 O reconhecimento social da fadiga no trabalho

O reconhecimento social da fadiga no trabalho passa necessariamente pelas instâncias médicas – assistencial e pericial –, formalmente designadas para tal. Essas instâncias podem ser entendidas como um nível “micro” de interação. Mas, em uma dimensão cultural mais ampla (“macro”), esse reconhecimento tem a ver também, em alguma medida, com determinados processos sociais que conferem legitimidade aos diagnósticos e às pessoas que os reivindicam, como o processo de vitimização.

Na perspectiva microssocial, mais diretamente relacionada à prática médica, considera-se que o primeiro nível de reconhecimento de uma doença se dá no consultório, por meio de

um diagnóstico (e tratamento). Porém, para pacientes com queixas vagas como as de fadiga, isso pode se revelar bastante difícil. Quando os sintomas são graves o suficiente para impedir uma vida “normal” (no trabalho, por exemplo), eventualmente levando à busca pelo reconhecimento da incapacidade laborativa, institui-se um segundo nível de reconhecimento – indireto – da doença (em termos de sua gravidade). É aí que a pessoa entra em contato com o perito.

A atividade médica pericial, em seus fundamentos, objetiva elaborar uma prova judicial. Parte-se do pressuposto de que o paciente tem interesse (em princípio, contrário ao da autoridade judicial/administrativa) em um determinado resultado do processo, e que, para obtê-lo, poderá tentar “de tudo” para convencer o examinador de sua doença. Por isso, muita atenção é dada, pelo perito, à possibilidade de simulação (TABORDA; CHALUB; ABDALLA FILHO, 2004). No caso de um paciente em busca do reconhecimento de uma incapacitação por doença (ou em outras palavras, do reconhecimento de uma doença que está produzindo incapacidade), muitas vezes doença e incapacidade são tomadas como sinônimos.

Verthein (2001), em pesquisa sobre as bases discursivas do não reconhecimento de LER (Lesões por Esforços Repetitivos) pelo INSS, demonstra que haveria, entre os peritos, as noções de “saúde como capacidade de trabalho” e de “predisposição individual ao adoecimento”, o que inviabilizaria o reconhecimento do nexo causal – e, de certa forma, da própria doença (ao creditar ao indivíduo a responsabilidade, quando não a “invenção” – simulação – por uma doença “subjativa” – “imaginária”).

Um estudo sobre as características do ato médico-pericial – notadamente quanto ao processo de decisão de médicos previdenciários em relação à concessão de benefícios por incapacidade laborativa – revela a semelhança deste com o ato jurídico, no sentido de serem, ambos, práticas interpretativas (MELO; ASSUNÇÃO, 2003). As bases dessa interpretação provêm de elementos técnicos e normativos e de princípios que vão orientar a interpretação dos elementos recolhidos na avaliação enquanto evidências justificadoras do requerimento do benefício. Tais princípios têm a ver com os valores e concepções dos médicos sobre o alcance do exame pericial (por exemplo, a expectativa de que o segurado demonstre de forma inequívoca, objetivamente, sua condição de incapacidade, de modo a provocar convicção no examinador), sobre o segurado (a questão da desconfiança provocada pelo suposto comportamento de exagero ou simulação das queixas, que seria motivado pela expectativa de recebimento do benefício), mas também sobre o papel social da medicina e da previdência (na diminuição dos efeitos das desigualdades socioeconômicas, por exemplo) e sobre a visão de mundo do trabalho e seus determinantes. Representariam, assim, “grandes cortes valorativos de

dimensão política, organizadores de distintas teorias interpretativas vigentes entre os médicos peritos participantes da pesquisa” (MELO; ASSUNÇÃO, 2003, p. 123).

Um efeito dessa diversidade de teorias interpretativas aparece na situação bastante comum da oposição de decisão entre perito previdenciário e médico do trabalho (da empresa): o paciente, após algum tempo em licença médica por doença, recebe alta do perito, porém, ao se reapresentar ao serviço médico de sua empresa, não é considerado apto à realização das atividades laborais, ficando impedido de retornar ao trabalho (o que gera um impasse de importantes consequências práticas).

Para Lorient (2000), a questão do reconhecimento da fadiga passa por uma tensão entre suas diferentes formas de representação: a fadiga dos operários, mais ligada a representações de desgaste, é pouco reconhecida; enquanto que a fadiga associada ao trabalho intelectual – e às classes mais abastadas – seria de mais fácil reconhecimento social. Essa distinção poderia ajudar a explicar o impasse entre peritos e médicos do trabalho?

Já do ponto de vista dos profissionais diretamente ligados à assistência aos trabalhadores, vimos como uma transformação na perspectiva científica relativa aos transtornos mentais teria ajudado – de forma aparentemente paradoxal – a fortalecer o enfoque psicossocial e, com isso, a própria emergência do conceito de *burnout*. Especificamente no campo das doenças ocupacionais, Leone et al. (2011) apontam a mudança de uma visão “culpabilizante” – representada pela noção de neurose – da doença profissional (considerada como causada exclusivamente pelo temperamento e personalidade individuais) para uma visão que admite fatores externos ao indivíduo (como o ambiente de trabalho) como causa de adoecimento psíquico. Tal mudança teria se dado a partir da introdução da categoria “transtorno de estresse pós-traumático” (TEPT) no DSM-III, em 1980. Assim, é o TEPT – e o abandono da noção de neurose – que torna possível atribuir o adoecimento mental a algo originalmente exterior ao sujeito, favorecendo então uma abertura para as explicações ambientais (manifestadas na organização do trabalho) na mesma época em que o *burnout* se popularizava no meio acadêmico.

Dessa forma, pode-se dizer que, entre os “efeitos” da criação do TEPT (ou, em outras palavras, da emergência da noção de trauma), estão as figuras do acidente de trabalho e da própria doença ocupacional.

No caso específico – brasileiro – do reconhecimento da etiologia ocupacional de determinadas doenças, também a Lista de doenças relacionadas ao trabalho pode então ser vista como um efeito indireto do TEPT. Pelo regulamento da previdência, *as doenças relacionadas ao trabalho são equiparadas ao acidente de trabalho*, e devem ser notificadas por meio da

Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (BRASIL, 1999a). Mais recentemente, foi introduzido na legislação o Nexó Técnico-Epidemiológico Previdenciário (NTEP), baseado na presunção relativa da natureza ocupacional do agravo à saúde (seja ele acidente ou doença); o objetivo é facilitar a detecção da causalidade ocupacional dos problemas de saúde comprovadamente mais prevalentes em determinados ramos de atividade econômica.

Entretanto, o que se vê é um baixo reconhecimento jurídico do nexó causal doença-trabalho, especialmente nos casos de transtornos psíquicos. Esse baixo reconhecimento é atribuído por alguns pesquisadores à “resistência cultural e institucional do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) [...] a despeito das legislações sanitárias e previdenciária respaldarem esse reconhecimento”, e continua ocorrendo apesar do aumento estatístico da concessão de benefícios previdenciários por transtorno mental (por sinal, uma das principais causas de afastamento) (SELIGMANN-SILVA et al., 2010, p. 188).

A falta de reconhecimento jurídico das doenças ocupacionais pode ter a ver com aquilo que Fassin e Rechtman (2009) identificam como uma “hierarquia moral do trauma”, isto é, a outorga social diferencial do *status* de vítima, variável em cada contexto específico. Também é útil aqui a ideia de vitimização, enquanto

[...] construção da pessoa como vítima no mundo contemporâneo [...] como uma forma de conferir reconhecimento social ao sofrimento, circunscrevendo-o e dando-lhe inteligibilidade. O campo da saúde mental, em particular a Psiquiatria, ocupa um lugar preponderante nessa formulação ideológica (SARTI, 2011).

2.3.1 Hierarquia moral do trauma e vitimização

No livro *The empire of trauma (O império do trauma*, em tradução livre), os antropólogos e médicos Didier Fassin e Richard Rechtman analisam a noção de trauma e seu papel na transição de *status* social (da pessoa que o sofre): de suspeito para o de vítima. Esta análise é feita a partir, entre outros exemplos, do caso de um acidente industrial ocorrido em 2001 na cidade francesa de Toulouse³¹.

Apesar dessa notável transformação, ocorrida ao longo das três últimas décadas, fica evidente também o quanto o estatuto de vítima é, em cada caso concreto, atribuído – ou não –

³¹ Em 21 de setembro de 2001 (dez dias após o atentado de 11 de setembro, em Nova York), uma explosão destruiu a fábrica de fertilizantes e materiais químicos industriais AZF (*Azote Fertilisants*, pertencente à gigante do ramo de petróleo e gás *Total*), acarretando a morte de mais de vinte pessoas e milhares de feridos, além de uma grande perda material na cidade de Toulouse.

de acordo com valores sociais (de cunho moral), de forma a estabelecer ou manter, assim, hierarquias e desigualdades. No caso do acidente em Toulouse, chama a atenção que um dos grupos excluídos da “comunidade moral de vítimas” tenha sido justamente o dos funcionários da indústria química. Por alguma razão, eles não correspondiam à figura/ideal de vítima. Por que isso ocorreu?

O acidente industrial de 2001 assinalou não só a apropriação pública do trauma (destituindo-o da exclusividade dos especialistas), como também marcou novas desigualdades e distinções entre grupos de vítimas. Isso se deveu à tensão entre “duas forças profundamente contraditórias”. Nas palavras dos autores:

[...] argumentamos que duas forças profundamente contraditórias entraram em ação no acidente da AZF – forças que podem ser encontradas em todos os cenários de trauma. A primeira assevera a universalidade das vítimas, enquanto a segunda institui desigualdades entre elas. (FASSIN; RECHTMAN, 2009, p. 141, tradução nossa)³²

Eles apontam para uma hierarquia do trauma, calcada em uma vulnerabilidade diferencial. Essa vulnerabilidade pôde ser demonstrada no estudo epidemiológico realizado imediatamente após o evento da explosão da fábrica: aqueles considerados mais expostos coincidiam com o grupo menos favorecido em termos econômicos e de condições de vida (revelando, assim, um “mapa social” do trauma). A ideia de determinação social do trauma serviu para apontar uma responsabilidade coletiva (que posteriormente proveu a base para a demanda de compensação financeira) e impulsionou o ativismo social desses grupos considerados mais vulneráveis. No entanto, para dois grupos foi negado o *status* social de vítima: os internos psiquiátricos (“invisíveis”) e os funcionários da fábrica (“indesejáveis”) (FASSIN; RECHTMAN, 2009, p. 151).

Os funcionários da AZF carregavam uma posição dual: de vítimas e de suspeitos. Para a população local, os trabalhadores não eram considerados vítimas da mesma forma que ela, porque teriam tido alguma responsabilidade no acidente. Assim, pode-se dizer que *os funcionários não puderam se encaixar no ideal da vítima, mantendo-se na condição de suspeitos.*

A ideia de que uma situação é definida como traumática pela demarcação de quem é a vítima é defendida por Sarti, Barbosa e Suarez (2006, p. 173). Para esses autores, “os atos de violência pressupõem determinados atributos identificados na vítima”; em especial, a vítima deve possuir o atributo de fragilidade (ou pelo menos deve ser possível atribuir a ela tal

³² Na tradução em inglês: “[...] we argue that two profoundly contradictory forces came into play in the AZF accident – forces that can be found at all scenes of trauma. The first asserts the universality of the victims, while the second institutes inequalities among them.”

atributo); assim, “um mesmo ato pode ser considerado violência ou não, conforme a representação que se tem da vítima”. Isso acontece porque “a figura da vítima, assim como a do agressor, [são] construções simbólicas” (SARTI; BARBOSA; SUAREZ, 2006, p. 169).

Aparentemente contraditória à tese de Fassin e Rechtman, esta perspectiva, na verdade, mostra justamente a segunda força presente “em todos os cenários de trauma”, i.e., aquela responsável pela reinstituição das diferenças entre as vítimas potenciais numa situação de violência.

Os autores descrevem o processo de exclusão dos trabalhadores da “comunidade moral” de vítimas. Mostram como os empregados, já sentindo ou temendo a hostilidade da população, acabaram por “aliar-se” à empresa. Diante da demanda de alguns grupos (como o *Plus-Jamais-Ça-Ni-Ici-Ni-Ailleurs*) pelo fechamento da fábrica, a opção dos trabalhadores foi a de manter-se como um grupo coeso, com o objetivo de manter seus empregos; mas neste posicionamento influenciou também o receio de, ao irem contra a empresa, terminarem sendo responsabilizados individualmente, na esfera criminal, pelo acidente.

O apoio psicológico oferecido aos funcionários por parte do grupo Total aponta para a individualização do problema. A questão da responsabilidade pelo acidente, tratada como tabu, parece indicar uma espécie de acordo tácito entre empresa e funcionários: estes aceitaram alguma reparação da empresa (sob a forma de assistência psicológica); entretanto, ao fazer isso, aceitaram ao mesmo tempo a responsabilidade individual pelo acidente. O resultado foi o isolamento dos trabalhadores com relação à comunidade. Ou seja, o significado da aceitação de tratamento por parte dos trabalhadores foi totalmente diferente do significado deste tratamento para a população geral: “[r]econhecer o trauma tornou possível remodelar os trabalhadores como vítimas do acidente, e ao mesmo tempo excluí-los do movimento geral pelo reconhecimento do trauma”³³ (FASSIN; RECHTMAN, 2009, p. 148, tradução nossa).

Da mesma maneira, à época dos processos judiciais visando a reparação financeira das vítimas do acidente, os trabalhadores também ficaram de fora. Regulações existentes sobre acidentes de trabalho tornaram quase impossível para eles aderir ao acordo. Como funcionários, eles estavam cobertos pela lei de acidentes de trabalho e pela Seguridade Social. Mas para aceder à compensação adicional equivalente àquela da população de Toulouse, tinham que entrar na justiça alegando “dano específico” ou entrar na justiça criminal contra o grupo Total alegando negligência. Isto era visto como “desvio” pela própria comunidade de funcionários.

³³ Na tradução em inglês: “Recognizing trauma made it possible to recast the workers as victims of the accident, at the same time as excluding them from the general movement for recognition of trauma.”

Vimos que a noção de trauma – particularmente a partir de sua denominação como estresse pós-traumático – permitiu, de alguma forma, a legitimação do sofrimento psíquico no trabalho. Porém, a possibilidade de reconhecimento não garante automaticamente o direito de reparação (LORIO, 2012). Pois o estatuto de vítima, se é possível a todos enquanto condição abstrata, também deve ser sempre, a cada vez, socialmente outorgado.

A julgar pelo baixo reconhecimento jurídico das doenças profissionais no Brasil, poderíamos dizer que, em nosso país, ainda não superamos o “paradigma da suspeição”?

Embora Fassin e Rechtman (2009) concebam a difusão da noção de trauma como um processo de politização, no sentido em que houve uma apropriação coletiva do conceito, e considerem que a extrapolação do trauma para além das fronteiras psi representou algo maior do que uma simples “psicologização social” (para eles, o que ocorreu nas últimas décadas foi uma “traumatização da experiência”, e não uma “psicologização da memória”) – pretendendo, com isso, evitar uma visão moralizante do fenômeno e retirar a pecha de passividade da figura da vítima (daí criticarem o uso do termo vitimização, considerado pejorativo) –, no mundo do trabalho, aparentemente a psicologização e a individualização têm prevalecido.

Uma razão para a dificuldade em se dar o passo “adiante” – da psicologização à politização – pode estar no caráter ambivalente da figura de vítima: ao mesmo tempo em que permite reconhecer alguém como estressado ou traumatizado, também aponta para uma suposta fragilidade pessoal. A “vítima”, “individual e individualizada”, acaba se sobrepondo ao “cidadão” detentor de direitos (LORIO, 2008).

3 CONSTRUÇÃO SOCIAL, LEGITIMAÇÃO E MEDICALIZAÇÃO/ PSICOLOGIZAÇÃO

3.1 Construção social como postura de pesquisa

Segundo Conrad e Barker (2010, p. 67, tradução nossa), “o construcionismo social é um enquadramento conceitual que enfatiza os aspectos culturais e históricos de fenômenos predominantemente pensados como exclusivamente naturais”³⁴. A noção de construção social remete, portanto, à ideia de “não naturalidade” do fenômeno observado: ele poderia ser diferente ou mesmo não existir em uma outra configuração social ou histórica (HACKING, 1999).

Mais do que uma escola de pensamento ou uma única corrente teórica, o construcionismo social é antes uma postura de pesquisa, uma rubrica geral que reúne diversas abordagens teórico-metodológicas (BROWN, 1995; CONRAD; BARKER, 2010; LORIOL, 2012). Podem-se distinguir assim diversas correntes, segundo as diferentes concepções de sociedade e dos atores sociais, e de acordo com a ênfase diferencial na interação dos atores ou na estrutura dos sistemas sociais: construcionismo interacionista (interessado nos processos dinâmicos e relacionais de criação de sentido); construcionismo bourdieusiano (que estuda como formas sociais de dominação se cristalizam nas categorias de pensamento com as quais apreendemos o mundo); construcionismo foucaultiano (focado sobre os efeitos normativos dos discursos), e assim por diante (LORIOL, 2012).

A partir dos anos 1960/70, várias dessas teorias passam a ser aplicadas a questões relativas à saúde-doença, configurando o campo da sociologia médica. O interesse é privilegiar o “modo como a doença é moldada por interações sociais, tradições culturais compartilhadas, estruturas de conhecimento variáveis e relações de poder”³⁵ (CONRAD; BARKER, 2010, p. 69, tradução nossa). Em geral, enfatiza-se a necessidade de integrar diferentes perspectivas teórico-metodológicas: é nesse sentido que Brown (1995) propõe a sua versão de

³⁴ No original: “Social constructionism is a conceptual framework that emphasizes the cultural and historical aspects of phenomena widely thought to be exclusively natural.”

³⁵ No original: “[...] how illness is shaped by social interactions, shared cultural traditions, shifting frameworks of knowledge, and relations of power.”

construcionismo como uma síntese do interacionismo simbólico e das abordagens estruturalistas/político-econômicas.

Essa visão integradora pode ser observada também no estudo das relações entre saúde e trabalho. A obra do sociólogo francês Marc Lorient e a do antropólogo sueco Torbjörn Friberg são dois exemplos das possibilidades da abordagem construcionista na sociologia do trabalho e na antropologia social³⁶.

A partir da noção de “construção social” como construção de categorias de percepção da realidade (i.e., enquanto processo atuante na emergência de uma nova “etiqueta” que permita categorizar e caracterizar um determinado fenômeno particular), Lorient (2003; 2012) utiliza um dos modelos mais influentes em sociologia médica, denominado *claims-making process* (traduzido por ele de forma aproximada como “construção de reivindicações ou problemas públicos”), para estudar a construção social da fadiga no trabalho.

São identificadas três etapas nesse processo: 1- a “descoberta”, por um pesquisador, de um novo problema social ou médico (esta descoberta pode consistir tanto de uma real inovação quanto de uma importação conceitual); 2- o *empreendedorismo moral*: etapa de popularização e paulatina imposição social do novo conceito. Conta com estratégias de propaganda, por meio de congressos, divulgação na imprensa, pesquisas que comprovem a existência e relevância do problema, além de *lobbying* junto a especialistas e ao poder público; e 3- a *institucionalização*: nesta fase, a existência do novo conceito já é consensual, e ele torna-se oficial. A institucionalização de um problema médico pode ocorrer através da sua inscrição em listas diagnósticas oficiais, da sua introdução em programas ou manuais de medicina, da criação de instituições especializadas, ou ainda da sua presença no texto de uma lei ou regulamento.

O autor observa que as forças sociais (esquemas de pensamento de uma época e/ou de um meio social particular) são sempre subjacentes à escolha de determinado problema como cientificamente relevante (LORIENT, 2003). Estas múltiplas forças sociais influem tanto na emergência de um determinado fenômeno, combinando-se para criá-lo ou modificá-lo – por meio de concepções, relações e ações moldadas por diversos tipos de conhecimento, experiência e relações de poder (BROWN, 1995) – quanto no próprio conteúdo do conhecimento produzido – determinado, conforme Fleck (2010), pela interação de diversos

³⁶ Para uma discussão sobre construção social, ver *Social construction of what?*, de Ian Hacking (1999).

elementos sociais que, atuando sobre o coletivo de pensamento, vão criar a atmosfera necessária à consolidação de um estilo de pensamento³⁷.

O enfoque do *claims-making process* é complementado com uma outra abordagem em termos de “definição da situação”. Esta considera que, para uma dada situação, cada indivíduo dará sua própria definição; mas tal definição sempre será moldada pelas definições coletivas, forjadas em função dos contextos histórico, social e cultural. Dessa forma, para compreender uma situação social, é preciso identificar os atores (individuais ou coletivos) concernentes para tentar entender seus valores, representações e/ou interesses específicos, e, assim, reconstruir o sistema de interações, com suas eventuais divergências e convergências de concepção da situação (LORIOLO, 2012).

Dessa forma, na investigação sobre o *burnout* dos enfermeiros na França, foi possível identificar os diferentes atores envolvidos e suas motivações: os diretores de hospitais, interessados na gestão racional da atividade dos enfermeiros, visando à otimização do uso dos recursos (incluindo os “recursos humanos”) e ao objetivo de “qualidade” do serviço prestado; já para os quadros institucionais e de formação nas escolas de enfermagem, a teoria psicológica do *burnout* associava profissionalização da atividade, controle de si e gestão individualizada das condições de trabalho, dotando a relação cuidador-paciente de um caráter técnico e científico; além disso, houve a boa recepção, pelos próprios profissionais de enfermagem, do discurso psi, capaz de embasar e valorizar um papel específico para a atividade (*rôle propre*), diferenciando-a da dos auxiliares de enfermagem, por um lado, e da dos médicos, de outro. Ao mesmo tempo, outros atores como sindicatos e médicos do trabalho, cujo discurso era crítico a respeito do *burnout*, viram-se marginalizados dentro desse contexto (LORIOLO, 2000; 2012).

Já o antropólogo Friberg (2006) identifica o *burnout* com os *transtornos mentais transitórios* (HACKING, 1999), definidos como aqueles que emergem apenas em algumas épocas e lugares determinados, por razões ligadas ao contexto cultural destas épocas e lugares (exemplos: histeria na França do fim do século XIX; anorexia na Argentina recente; os *mad travelers*; ou o transtorno de personalidade múltipla)³⁸. Com o objetivo de analisar a gênese, o

³⁷ Por *coletivo de pensamento* entende-se a “comunidade das pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos” em que cada pessoa é um “portador do desenvolvimento histórico de uma área de pensamento, de um determinado estado do saber e da cultura, ou seja, de um estilo específico de pensamento” (FLECK, 2010, p. 82). O *estilo de pensamento* seria uma “coerção definida de pensamento”, marcada pela “disposição para uma e não para outra maneira de perceber e agir” (Ibid. p. 110) ou, em outra definição, uma “percepção direcionada em conjunção com o processamento correspondente no plano mental e objetivo”, consistindo em uma “atmosfera” ou disposição para um sentir coletivo e também para um agir direcionado correspondente (Ibid. p. 149).

³⁸ Embora se possa argumentar que todo fenômeno eventualmente nomeado como transtorno mental deva ser entendido como histórica e culturalmente determinado (sendo sempre, em última instância, transitório), para

uso e o declínio do *burnout* como conceito social – no sentido de que a classificação interage com as pessoas classificadas (o chamado *looping effect*) (HACKING, 1999) –, Friberg realiza um estudo etnográfico em centros de reabilitação para tratamento de *burnout* na Suécia, utilizando como referencial a teoria dos “nichos ecológicos”.

Sua tese é de que o conceito (e o diagnóstico) de *burnout*, ao interagir com as pessoas na sociedade sueca, permite o surgimento de um novo tipo de “pessoa infeliz”, a partir de uma nova concepção de pessoa como um ser frágil, que, se não for cuidado de maneira apropriada, pode se “estragar”; a falta do cuidado adequado resulta em *burnout*. Por sua vez, esse fenômeno é possível a partir da articulação de forças sociais históricas e contingentes, ligadas a mudanças não apenas no ambiente de trabalho, mas sobretudo na sociedade sueca como um todo, sob as condições do que chama de capitalismo flexível³⁹: uma tendência à maior valorização do indivíduo, i.e., o encorajamento do desempenho individual (prazer pessoal, narcisismo) em detrimento da ênfase no coletivo (representado até então pelo Estado de bem-estar social tradicional). Nas clínicas de reabilitação, esses novos valores se traduzem na adoção do princípio moral de “cuidar de si mesmo”, por meio de diversas práticas institucionais (aquí tomadas como “tecnologias do *self*”⁴⁰) cujo objetivo é desenvolver a autoestima e enfatizar a satisfação pessoal como prioridade absoluta, devendo vir acima – e até como condição – para o compromisso com o outro. Observa, porém, que o recurso cultural ao diagnóstico de *burnout* como provedor de identidade social tende a uma diminuição, à medida que a dinâmica entre as forças sociais se altera em função dos interesses prevalentes, a cada momento, dos vários atores sociais em jogo (FRIBERG, 2006).

Hacking (1999), uma categoria diagnóstica é transitória na medida em que ela está mais imediata e visivelmente associada a um contexto sócio-histórico circunscrito. Pressupõe que o contexto é dinâmico: à medida que ele muda, as condições para a permanência da categoria (conformando o seu “nicho ecológico”) podem deixar de existir. A ênfase recai não só sobre a rapidez com que o fenômeno aparece, mas também desaparece. O termo transitório também é utilizado no sentido de que algumas categorias se constituem como fenômenos de curta duração *em comparação* a outros, mais estáveis no tempo. Assim, a neurastenia do século XIX seria um fenômeno de curta duração enquanto que a esquizofrenia seria um fenômeno de mais longa permanência histórica e cultural.

³⁹ Segundo Richard Sennett (2009), *capitalismo flexível* é o sistema socioeconômico caracterizado pela ênfase na flexibilidade, em oposição à suposta rigidez da burocracia e da rotina. De acordo com os valores da flexibilidade, os trabalhadores devem ser ágeis, estar abertos a mudanças no curto prazo e prontos a assumir riscos continuamente, além de depender cada vez menos de leis e procedimentos formais. As consequências emocionais dessas transformações do trabalho serão abordadas no capítulo 4.

⁴⁰ Conceito de Michel Foucault relativo às práticas pelas quais os indivíduos, sozinhos ou com auxílio de outros, transformam a si próprios para atingir um estado de felicidade, pureza, sabedoria, perfeição ou imortalidade.

3.2 Legitimação

Outra maneira de falar sobre o reconhecimento social de uma categoria é considerá-lo em termos de sua legitimação.

A questão da legitimação de uma doença passa pelo que Robert Aronowitz (1992) chamou de “determinantes não biológicos” da definição de doença, ou seja, a maior ou menor controvérsia acerca de uma determinada doença dependeria menos dos estudos científicos realizados que de fatores socioculturais como: 1- atitudes e crenças leigas e médicas; 2- defesa (*advocacy*) vigorosa da doença (por grupos leigos, por exemplo); 3- cobertura da mídia; 4- relações ecológicas (interdependência entre doenças proeminentes em determinada época e lugar, criando uma espécie de precedente para a doença mais nova); 5- práticas diagnósticas e terapêuticas (protocolos específicos); 6- fatores econômicos (gastos em saúde e previdência, promoção de testes sorológicos, por exemplo).

O caso das “doenças controversas” ou “doenças sem explicação médica” (ZORZANELLI, 2011) – aquelas em que os indivíduos acometidos demandam ter uma doença específica que muitos médicos não reconhecem como entidades nosológicas distintas – ilustra o aspecto dos significados/sentidos culturais atribuídos a uma doença. Nessas situações, a ausência de alterações físicas identificáveis impede o seu reconhecimento social: não há legitimação cultural para essas formas de sofrimento. O *burnout* poderia ser incluído neste grupo de doenças controversas?

Se pensarmos na controvérsia acadêmica sobre o *burnout* como um reflexo ou uma faceta de um contexto sociocultural bem mais abrangente, torna-se possível reconhecer a existência de uma *negociação pública* do diagnóstico (ROSENBERG, 2006). Tal negociação envolve a mobilização de categorias profissionais atingidas pelo problema, a atuação da medicina do trabalho/previdência social que pericia os trabalhadores, as empresas empregadoras, a criação e o (des)cumprimento de uma legislação de saúde específica, a atuação dos médicos clínicos de diversas especialidades, cada um desses atores com visões bastante distintas e muitas vezes até opostas sobre a legitimidade do diagnóstico de *burnout*.

Charles Rosenberg (2006) examinou o fenômeno da negociação pública da doença a partir do exemplo privilegiado das doenças/indisposições cujas manifestações são comportamentais ou emocionais. Considerando o lugar histórico da medicina (principalmente a partir do século XIX) como instância de legitimação social e ao mesmo tempo de estruturação

das formas de manejo de realidades sociais complexas, o autor vê a psiquiatria, em especial, como um participante obrigatório dessas negociações culturais – embora não seja o único.

A respeito do processo de criação e consolidação de categorias diagnósticas em psiquiatria, ele destaca o aspecto de *contínua centralidade e ao mesmo tempo de contestação* dos males emocionais e comportamentais (enquanto entidades nosológicas específicas). Vários fatores contribuiriam para a produção e a persistência de controvérsias.

Um dos principais estaria relacionado ao paradoxo de usar meios reducionistas para fins holísticos (culturais), i.e., usar o modelo de doença específica (entidade distinta com curso típico e fundamento somático) para atender a uma necessidade cultural de legitimação e de manejo social de comportamentos desviantes. Para o autor, à medida que as definições de doença se tornam progressivamente mais dependentes de sinais objetivos (sinais físicos, achados laboratoriais e de imagem), indisposições que não podem ser facilmente associadas a tais achados são naturalmente segregadas a um *status* inferior. Os males emocionais ficariam, assim, em uma das posições mais baixas numa hierarquia que é a um só tempo social, moral, médica e epistemológica. Aponta que “quando não há consenso cultural, [...] não há base para um consenso nosológico”⁴¹ (ROSENBERG, 2006, p. 420, tradução nossa).

Outros fatores responsáveis pela manutenção de controvérsias seriam: o interminável conflito sobre agência e responsabilidade (a questão do determinismo: trata-se de doença ou falha de caráter?); a crescente conexão das estruturas médicas com a burocracia (o diagnóstico insere o indivíduo em uma rede de relações burocráticas e institucionais, mas o caráter dessas conexões não é homogêneo, variando de acordo com os diferentes interesses e práticas institucionais, e podendo resultar em conflito, como no caso dos debates a respeito de compensações trabalhistas); e o constante e inevitável “extravasamento” dos conceitos psiquiátricos para a cultura mais geral – por exemplo, a popularização de termos (antes) técnicos como: “hipocondria”, “histérico”, “complexo de inferioridade”, “degenerado”, “obsessivo-compulsivo” (poderíamos acrescentar aqui outros termos como “hiperativo”, “bipolar”, “deprimido”, “TPM” [“tensão pré-menstrual”]; “estressado” poderia ser um caso análogo?). Para Rosenberg (2006), males comportamentais e emocionais parecem mais acessíveis às pessoas leigas do que males “somáticos”, tanto que elas questionam, discutem e relativizam mais as categorias psi, ao passo que geralmente tomam como dados os diagnósticos somáticos, não se dando conta do grau de indeterminação destas “entidades”.

⁴¹ No original: “[...] when there is no cultural consensus [...] there is no basis for a nosological consensus.”

Nesse contexto, a medicalização – tomada, na acepção de Rosenberg (2006), como uma tendência de longo prazo da sociedade ocidental a adotar explicações reducionistas, somáticas e calcadas na ideia de especificidade da doença para os sentimentos e comportamentos humanos (da mesma forma que para os males inequivocamente físicos) – do *burnout* poderia ser entendida como uma via de legitimação social, consistindo assim em objeto de estudo relevante.

3.3 Medicalização

A noção de medicalização é parte integrante do arcabouço teórico da sociologia médica. Na verdade, trata-se de um tema complexo que tem sido amplamente abordado não só no campo da sociologia médica como no da saúde coletiva, da antropologia médica e das ciências humanas e sociais em geral, por vezes de maneira imprecisa e simplista, conforme alertam Zorzaneli, Ortega e Bezerra Júnior (2014).

Em um panorama sobre as variações do conceito de medicalização, os autores identificam quatro possíveis sentidos para o termo: 1- estratégias de sanitização da população; 2- a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças; 3- a ação de controle e imperialismo médico; 4- a participação de atores fora do campo da medicina. Esses sentidos frequentemente se apresentam de forma simultânea e não excludente. Em função dessa complexidade, atentam para a necessidade, em qualquer análise sociocultural, de esclarecer em qual deles se está usando o conceito.

Iremos nos deter na noção da medicalização como processo irregular e fora do território médico (o quarto sentido proposto), cujo principal autor é Peter Conrad. Destacam-se, em sua obra, as ideias de graus da medicalização, bem como a atenção a novas questões colocadas pela presença massiva de tecnologias médicas. Nesse sentido, a biomedicalização (conceito de Adele Clarke e colaboradores) pode ser considerada uma atualização do conceito de medicalização. A partir dos anos 1990, fortalece-se o sentido da medicalização como processo não restrito à medicina. Esse deslocamento do foco das análises – da medicina e da ação médica estrita para os atores não médicos – começa, principalmente a partir dos anos 2000, a suscitar críticas apontando para a excessiva generalidade do termo, que teria passado a designar qualquer processo ligado ao saber médico (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014).

Apesar das críticas a este quarto enfoque, representado especialmente na obra de Conrad, considero sua abordagem adequada aos propósitos da presente pesquisa, já que consegue dar conta dos vários níveis de ocorrência da medicalização, conforme assinalados por Zorzaneli, Ortega e Bezerra Júnior (2014) (tais como a prescrição de medicamentos para casos que não tratam necessariamente de doenças ou para aprimoramento cognitivo; o papel ativo dos usuários na apropriação de medicamentos e de outras tecnologias médicas; a inclusão de novos alvos para a psicofarmacologia; dentre outros). A meu ver, sua perspectiva evidencia a influência mútua e dinâmica entre medicina e sociedade, se podemos dizer assim; afinal, a medicina não está apartada da cultura. Usarei como base, portanto, a definição proposta por este autor nas considerações que se seguem.

Segundo Peter Conrad (2005, p. 3, tradução nossa), medicalização seria a “definição de um problema em termos médicos, usualmente como uma doença ou transtorno, ou o uso de uma intervenção médica para tratá-lo”⁴². Refere-se, nas palavras de Clarke et al. (2003, p. 161, tradução nossa) (relativas à conceituação de Conrad), a “processos pelos quais aspectos da vida anteriormente fora da jurisdição da medicina vêm a ser concebidos como problemas médicos”⁴³. Cabe ainda observar, sobre este processo, que trata-se não necessariamente de uma “patologização”, mas de uma “compreensão biomédica das perturbações mais ou menos corriqueiras da vida cotidiana” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Uma das características do processo de medicalização é a bidirecionalidade (CONRAD, 2007), isto é, ele pode rumar para a consolidação de uma categoria diagnóstica, ou pode seguir o caminho inverso, no sentido da “desmedicalização” (quando uma categoria diagnóstica perde o *status* de doença, passando a ser compreendida em termos de comportamento social). A medicalização também pode assumir diferentes formas. Entre elas, alguns autores incluem a biomedicalização, o *healthism* (“saudismo” ou “saudização”), além do *enhancement* (“aprimoramento”).

A noção de biomedicalização, na acepção de Clarke et al. (2003), enfatiza o caráter de íntima ligação às transformações tecnocientíficas da área biológica (na qual crescentemente a medicina tem buscado se basear): o conceito refere-se às práticas tecnocientíficas das ciências

⁴² No original: “[...] defining a problem in medical terms, usually as an illness or disorder, or using a medical intervention to treat it.”

⁴³ No original: “[...] processes through which aspects of life previously outside the jurisdiction of medicine come to be construed as medical problems [...]”

básicas da vida (*bio*) como sendo cada vez mais parte da medicina clínica aplicada (agora *bio*-medicina). A biomedicalização descreve, portanto, os

[...] processos de medicalização progressivamente mais complexos, multissituados, multidirecionais, que hoje em dia estão sendo tanto estendidos como reconstituídos pelas formas sociais e práticas emergentes de uma biomedicina altamente e progressivamente tecnocientífica. (CLARKE et al., 2003, p. 162, tradução nossa)⁴⁴

Consistiria, portanto, em uma transformação histórica do processo de medicalização. O conceito busca realçar o aspecto de transformação do corpo, através da abertura de um “novo campo biopolítico” de intervenção: DNA, órgãos e tecidos humanos, células-tronco, oócitos, ou seja, incluindo, sobretudo, o nível molecular do corpo (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014).

Por outro lado, admite-se que nem todas as práticas “medicalizantes” precisam passar necessariamente pela supervisão médica. É o caso do uso de suplementos vitamínicos ou das técnicas de meditação para combater a fadiga, por exemplo. Conrad (2007) inclui práticas como essas entre os “aprimoramentos biomédicos” (*biomedical enhancements*) – muito embora o próprio autor defina os aprimoramentos biomédicos como procedimentos majoritariamente realizados por meio de intervenção cirúrgica, farmacológica ou genética (ou seja, geralmente reservados aos profissionais médicos). Essa visão confunde-se muito com a questão do “saudismo”/“saudização”.

Para Crawford (1980), “saudismo” ou *healthism* é a ideologia da responsabilidade individual pela saúde. Esse fenômeno tem origem numa oposição à medicina, porém tal oposição acabaria por se revelar apenas aparente. Assim, ele considera o *healthism* um tipo de medicalização, já que mantém certas noções-chave da medicina, a principal delas a de situar a questão saúde-doença no indivíduo. Já Conrad (1992) distingue a “saudização” (*healthicization*) da medicalização: para ele, o que a saudização faz é incorporar outras práticas – diversas das médicas, mas também centradas no indivíduo –, ao conjunto de procedimentos terapêuticos de doenças já estabelecidas; na medicalização, há a transformação de comportamentos em doenças novas.

Quanto ao *enhancement*, apesar de não oferecer uma definição objetiva, Conrad (2007) o relaciona com a ideia de melhoramento ou aumento de capacidades ou atributos humanos. *Enhancement* seria, portanto, o uso de qualquer substância, intervenção ou estratégia com o objetivo de “melhorar” o ser humano em qualquer nível. O *enhancement* biomédico seria aquele

⁴⁴ No original: “[...] the increasingly complex, multisited, multidirectional processes of medicalization that today are being both extended and reconstituted through the emergent social forms and practices of a highly and increasingly technoscientific biomedicine.”

que se utiliza de meios médicos para aumentar/melhorar a performance e o corpo, daí ser uma forma de medicalização. A distinção entre tratamento e *enhancement* varia também em função do que é considerado doença ou não: há diagnósticos que são criados para legitimar o uso de algum tipo de *enhancement* como tratamento. Haveria outros tipos de *enhancement*, como o social (atividades extraclasse, aulas de música), mais voltado à ideia de “enriquecimento” cultural; ou mesmo técnicas mentais (meditação, atividades para melhorar a memória).

Uma intervenção é classificada como *enhancement* quando introduz uma característica nova não pertencente, originalmente, àquele indivíduo ou à espécie (no caso do *enhancement* genético); ou em função do objetivo pretendido com o seu uso. Nesse sentido, Conrad (2007) identifica as três faces do aprimoramento: normalização, reparo e vantagem competitiva (*performance edge*). Na normalização (ou padronização), a finalidade é trazer determinada característica à norma ou padrão cultural ideal; trata-se do indivíduo em relação a outros (exemplo: uso de hormônio do crescimento para atingir uma alta estatura, culturalmente valorizada). O reparo consiste em restaurar um padrão (ideal) individual; é o indivíduo em comparação a si mesmo (caso de uma cirurgia estética para retornar a um padrão da própria juventude). Na vantagem competitiva, ocorre o uso de substâncias para melhorar o desempenho, não só em contextos de competição estrita (esportiva, por exemplo), mas nas mais variadas situações da vida em geral (o uso de medicamentos para combater a timidez seria um caso).

A ideia de aprimoramento liga-se intimamente, portanto, à questão do desempenho/produktividade: evidência disso é o uso, pelo próprio Conrad (2007, p. 64), da expressão “medicalização da sub-*performance*” para se referir ao *enhancement*. O uso de drogas para competir no mercado de trabalho mostra a relevância da dimensão da produtividade na vida cotidiana. É conhecida a relação entre determinadas categorias profissionais (pilotos de avião, caminhoneiros) com o recurso a drogas estimulantes para conseguir cumprir as exigências do trabalho. Em vários casos de pessoas que puderam ser classificadas como “portadoras” de *burnout*, também é comum o relato de uso de substâncias para melhorar o desempenho: as estratégias de enfermeiros para combater os efeitos do cansaço pelo trabalho foram descritas como medicalização direta (uso de vitaminas, suplementos, tranquilizantes ou estimulantes, busca de atendimento médico para conseguir licenças ou atestados) e indireta (psicologização) (LORIO, 2000), mas, nesse contexto, poderia ter sido utilizado o termo *enhancement*.

A observação superficial da evolução da produção de conhecimento (apresentada nos capítulos anteriores) parece indicar uma tendência à medicalização do *burnout* – no sentido de

haver uma tendência de transformá-lo ou entendê-lo como um problema médico. Isso acontece apesar de este objeto ainda “pertencer” prioritariamente ao campo da psicologia (porém, nesse caso, de forma análoga, fala-se em psicologização).

De fato, há autores que discutem a “medicalização do *burnout*”. Schaufeli, Leiter e Maslach (2009) acrescentam, inclusive, que o grau dessa medicalização ocorre em função de seu entendimento como uma condição de exaustão “apenas”, ou da inclusão da relação com o trabalho em sua própria definição. Como vimos, em alguns países europeus (como Holanda e Suécia), o caminho foi em direção à incorporação do *burnout* às listas de diagnósticos médicos. Já nos Estados Unidos, a tendência é de recusa ao rótulo de problema psiquiátrico, na tentativa de evitar um possível estigma social. Por outro lado, na França, apesar de ter se tornado um problema conhecido, especialmente dentro da comunidade de profissionais de enfermagem, o *burnout* não foi adotado pelos profissionais de medicina do trabalho como um diagnóstico válido; além disso, categorias profissionais como a dos policiais rejeitam a noção de *burnout* por considerarem-na estigmatizante e mascaradora do que apontam como a “real” natureza do problema, que seriam as condições de trabalho (LORIOU, 2003; LALLEMENT et al., 2011).

Mas provavelmente é mais apropriado falar em medicalização da fadiga (no trabalho), sob risco de tomarmos o *burnout* como algo dado. “Medicalização do *burnout*” talvez seja aceitável apenas nos países onde este termo faz parte do vocabulário corrente. Assim, nos Estados Unidos, onde *burnout* é considerado um problema de origem psicossocial, fala-se em sua medicalização. Ao passo que, no Brasil, o *burnout* já chega como um termo técnico “importado”, conforme mostra a preferência pela expressão em inglês, mais popular entre os pesquisadores do que a sugerida tradução para “estafa” ou “esgotamento profissional”.

Levando em conta que a questão do crescimento do número de categorias médicas é mais complexa do que simples “colonização médica” (CONRAD, 2007), e atentando para a demanda de sentido (não só de medicamento e alívio) encaminhada à medicina, instância autorizada para nomear e dar sentido ao sofrimento (RUSSO; VENÂNCIO, 2006), poderíamos questionar então: quais fatores influenciam o processo de medicalização da fadiga no trabalho, representada pelo *burnout*? E quais os efeitos desta medicalização?

3.4 As relações entre medicalização e psicologização

Ao longo da elaboração desta pesquisa, uma questão que se impôs foi a de se pensar o *burnout* não só em termos de sua medicalização, mas também enquanto objeto de psicologização. Na verdade, isso implicou em reconhecer – e investigar – a possibilidade de uma estreita relação entre medicalização e psicologização.

Medicalização e psicologização são, de certa maneira, processos tão interligados que parece justificada, inclusive, a adoção da expressão “medicalização/psicologização” (como tenho feito aqui em vários momentos).

A psiquiatria é um exemplo paradigmático nesse sentido, ao constituir, junto com a psicologia e a psicanálise, os chamados saberes psicológicos – aquelas disciplinas que, em sentido lato, reúnem concepções culturais comuns voltadas para esse “outro lado” da corporalidade estrita (mente, alma, espírito, *mind*, *Geist*, entre outras denominações) (DUARTE, 1997), ou, em outras palavras, que “pressupõem uma visão ‘interiorizada’ dos indivíduos” (VENÂNCIO; RUSSO; DUARTE, 2005, p. 8). A respeito da institucionalização dos saberes psi no Brasil, Venâncio, Russo e Duarte (2005) destacam o quanto suas fronteiras tornaram-se difíceis de definir, não só internamente (entre as disciplinas), mas sobretudo externamente (com relação a outras áreas de conhecimento e práticas), identificando como “principal núcleo difusor” da psicologização em nosso país (e particularmente no Rio de Janeiro, objeto específico de sua pesquisa) o saber *médico*.

Lembremos ainda Foucault (2010), para quem a psicanálise representa uma forma de medicalização, na medida em que estaria englobada pelo processo de “medicalização indefinida”. Segundo o autor, o que caracteriza o período atual da medicina não é o fato de ela se ocupar de objetos distintos dos pacientes e suas doenças, mas sim o fato de que ela não possui mais campo exterior.

Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado. E quando se quer objetar à medicina suas deficiências, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso é feito em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e difuso. (FOUCAULT, 2010, p. 184)

Ele dá então três exemplos dessa ausência de exterioridade da medicina: a “higiene” de vida (série de regras estabelecidas e codificadas por um saber biológico e médico); a psicanálise; e a perícia psiquiátrica forense obrigatória no âmbito penal, na França. Interessamos o segundo exemplo:

Pode-se afirmar que a primeira forma de antipsiquiatria foi a psicanálise, que, ao final do século XIX, constituiu um projeto de desmedicalização de vários fenômenos que a grande sintomatologia psiquiátrica do mesmo século classificara como doenças. Tal antipsiquiatria é a psicanálise não só da histeria e da neurose, que Freud tentou retirar dos psiquiatras, mas igualmente do conjunto da conduta cotidiana, atualmente objeto

da atividade psicanalítica. E se hoje se opõe à psicanálise uma antipsiquiatria ou uma antipsicanálise, trata-se, ainda, de uma atividade e de um discurso de tipo médico, mais ou menos elaborados em uma perspectiva médica ou à base de um saber médico. Não se consegue sair da medicalização e todos os esforços nesse sentido remetem a um saber médico. (FOUCAULT, 2010, p. 184-185)

Segundo esse entendimento, a psicologização (representada pela psicanálise) seria, então, uma forma de medicalização.

A referência à psicologização como medicalização indireta (LORIOU, 2000) nos leva ainda a uma perspectiva, adotada pela sociologia do trabalho, que explora a possível relação entre medicalização e psicologização. Aqui, a palavra-chave, ou o elo entre os dois, parece ser a “individualização”, no sentido do desenvolvimento de uma interiorização, da noção de um “eu” interior.

Assim, na França, alguns sociólogos do trabalho têm estudado a ascensão da noção de estresse como forma privilegiada de discurso sobre a fadiga/mal-estar. O crescente sucesso da categoria estresse estaria vinculado a um processo de individualização (no sentido de ser uma temática “centrada sobre o indivíduo”) e, mais especificamente, de psicologização: “juntamente com o assédio [moral], o estresse se insinua hoje como um tema recorrente para testemunhar os conflitos encontrados pelos profissionais, obrigando agora a considerar o *sofrimento interior, íntimo, moral das pessoas*”⁴⁵ (BUSCATTO; LORIOU; WELLER, 2008, p. 8; grifo e tradução nossos). Paradoxalmente, segundo os autores, apesar de ter propiciado a psicologização do mal-estar no trabalho, a noção de estresse teria tido origem não em teorias psicológicas, e sim em teorias fisiológicas (como a de Selye).

Também o sociólogo Marc Lorient (2000) vê o *burnout*, juntamente com a síndrome da fadiga crônica, como duas formas contemporâneas de discurso sobre a fadiga (a primeira com viés teórico mais psicológico, a segunda mais biologicamente orientada). Porém, sua abordagem difere da anterior por entender a individualização em uma dimensão histórica, ou seja, como um processo social. Para isso, toma como referencial a teoria do processo civilizador de Norbert Elias (1994). Embora tal perspectiva teórica não seja o foco principal da presente tese, considero importante apresentá-la brevemente, dada sua relevância como estudo sociológico específico sobre *burnout*.

⁴⁵ No original: “Avec le harcèlement, le stress s’invite aujourd’hui comme un sujet récurrent pour témoigner des conflits que rencontrent les professionnels, obligeant désormais à considérer la souffrance intérieure, intime, morale des personnes.”

3.4.1 As formas históricas da *má fadiga*: acédia, melancolia, neurastenia, *burnout* e síndrome da fadiga crônica

Ao tomar a questão da fadiga no trabalho a partir de suas representações sociais em diferentes períodos históricos e por diferentes grupos sociais, Loriol (2000) identifica, historicamente, a ocorrência de uma progressiva distinção entre “boa” e “má” fadiga. Para o autor, o desenvolvimento da noção de *má fadiga* pode ser interpretado no quadro do processo civilizador.

Definido como um processo de transformações a longo prazo que tende a uma maior diferenciação e integração, tanto no plano das estruturas psicológicas individuais (em que a mudança iria no rumo da consolidação e diferenciação dos controles emocionais – com reflexos na experiência e na conduta), quanto no plano da estrutura social (cuja mudança a longo prazo visaria, por exemplo, a um nível mais alto de diferenciação e prolongamento das cadeias de interdependência e à consolidação dos controles estatais), pode-se dizer que o processo civilizador é fundamentalmente um processo de *individualização*. Consiste no movimento em direção ao controle “internalizado” das emoções, associado a um maior distanciamento reflexivo, menor espontaneidade da expressão dos afetos e o desenvolvimento de autocontroles individuais autônomos como o pensamento racional e a consciência moral, resultando em uma noção de “ego” individual fechado, na percepção da existência de um “mundo interior” separado do “mundo exterior” (por uma “parede invisível”), além da vivência do ego como sede do “verdadeiro ser”, do “núcleo da individualidade” (que fica oculto no interior do sujeito) (ELIAS, 1994).

Ao propor uma sociogênese histórica dos discursos sobre a fadiga, Loriol (2000) busca então distinguir, na história desses discursos, algumas grandes formas cuja difusão em diferentes sociedades (ocidentais) pode ser compreendida no contexto da evolução das estruturas sociais.

Basicamente, teria havido uma transição da noção de desgaste para a de má fadiga. Assim, na Antiguidade, o desgaste advindo do trabalho é visto como natural: o ser humano, a partir do nascimento, vai se desgastando até morrer. A partir do surgimento das figuras da acédia⁴⁶ (século VI), da melancolia (século XVI), da neurastenia (século XIX) e, após a década

⁴⁶ Etimologicamente, a palavra acédia ou acídia (do latim *acedia*) designa “acidez interior”, “queimação do espírito” (SCHULZ, 2011). Impossível não notar a semelhança com o sentido de *burnout* (combustão completa), e até mesmo da “corrosão do caráter” de Sennett, estando presente já aí a ideia de corrosão, de

de 1970, com a descrição de duas novas entidades clínicas – o *burnout* (de viés teórico mais psicológico) e a síndrome da fadiga crônica (cujo fundamento é orgânico) –, é que desenvolve-se paulatinamente a noção de má fadiga: aquela subjetiva, nociva, produzida pelo esforço intelectual e/ou pela vida urbana. Em oposição à “boa” fadiga – que advém de atividades livremente escolhidas, em harmonia com a natureza (e a natureza humana) –, a fadiga “ruim” não desaparece com o repouso (é crônica), resulta de atividades ou modos de vida contrários à “natureza humana” (tem caráter coercitivo) e só é suprimida pelo retorno a uma vida mais saudável ou pelo apelo a um profissional (de saúde) (LORIO, 2000).

É possível identificar, em cada forma discursiva, elementos “novos” (em cada período histórico) que, ao longo do tempo, vão resultar no conceito abrangente de má fadiga.

No caso da acédia – condição caracterizada por tristeza, abatimento e lassidão, associados a uma falta de fé –, há a experiência social (nova) do eremita (sozinho perante Deus e a própria consciência) como uma das primeiras manifestações de individualismo. Sendo uma escolha pessoal e autoimposta, o isolamento monástico deve resultar em uma vida contemplativa, mas não ociosa: quando surge dúvida quanto à própria escolha, o eventual não cumprimento das obrigações religiosas daí resultante passa a ser vivenciado como uma fadiga ruim (de *status* oscilante entre o pecado e a doença).

Na melancolia aristocrática, inovações teóricas como a noção de “espírito vital” (cujo desperdício levaria à fadiga, sendo a atividade mental a que mais consumiria espírito vital), a ênfase em seu fundamento orgânico e a ideia de doença como independente da vontade (em oposição à falta pessoal, que configura pecado, e não doença) abrem espaço para a medicalização da fadiga intelectual. Em um contexto de aumento do poder real e de recuo do poder religioso, ocorre também a curialização (movimento que se traduz pela instalação da nobreza na corte, devendo o cortesão adotar todo um novo modo de vida baseado no autocontrole e na reflexividade, com uma maior atenção à vida “interior” e a seus menores males). Uma ambivalência se instala: a “courage das autocoerções” pode ser vivida como inteligência, razão ou como entrave afetivo, problema, deformação da natureza humana. Para essa aristocracia, a doença representa, ao mesmo tempo, a denúncia de um modo de vida “contrário à natureza” e um sinal de distinção social (pois só os mais refinados e sensíveis são suscetíveis à melancolia).

queima, de algo que se consome (pelo calor ou pela ação química). Também na descrição da melancolia por Timothy Bright, no século XVI, há a ideia de um excesso (de quantidade ou de calor) da bile negra, que “ferve”, por assim dizer, dando origem a “vapores” que sobem até o cérebro, “obscurecendo o entendimento” (BRIGHT, 1996 apud LORIO, 2000). Estaríamos aqui diante de uma protoideia, enquanto “pré-disposição histórico-evolutiva de teorias modernas” (FLECK, 2010)?

A “medicina dos nervos” do século XVIII, com suas noções de feixes de “fibras” por onde circula a “energia” nervosa, oferece, mais uma vez, a possibilidade de distinguir a elite urbana dos camponeses: as fibras nervosas são mais frágeis, sobretudo nas pessoas dotadas de maior sensibilidade; já o camponês é refratário à fadiga mental, dado que seu corpo é composto por fibras endurecidas pelo trabalho físico. As teorias médicas se baseiam ainda em valores iluministas sobre a natureza, supostamente harmoniosa e pura, e reivindicam para o médico o papel de guardião da “natureza humana autêntica”.

Aos poucos, o modelo do esgotamento nervoso será tomado pela burguesia emergente como um importante eixo de sua moral. Agora, dentro dessa ideologia burguesa, o trabalho (e notadamente o trabalho físico) é valorizado como fonte de saúde e bem-estar. Assim, esse grupo social pode se diferenciar, tanto da aristocracia “ociosa”, quanto do operário de hábitos “depravados” (entregue, por exemplo, ao alcoolismo). O trabalho “produtivo” se opõe aos “prazeres fúteis”, causa de tédio e inquietude – em outra prefiguração de má fadiga.

Ao lado da valorização do esforço, porém, o progresso trazido pela industrialização, pelo desenvolvimento das ciências e pela filosofia iluminista tem também um papel ambivalente: o de ser possível fonte de esgotamento mental, uma vez que produz desejos e ambição excessivos, ao mesmo tempo em que há uma valorização das paixões, o que torna, mais uma vez, a fadiga (nervosa) um elemento distintivo dos seres “superiores”, civilizados. No século XIX, a base do conceito de neurastenia será a ideia de que ela seria provocada pelo consumo das “reservas de energia” do sistema nervoso. Esse gasto ocorreria em função da presença de microtraumatismos dos nervos, associada a uma sobrecarga intelectual devida, principalmente, ao excesso de emoções amorosas e de ambição nos negócios – originários, por sua vez, da modernidade (industrialização, urbanização). Não por acaso, a neurastenia surge na sociedade norte-americana, a representante máxima da vanguarda civilizatória nesse momento. Embora a questão do esforço físico tenha sido cara aos pioneiros puritanos, de agora em diante é uma “nova” burguesia – que não necessita do trabalho físico para se sustentar – que configurará o grupo afetado pela doença. Na verdade, a neurastenia permite às categorias sociais mais à frente do processo civilizador (homens de negócio, artistas, intelectuais e a burguesia em geral) exprimir os sentimentos ambíguos face à modernidade e reivindicar uma maior atenção ao sofrimento moral. Ao manter o estatuto de doença orgânica, independente da vontade, consegue esvaziar o possível julgamento moral de seus portadores. Além disso, a teoria médica da neurastenia reforça a ideia de que o trabalho intelectual é mais fatigante que o trabalho físico (LORIOU, 2000).

Contemporaneamente, as bases teóricas da fadiga são fornecidas, em diferentes contextos, pelo mecanismo fisiológico baseado na ideia de agressão externa (viral), na síndrome de fadiga crônica (SFC); e pelo “esgotamento energético”, na síndrome de *burnout*. A SFC, inicialmente chamada de *yuppie flu*, por sua associação aos “jovens executivos urbanos” (tradução aproximada para *young urban professional*, cuja abreviação é a origem do termo *yuppie*), surge nos Estados Unidos da década de 1980. O modelo pós-viral da SFC postula que o organismo reagiria de maneira exagerada à infecção (provavelmente do vírus Epstein-Barr), provocando então os sintomas de fadiga persistente, incapacitante, que não melhora com o repouso, e desencadeada por mínimo esforço, associada a sintomas físicos como dor de garganta, febre, dor muscular, linfadenopatia, entre outros. Em um contexto em que o esforço pessoal é muito valorizado, em que há maior ênfase na agência e na ideia de liberdade individual, o fracasso pessoal tende a ser considerado responsabilidade exclusiva do indivíduo; assim, uma doença orgânica torna-se mais aceitável como explicação do próprio fracasso – mesmo se, no caso dos *yuppies*, por exemplo, as transações em bolsa de valores dependam de muitos outros fatores além da própria atuação pessoal (ou seja, em que há complexas configurações de interdependências). Já o *burnout* emerge em meios profissionais supostamente mais conscientes da existência de interdependências (daí assumir-se desde o início sua etiologia psicossocial), sentidas como inevitáveis, e, com isso, mais facilmente vistas como a origem de um mal-estar persistente (LORIOLO, 2000).

Em todos esses casos, a ideia de uma falta de força, de uma fadiga sem relação com o trabalho físico, vai se desenvolvendo progressivamente no contexto de um processo de racionalização e de coerção, típico do processo civilizador. O aumento das redes de interdependências que ligam entre si os indivíduos produz neles a necessidade de exercer sobre seus desejos e seus corpos um controle cada vez maior e mais internalizado, levando-os a se dobrarem a novas regras: o isolamento monástico, a curialização, o capitalismo individualista.

De acordo com Loriol (2000), o sentimento de má fadiga pode resultar do processo civilizador por duas razões. Primeiro, na medida em que ela é o produto de uma coerção social⁴⁷ que ainda não está totalmente interiorizada: a sociedade pesa sobre o indivíduo porque este se sente distinto dela. Isso tem a ver com a individualização ou “individuação” (LORIOLO, 2000, p. 9) – conforme a acepção de Elias que destacamos anteriormente –, considerada um elemento importante do processo civilizador. Outra razão pela qual a má fadiga pode ser entendida como

⁴⁷ Cabe observar que as “coerções sociais” de que nos fala Loriol (a partir de Elias) somente são vividas como “vindas de fora” e impositivas porque o sujeito já se percebe como indivíduo, ou seja, o caráter coercitivo e externo das assim chamadas coerções já é um efeito da individualização.

um efeito do processo civilizador é que ela porta em si um julgamento de valor: ela é resultado de um “mau” comportamento ou um modo de vida “doentio”, enquanto que a boa fadiga resulta de uma atividade “saudável”.

Até que as novas coerções (resultantes de novas interdependências) sejam percebidas como normais (naturais), o indivíduo exprime suas dificuldades, entre outros meios, através de uma impressão de fadiga. Mas isso, para Lorient (2000), já constitui o primeiro passo na direção da interiorização da coerção. A má fadiga exprime de certa forma a ideia da fatalidade de uma coerção contra a qual se pensa não haver a possibilidade de se revoltar ou agir. *Nesse sentido, a ideia de má fadiga se constrói paralelamente à difusão da auto coerção*. É por isso que cada grupo social, cada época, cada sociedade possui sua própria elaboração da ideia de má fadiga, adaptada à configuração social particular na qual se encontra.

Muitas vezes vividas como incontornáveis e impeditivas da expressão da própria “natureza humana”, as coerções sociais (ou seja, aquilo que é sentido como tal) acabam por gerar sentimentos de angústia e mal-estar que só podem ser superados com o recurso à ajuda externa (de especialistas), ou seja, passam a ser vistos cada vez mais como doença (má fadiga). A doença – que poderá ser então tratada por médicos ou psicólogos – torna-se, assim, um meio de regulação social desse mal-estar proveniente das transformações sociais. O autocontrole individual é, portanto, reforçado com o controle social pela doença, cujo objetivo é mais de normalizar (conformar à norma) do que de excluir. O saber médico, por sua vez, torna-se o instrumento através do qual o autocontrole se realiza (LORIENT, 2000).

Outra face importante do processo civilizador que favorece o desenvolvimento dos discursos sobre a fadiga é o surgimento de uma nova percepção social do tempo. A passagem do tempo polícrono (fluido e impreciso) para o monócrono (especializado), ocorrida pela primeira vez nos mosteiros, traz consigo a divisão trabalho-lazer e a sensação de frustração e angústia de não conseguir cumprir as tarefas previstas a tempo, constituindo-se assim na origem do sentimento de estresse (fadiga como “patologia do tempo”). Agora só o tempo de lazer é livre, passando a ser associado ao momento em que o indivíduo pode enfim se aproximar dos seus “pendores naturais” sem a pressão/restrrição imposta pelo sistema produtivo. A decupagem cada vez mais precisa do tempo é fundamental para coordenar a atividade de um número crescente de indivíduos em situação de interdependência. Processo civilizador, consciência e decupagem do tempo e discursos sobre a fadiga estão assim indissolivelmente ligados (LORIENT, 2000).

Em contraposição à perspectiva processual, sócio-histórica de Elias e Loriol, encontramos na obra de Louis Dumont – sobretudo pela via da pesquisa de Luiz Fernando Dias Duarte sobre o *nervoso* – uma visão mais propriamente antropológica, no sentido de uma análise comparativa entre culturas (ou segmentos de uma mesma cultura). Essa visão é capaz de oferecer elementos importantes para nossa investigação da individualização, agora em nível ideológico (individualismo). Então, a individualização poderia representar o eixo sobre o qual se vêm construindo, nas sociedades modernas ocidentais, tanto as diferentes formas históricas das perturbações ligadas à fadiga (conforme a ênfase de Loriol/Elias), quanto as diversas concepções de Pessoa (conforme o enfoque de Duarte/Dumont) – sendo esta última perspectiva privilegiada por nós a partir de agora.

3.5 Individualização e Pessoa moderna

Para Elias (1994), a ideia de uma separação completa e uma existência independente entre o “eu” e a “sociedade” (meio exterior) é uma “imagem enganosa” que impede a compreensão (sociológica) da inseparabilidade indivíduo-sociedade. Tal ideia, decorrente do próprio processo civilizador, deve ser considerada parte indissociável de um processo que é eminentemente social.

Também para Louis Dumont, a natureza do homem é social, ainda que a questão seja por ele abordada de forma diferente: “a percepção de nós mesmos como indivíduos não é inata, mas aprendida [...], ela nos é prescrita, imposta pela sociedade em que vivemos” (DUMONT, 1992, p. 56). Essa percepção assume a forma de uma *ideologia individualista*. Somente a apercepção sociológica é capaz de evidenciar o caráter “coletivo” que persiste, como um resíduo, no indivíduo (no fundo, o “homem social”), permitindo assim a análise comparativa entre as culturas ditas “tradicionais” e aquelas “modernas”. Dois conceitos centrais de sua teoria são os de ideologia e hierarquia.

Dumont define ideologia como o “conjunto mais ou menos social de ideias e valores”, ressaltando que, do ponto de vista socioantropológico, a “ideologia global” (aquela mais abrangente, mais fundamental, que está na base de uma cultura/civilização) é mais importante do que as ideologias mais locais (restritas a determinados grupos sociais – classe social, por exemplo) ou parciais (que incidem sobre um aspecto do sistema social como o parentesco, por exemplo); estas seriam mais como variações da “ideologia-mãe” (DUMONT, 1992). Nas

sociedades ocidentais modernas, tal *ideologia dominante* caracteriza-se principalmente pela noção de *indivíduo* como um ser autônomo, livre e igual. Ou mais exatamente: “O indivíduo é um valor – ou antes, ele faz parte de uma configuração de valores *sui generis*” (DUMONT, 1992, p. 57).

Em princípio, a sociedade moderna seria oposta a outros tipos de sistemas sociais comumente designados tradicionais, na medida em que, nestes, a ideologia central tem na sociedade (e não no indivíduo) sua unidade fundamental. As sociedades tradicionais se caracterizariam por possuírem uma noção coletiva de Homem, considerado como ser relacional e socialmente determinado: a *pessoa*. São, por essa razão, denominadas “holistas” (relativas à totalidade), em contraposição à sociedade moderna, que seria “individualista” (modelo do *indivíduo*).

A hierarquia – o segundo conceito fundamental de Dumont – alude à classificação ou ordenação dos valores, necessária ao funcionamento de qualquer sociedade. Assim, embora a hierarquia seja mais comumente associada às sociedades holistas, na verdade ela está presente também nas sociedades modernas, sendo mais apropriado dizer então que estas últimas são “referidas à ‘ideologia do individualismo’” (DUARTE, 2003).

No Brasil, o referencial teórico dumontiano “indivíduo x pessoa” fundamenta uma importante linha de pesquisa que visa à compreensão da experiência saúde/doença, especialmente no campo das doenças mentais (DUARTE, 2003). Um dos temas principais é a constituição e difusão dos saberes psicológicos em sua associação à hegemonização da ideologia do individualismo, resultando em um modelo “psicologizado” de pessoa – que corresponde, portanto, ao modelo moderno de indivíduo.

Jane Russo (1997) analisou as transformações sofridas pelo conjunto dos valores associados ao Indivíduo ao longo do tempo, como coexistindo em uma tensão entre três “sujeitos”.

Assim, o período que vai do Renascimento ao Iluminismo, por exemplo, vê surgir o “sujeito-cidadão”, regido pelos princípios da igualdade, liberdade e autonomia. A razão é o principal atributo da “natureza” humana. No século XIX, emerge o “sujeito biológico”; a razão não se manifesta de forma universal entre todos os homens, pois está subordinada a uma natureza pré-social, determinada biologicamente. Institui-se uma diferença entre aqueles que possuem livre-arbítrio e aqueles que não o possuem.

Mas, além desta separação em nível social, acrescenta-se também uma “partilha no interior do próprio indivíduo” (RUSSO, 1997, p. 15): é a figura do “louco” que vai colocar a questão da divisão interna entre uma parte racional, de um lado, e outra parte de si que escapa

ao controle da razão. Tal “lado sombrio” será exaltado pelo Romantismo, sendo tomado agora como um valor positivo frente ao racionalismo iluminista. A experiência subjetiva e a *singularidade* passam a definir o indivíduo, instituindo uma diferenciação “psicológica” entre as pessoas, e conformando o chamado “sujeito da singularidade”.

A concepção moderna de pessoa se constitui, assim, não de maneira unitária, mas plural, tendendo, em cada momento histórico, a um dos três polos. Mas, mais importante até do que o aspecto histórico da conformação desses três “sujeitos”, é perceber que eles convivem *em tensão*: a Pessoa moderna carrega, simultaneamente, os valores referentes a cada uma de suas três formas ou tipos principais.

Um outro aspecto importante derivado da teoria de Dumont é a constatação de que *o modelo psicologizado convive com modelos “não psicologizados” (holistas)*; tais modelos ou formas da pessoa variam de acordo com os diferentes graus e combinações, digamos, de holismo e individualismo presentes em cada cultura ou segmento cultural.

Nesse sentido, a vertente de pesquisa explorada por Duarte investiga as diferentes formas da pessoa e da perturbação nas classes populares, sobretudo no tocante às representações do *nervoso* (DUARTE, 2003). Sua hipótese é a de que “as formas de construção da pessoa nas classes populares brasileiras não obedecem aos princípios da ideologia do individualismo” (DUARTE, 2003, p. 177). A forma de “perturbação físico-moral” dominante nesse meio cultural é o *nervoso*, à qual corresponde o modelo de *pessoa* – ambas expressões de uma ordem relacional e hierárquica. Tal modelo coexiste e se contrapõe ao modelo de *indivíduo* prevalecente nos meios letrados, e que está associado a uma concepção psicológica do Homem (ou seja, à ideia de “interioridade psicológica” ou “psiquismo”). Os *nervos* constituiriam, portanto, um “sistema integrado de representação da pessoa e de suas perturbações, que se opõe ao modelo psicologizado moderno” (DUARTE, 1993, p. 54).

3.5.1 As formas da pessoa na modernidade: o modelo psicologizado x o modelo do *nervoso*

O que se verifica, historicamente, é que o modelo dos *nervos* antecede o modelo psicológico. *A transição ou transformação histórica dos modelos da melancolia, da neurastenia/nervoso e do psicológico evidencia um progressivo movimento de interiorização/internalização que eventualmente passa a dominar a representação moderna de pessoa.* Esse “espaço interior” de certa forma se “autonomiza” com o advento da psicanálise,

daí essa forma específica denominar-se comumente de uma forma psicologizada de concepção da pessoa. Mas lembremos que, na verdade, essa é uma das vertentes da individualização: há ainda as formas biologizadas (ou biomedicalizantes) da pessoa (representadas pela psiquiatria) (DUARTE, 1993). Sobre essa espécie de ramificação falaremos mais adiante.

Enquanto o modelo do nervoso pressupõe uma comunicação entre *soma* e *psyche* (consistindo, no fundo, em uma teoria dos fluxos entre um e outro, e não, como se poderia pensar, numa abolição dessa dualidade), o modelo psicológico tem como princípio a separação radical entre essas duas dimensões (com a preeminência do psíquico sobre o somático – no caso da sua versão mais acabada, a psicanálise) (DUARTE, 1993).

Assim, quanto às características do modelo do nervoso, Duarte (1993) destaca, em primeiro lugar, a relacionalidade, ou seja, o seu caráter *mediador* entre o físico e o moral (assim como as teorias antigas dos humores e temperamentos, ou da degenerescência – esta mesma derivada da teoria das doenças nervosas). Essa lógica permite “que um evento físico tenha consequências morais ou vice-versa, *sem que, no entanto, se deixe de distinguir entre os dois planos*” (DUARTE, 1993, p. 61, grifo nosso).

Dessa característica relacional básica do *nervoso* decorrem várias implicações. A primeira é a de fazer dele uma teoria não psicologizada do humano, pois, ao serem pensados como “um meio físico de experiências tanto físicas quanto morais”, os *nervos* se opõem ao *psiquismo*, “concebido para substituir o antigo nível moral e estabelecer sobre o físico nova hegemonia” (DUARTE, 1993, p. 61). A configuração nervosa permite também “conceber continuidade entre as múltiplas perturbações mais leves ou fracas e aquelas mais graves que se aproximam da ‘loucura’” (DUARTE, 1993, p. 62). O caráter relacional do *nervoso* manifesta-se ainda na possibilidade de “fazer depender a classificação de cada caso, a avaliação de sua realidade ou gravidade, da situação social em que se entrelaçam a pessoa observada e seu classificador” (DUARTE, 1993, p. 62). Este último aspecto, relativo às *propriedades de situação*, nos será particularmente interessante quando do exame da noção de estresse:

As propriedades de situação permitem que o código do nervoso seja efetivamente dotado de uma flexibilidade ímpar, que pode facultar – dado o *continuum* das perturbações – a recusa ou o abrandamento do efeito estigmatizante do comportamento desviante e permitir, portanto, que se possa associar a prevalência do código do *nervoso* a estados de maior capacidade de integração social. Uma das possibilidades intrínsecas do sistema é a de comportar avaliações de “simulação” pelos próprios informantes [fazendo do nervoso um] “instrumento de negociação de *status*” [...] (DUARTE, 1993, p. 63)

3.5.2 Os sentidos da psicologização

Resta-nos ainda uma observação a respeito da complexidade do tema psicologização, antes de passarmos à discussão sobre a categoria estresse (no tópico a seguir).

A referência ao “modo cultural mutualista, singularizante e individualizante [que] expressa-se através das formas *psicologizadas* da pessoa, *seja sob as formas biomedicalizantes da psiquiatria, seja sob as formas simbolizantes da psicanálise*” (DUARTE, 1994, p. 85-86) nos chama a atenção para a seguinte questão: considerando que tanto a biologização quanto a psicologização seriam vertentes *distintas* de um processo mais vasto de individualização, não seria melhor dizer “formas *individualizadas* da pessoa”, nesse caso?

A leitura dos textos aqui apresentados aponta para uma diversidade de sentidos no uso do termo psicologização, dos quais podemos destacar pelo menos três: 1- o de estreita ligação com a individualização enquanto movimento de interiorização (ideologia individualista); 2- o da ênfase na oposição *soma x psyche*, ou seja, entre o corpo x um “outro lado” que não se confunde com a corporalidade estrita (configuração psicológica/psicanálise); e 3- o da difusão (de caráter diferencial) dos chamados saberes psi (psicologia, psicanálise, psiquiatria) para diversos planos do conhecimento generalizado (sendo este um dos sentidos da expressão “psicologização social”).

Assim, a distinção anteriormente mencionada entre a “configuração do *psicológico*” e a “psicologização” enquanto processo indissociável da ascensão da ideologia do individualismo ajuda a entender por que Duarte inclui as formas biomedicalizantes (da psiquiatria) ao lado das formas simbolizantes (da psicanálise) no mesmo quadro das formas psicologizadas da pessoa. O termo “psicologizado” refere-se, neste caso, ao profundo laço com o processo de individualização (tão profundo que justificaria inclusive a “confusão” entre os dois).

Isso fica mais claro se pensarmos na individualização enquanto *visão de mundo* que orienta e organiza a experiência; tal visão de mundo é por vezes denominada “etnopsicologia”⁴⁸. Nesse sentido, ao abordar o problema da vivência das emoções, Rezende e Coelho (2010) identificam na etnopsicologia ocidental moderna dois pressupostos fundamentais no modo de pensar a pessoa e suas emoções: a percepção de que as emoções estão ancoradas à dimensão psicobiológica do indivíduo e a noção consequente de que as emoções são constantes e

⁴⁸ Ressalve-se que a palavra etnopsicologia, ao remeter ao termo “psicologia”, já parte de uma noção específica de pessoa = indivíduo (ser dotado de interioridade), sendo, portanto, comprometida com uma determinada noção de indivíduo moderno ocidental.

universais. A sociologia do trabalho francesa utiliza a noção correspondente de “cultura psicológica”, no sentido em que a experiência individual passa a ser definida “em referência a mecanismos psicológicos naturais que [n]os ultrapassam – a personalidade, o caráter, o dom, o *feeling*, as necessidades naturais”. Essa cultura psicológica reflete-se em uma “representação antropológica específica do homem e da mulher em sociedade: a de um indivíduo a revelar”. (BUSCATTO; LORIOLO; WELLER, 2008, p. 113, tradução nossa)⁴⁹. Aqui evidencia-se mais uma vez a ideia de um potencial oculto (e interior), ao qual se deve aceder para conquistar a realização pessoal.

O segundo aspecto da psicologização está associado à ênfase em uma interioridade não física em oposição a uma interioridade física (orgânica). A partir da configuração psicológica, teria ocorrido um afastamento da perspectiva fisicalista, e, ao lado disso, surge uma nova concepção do “mental”, agora em termos de “psíquico” ou “psicológico”, significando, com isso, ser autônomo em relação ao somático. Daí dizer-se que a vertente simbolizante é dualista (apesar de aspirar a um monismo – simbolizante, naturalmente): o raciocínio em termos de *soma x psyche* seria um sinal da força da psicologização. No caso específico da psiquiatria, a tensão físico-moral, agora expressa nesses termos, vai, de certa forma, “psicologizá-la” de maneira definitiva (embora a balança penda mais para um dos polos a cada momento histórico; isso sem considerar um terceiro “polo” – o “sujeito da cidadania”, fundado nos valores de igualdade, liberdade e autonomia) (RUSSO, 1997).

Finalmente, a psicologização das relações sociais seria uma manifestação do aspecto da difusão dos saberes psi. A ressonância encontrada pelo *burnout* entre os profissionais de enfermagem, por exemplo, pode ser considerado um caso de psicologização social, assim como o amplo recurso à categoria estresse para compreender e até mesmo gerir coletivamente determinadas condições de trabalho.

E por que distinguir os diversos sentidos do termo psicologização é importante em uma discussão sobre estresse e *burnout*?

Porque, a depender do sentido em questão, o estresse/*burnout* poderá ser entendido ora como psicológico, ora como não psicológico. Por exemplo: uma teoria biológica de estresse pode ser vista como manifestação – em sua vertente biomedicalizante – de um modo psicologizado (moderno) de concepção da pessoa. Nesse caso, o que se privilegia é o aspecto

⁴⁹ Trecho completo: “Cette culture est dite psychologique dans la mesure où les individus définissent ce qu’ils vivent (et peuvent vivre) en référence à des mécanismes psychologiques naturels qui les dépasseraient – la personnalité, le caractère, le don, le feeling, les besoins naturels. Le fondement de cette culture psychologique apparaît comme une représentation anthropologique spécifique de l’homme et de la femme en société: celle d’un individu à révéler.”

da individualização, fundada na ideia de “interioridade” (interioridade essa, entretanto, que é tanto fisiológica quanto psicológica). Psicologização = individualização = interioridade (física e também não física).

Já dizer que estresse e *burnout* são problemas “psicossociais” costuma indicar a intenção de marcar uma oposição ao enfoque fisicalista. Nesse caso, a oposição é entre “psicológico” e “físico” (o “não psicológico”).

Por sua vez, o reconhecimento de representações “não eruditas” de perturbação como formas “não psicologizadas” é indicativo de um outro nível de oposição, desta vez entre “físico-moral” (agora o “não psicológico”) e “psicológico”. Segundo esta perspectiva, o estresse – tão vago e tão difuso – poderia ser considerado “não psicológico” (porque físico-moral)?

3.6 Estresse

Ao examinarmos a produção de conhecimento sobre o *burnout*, pudemos perceber como sua emergência e difusão têm sido possíveis graças à sua estreita ligação com a noção de *estresse*. Mas – para além do elo teórico-conceitual entre os dois – por que a ideia de estresse serve tão bem para explicar o fenômeno do *burnout*? Qual seria, exatamente, a importância da categoria estresse para a existência da ideia de um esgotamento pelo trabalho? De onde ela vem, quais seus significados? Qual a sua relação com a má fadiga? E como ela se relaciona com os modelos modernos de pessoa e perturbação?

Loriol (2000) enfatiza a importância da noção de estresse para a construção das formas contemporâneas da má fadiga, na medida em que, hoje, o estresse representa a marca maior desse modo de vida moderno e urbano que é tido como uma agressão social à “natureza humana”. Como tal, o estresse converte-se na principal causa da fadiga “ruim”. Para o autor, foram a psicopatologia do trabalho e sobretudo o conceito de estresse que permitiram pensar e exprimir a má fadiga nas mais diferentes camadas da população (o que antes não era possível, estando a fadiga “ruim” mais ou menos restrita às classes superiores – caso da neurastenia, por exemplo). O estresse teria se tornado, portanto, o “conceito supremo para exprimir as interdependências, o peso da sociedade sobre o indivíduo”⁵⁰, principalmente naqueles setores profissionais em que a interdependência é sentida de forma mais imediata e incontornável,

⁵⁰ No original: “[...] le concept suprême pour exprimer les interdépendances, le poids de la société sur l’individu.”

como nas profissões relacionais (LORIOI, 2000, p. 10, tradução nossa). Daí a particular relevância do *burnout*, enquanto exemplo de má fadiga ligada ao estresse, em categorias profissionais como as da saúde (no caso, a enfermagem, objeto específico de sua pesquisa) – e, poderíamos acrescentar também, as da educação.

Diante da perspectiva de Lorioi, cabe perguntar: como foi possível a uma noção tão vaga, inclusive do ponto de vista científico, alcançar tamanha eficácia? O que há, na ideia de estresse, que permitiu tal difusão (ou democratização, digamos) da experiência de má fadiga?

A categoria estresse parece articular, como poucas, os temas *emoções e relações* em um discurso científico. Mas ainda vai além: dotado de uma extraordinária capacidade de significação, hoje o estresse não só circula entre as mais distintas linhas teóricas – do estritamente biológico ao eminentemente psicossocial –, como extrapola o universo científico para fazer parte do vocabulário corrente, servindo para explicar e descrever quase todo tipo de experiência de mal-estar – e não apenas a experiência humana, conforme demonstram expressões comumente veiculadas na imprensa em contextos os mais diversos: são exemplos “estresse hídrico” planetário, “teste de estresse da democracia”, “estresse financeiro” de pessoas, países ou instituições, “estresse jurídico”, etc. Juntamente com a ideia de energia, o estresse parece fazer parte de um seletivo grupo de categorias extremamente populares – quase “universais”. De onde vem a sua força?

Embora não se possa falar em um “modelo do estresse” (por analogia ou em contraposição a um “modelo dos nervos”, por exemplo) – sobretudo no âmbito científico, conforme testemunha o vasto panorama de teorias de estresse, estresse ocupacional e *burnout*, apresentado sucintamente no capítulo 1 –, pode-se dizer, no entanto, que existe uma ideia científica mais ou menos genérica de estresse que o vê como um processo composto por: estressores (fatores ambientais que desencadeiam o reconhecimento da presença de estresse); percepções de estresse (avaliações subjetivas de estresse); e respostas de estresse – *strains* (reações afetivas, biológicas e comportamentais aos componentes anteriores) (MELAMED et al., 2006a). Este último componente, porém, é geralmente tido como o mais relevante, muitas vezes resumindo o estresse a esta única dimensão; o estresse seria então a reação ou conjunto de reações corporais a estímulos externos, visando à adaptação individual (LEVI, 2012).

Dois aspectos chamam a atenção nesse modo de conceber o estresse: o recurso a metáforas mecanicistas e a consideração de uma dimensão subjetiva de avaliação, cuja função seria mediar a resposta (interna) aos estressores (externos).

Assume-se que a categoria estresse nasceu primeiramente como um conceito das ciências físicas relativo a uma força ou pressão exercida sobre determinado material

(LAZARUS, 1993). Com Hans Selye, ela foi introduzida no campo da biologia para designar a chamada reação geral de adaptação, constituída pelas fases de alarme (ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenais secundária à avaliação do estímulo pelo córtex cerebral), resistência (adaptação ao estressor, com resolução dos sintomas) e exaustão (quando o estressor é suficientemente intenso e/ou prolongado a ponto de esgotar a capacidade biológica de resposta, resultando em incapacidade de adaptação e conseqüentemente quadros patológicos) (SCHWARTZMANN, 2004).

A ideia de Selye dá mais ênfase ao que seriam as “forças” ou “pressões” – representadas pelos estímulos ambientais –, sendo a resposta do organismo basicamente de um único tipo (“geral”), variando apenas em função do grau e da duração do estímulo externo. Com a introdução do componente “psicológico” referente à avaliação subjetiva (atribuída a Richard Lazarus), a noção de estresse passa a focar mais a reação em si, e, dessa forma, o indivíduo como principal fonte da variabilidade dessa reação. Tal concepção veio a fundamentar a chamada perspectiva psicossocial, à qual se filia, por sua vez, o conceito de estresse laboral.

Na verdade, sem dispensar necessariamente a explicação fisiológica, segundo a qual se considera que a resposta de estresse é mediada pelo *sistema nervoso* (sobretudo o sistema nervoso central, instância que comandaria os diferentes níveis de reação, incluindo a resposta hormonal e bioquímica), os modelos de orientação psicossocial de estresse (ocupacional) e *burnout* procuram, no entanto, articular essa dimensão fisicalista – precária, diga-se de passagem – às dimensões subjetiva (ao postular que a resposta depende, em grande medida, de uma *avaliação* ou interpretação da situação pelo indivíduo como estressante) e também relacional/social (quando compreendem que o ambiente possui preeminência sobre o “individual” – tanto físico quanto psicológico – na determinação da resposta de estresse).

Note-se que, nessa passagem da engenharia à biologia (e posteriormente à psicologia), a metáfora mecanicista não é jamais abandonada.

É exemplar, nesse sentido, o modo como a *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (LEVI, 2012) apresenta o tema. O texto parte justamente do significado de estresse “na linguagem da engenharia” – como uma “força que deforma os corpos” –, para em seguida transpor essa ideia para o campo da biologia e definir o estresse como um “processo corporal de adaptação” aos estímulos (nomeados como agressões, ameaças, ou simplesmente mudanças) externos. Este processo, que pode ser ativado pela exposição a fatores de ordem física, psíquica ou social, consiste em uma reação estereotipada e inespecífica: a resposta de estresse. É o grau dessa resposta que determina se o efeito produzido por ela será ou não prejudicial ao indivíduo. Assim, a maneira como o corpo responde é mais ou menos igual, pois há sempre um nível basal

de estresse, necessário ao funcionamento do organismo – aqui, mais uma metáfora: a de um exército nacional, que está sempre de prontidão, havendo ou não ameaça concreta. Quando este exército precisa entrar em ação para defender o país, ele aumenta o nível de atividade. O nível de estresse, portanto, aumenta quando uma maior quantidade de combustível (“gás”) é ofertado ao corpo para fazê-lo funcionar: quanto mais gás é dado, mais o “motor” humano trabalha, o que leva a um maior consumo de gás e a um maior desgaste (*wear and tear*). Outra imagem utilizada é a de uma vela, posta para queimar dos dois lados: ela brilha mais, porém se extingue mais rápido (LEVI, 2012). Ainda que haja variações entre os modelos, de modo geral as teorias de estresse ocupacional consideram que: fatores ambientais produzem reações em nível físico, psicológico e comportamental; a ação dos estressores é mediada/moderada por fatores individuais e contextuais; os efeitos dessas interações, quando persistentes (crônicos), podem levar a adoecimento. Alguns modelos enfatizam mais os fatores sociais (relativos ao meio), enquanto outros privilegiam os fatores psicológicos na produção dessas respostas (LEVI, 2012; MELAMED et al., 2006a).

Dessa forma, apesar de definir-se como “psicossocial” – pretendendo com tal denominação ser mais abrangente que a abordagem fisicalista –, pode-se perceber nessa descrição genérica do mecanismo do estresse certa continuidade com o modelo da “síndrome geral de adaptação” de Selye. Porém, na ausência de um substrato orgânico claramente identificável (mesmo com referências frequentes ao sistema nervoso), só é possível falar por meio de imagens.

O recurso às metáforas mecanicistas (com suas ideias de força/fraqueza, ataque/defesa, queima ou consumo de energia) evidencia a “dupla cadeia de significação” (DUARTE, 1988) – física e moral – envolvida nas tentativas de elaboração teórica do estresse. Do ponto de vista dos modelos de Pessoa e de suas perturbações, expõe um aparente paradoxo: se a noção de estresse, conforme aparece nas teorias científicas atuais, é comprometida com uma versão psicologizada do Homem (porque calcada no dualismo corpo-mente), por outro lado parece manter com o sistema de representação do *nervoso* (não psicologizado) algumas semelhanças.

À primeira vista, a categoria estresse e o modelo do *nervoso* parecem compartilhar a característica básica da relacionalidade enquanto *mediação* entre físico e moral. E assim, da mesma forma, os principais efeitos do caráter relacional do *nervoso* – a continuidade entre formas leves e graves e a variabilidade da classificação segundo as propriedades de situação (DUARTE, 1993) – também pareceriam se aplicar ao estresse, sobretudo em suas representações de senso comum. Daí ser possível ao estresse explicar e representar desde o cansaço da vida diária até a exaustão incapacitante, sintoma de doenças físicas e emocionais.

Apesar da aparente semelhança, entretanto, há diferenças importantes entre os dois. Por exemplo: ao contrário da categoria nervos, a categoria estresse não é capaz de prover inequivocamente esse substrato orgânico totalizador/totalizante (que faz do sistema nervoso o eixo articulador geral da pessoa, com o cérebro ocupando o lugar superior), mantendo-se num campo semântico bastante vago e ambíguo.

Em artigo recentemente publicado, Zorzaneli, Vieira e Russo (2016) observam que a noção de estresse tem promovido, cada vez mais, uma linguagem comum entre a biologização e a psicologização. Isso é verdadeiro especialmente em casos que envolvem a fadiga como principal manifestação clínica, como a síndrome da fadiga crônica (de enfoque biologizante) e o próprio *burnout* (de base psicossocial). Estresse é uma categoria suficientemente difusa para se prestar aos dois tipos de leitura: é mais psicológica que um vírus, ao mesmo tempo em que parece menos mental (e portanto mais física) que desejos inconscientes ou frustração, comportando tanto novos modelos fisiológicos quanto velhos modelos psicossociais. Tanto circula no senso comum, para explicar perturbações da vida cotidiana das pessoas, quanto em discussões acadêmicas. É por isso facilmente compreensível por quem a utiliza, mas, talvez por isso mesmo, pouco precisa. Essa imprecisão torna-a uma categoria interessante para ser utilizada nesse espaço intermediário (e também pouco preciso) entre o somático e o psíquico (ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016).

É necessário, contudo, acrescentar uma terceira dimensão a esse espaço intermediário: o social. O caso do *burnout*, cuja relação com o ambiente laboral é crucial, evidencia a existência de fronteiras fluidas e pouco definidas não apenas entre o somático e o psíquico, mas, também, entre essas duas esferas e a dimensão social. O estresse, então, pode ser pensado como um produto do ambiente (pressões e coerções sociais) que gera efeitos psicológicos e físicos importantes. É uma categoria, neste sentido, que pode dar conta da circulação entre essas três dimensões, sendo assim, por excelência, “biopsicossocial”. Ao mesmo tempo, os novos modelos fisiológicos do estresse permitem sua aproximação a síndromes funcionais, como a SFC, por meio do denominador comum das “queixas subjetivas de saúde” (ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016).

Há algo na categoria estresse que ultrapassa, portanto, o *nervoso*. É curioso observar que a mesma fluidez da categoria estresse – que permite que ela, ao se “colar” ao *burnout*, potencialize, por assim dizer, o alcance deste enquanto problema ao mesmo tempo social e individual – possa servir, da mesma forma, a abordagens mais reducionistas (como as que propõem considerar apenas a dimensão exaustão como definidora do *burnout*), dependendo de cada contexto social. A linguagem/código do estresse funcionaria então, ora como

representação psicologizada, ora como representação não psicologizada, de acordo com a sociedade, ou subgrupo social, em questão. Talvez seja essa a principal característica que permita ao estresse tamanha pregnância.

Por fim, a passagem da noção de estresse para a de estresse laboral também é apontada como significativa para a difusão de uma ideia (e de uma experiência) de estresse “acessível” aos mais variados segmentos sociais, ou seja, para uma difusão propriamente cultural do estresse. Para Väänänen et al. (2012), o estresse – particularmente o estresse *no trabalho* – converteu-se hoje num “fenômeno estruturante da vida” graças a uma relação culturalmente específica entre conhecimento científico, trabalho, saúde e subjetividade. Ao gerar não só termos específicos (como “estressores”, “burnout” e “recursos sociais”), mas também um arcabouço cognitivo geral para descrever experiências da vida de trabalho, a pesquisa em estresse laboral teve um papel significativo na formulação de um *novo tipo de subjetividade do trabalhador*: o indivíduo ativo que reconhece o estresse no trabalho como uma experiência normal. Essa nova subjetividade refletiu a nova cultura da vida no trabalho e correspondeu às suas novas demandas. Nesse sentido, as novas práticas de gestão – derivadas das teorias de estresse laboral – puderam promover uma articulação entre economia, cultura corporativa e valores culturais mais amplos ligados a ideais de autorrealização (VÄÄNÄNEN et al., 2012).

4 EMOÇÕES E TRABALHO

Após termos dedicado o capítulo anterior às figuras da (má) fadiga e do estresse, categorias que se têm sido mais comumente associadas à dimensão da exaustão – que, por sua vez, tende a ser considerada como o principal componente do *burnout*, conforme sua definição mais aceita –, passaremos, neste capítulo, à abordagem das duas dimensões remanescentes da síndrome: a despersonalização/cinismo; e a realização pessoal no trabalho. Elas serão examinadas sob o prisma das emoções, em suas articulações com o trabalho.

A discussão da relação emoções-trabalho é aqui desenvolvida em dois níveis: 1- a questão da regulação/controle emocional (em termos das regras sociais das emoções) em profissões como as de cuidado; 2- a relação entre emoções e transformações da subjetividade, no contexto do capitalismo contemporâneo (envolvendo os sentimentos de realização pessoal, engajamento e cinismo). Ambos os níveis de discussão se relacionam entre si e também com o *burnout*, mas de modos diferentes.

O primeiro caso se refere à regulação das emoções enquanto “problema” especialmente relevante para os profissionais dos *human services* – área em que emerge o *burnout*. Por serem atividades em que o trabalho emocional (conceito de Arlie Hochschild que tomaremos como ponto de partida) é, de certa forma, essencial, surge a questão de como esse trabalho pode ou não causar sofrimento (que é também uma emoção). O fato de as emoções, na nossa sociedade, serem internalizadas, i.e., vistas como a expressão do *self* (de uma “verdade interior”) (MARTIN, 2007; REZENDE; COELHO, 2010), coloca o problema de como compatibilizar tais emoções com as regras sociais e culturais que norteiam a emoção sentida e expressa: o que se deve sentir x o que “de fato” se sente. Um conflito surge então da necessidade de aproximar as duas coisas e nem sempre isso ser possível.

O problema se torna ainda maior no contexto cultural mais abrangente da revalorização das emoções – o segundo nível de discussão. Com base em Emily Martin (2007), podemos entender tal revalorização das emoções como relacionada ao estágio atual do capitalismo, no qual o domínio das próprias emoções passa a ser, cada vez mais, um requisito profissional. A emoção mais valorizada, por sua vez, é a criatividade: a mais legítima representante da autenticidade e expressão das forças emocionais “primitivas”. A ênfase na criatividade seria uma herança do romantismo, na medida em que foi em torno desse valor da “criação” e da “imaginação” humana que se pôde construir uma ética – a ética romântica (CAMPBELL, 2001). Por meio da conjugação criatividade-prazer (representada no chamado hedonismo

moderno), a ética romântica contribuiu para o surgimento do sentimento de realização pessoal – que será a base, por sua vez, de uma ética do desenvolvimento pessoal.

O vínculo entre autorrealização e engajamento será examinado a partir da ideia, presente na obra *Le nouvel esprit du capitalisme* (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011), de se considerar a realização pessoal como uma promessa em nome da qual vale a pena engajar-se no sistema capitalista, através do trabalho. Por fim, os efeitos do sistema econômico sobre a vida emocional e o caráter – representados nas figuras do “homem irônico” (SENNETT, 2009) e do “executivo de estilo maníaco” (MARTIN, 2007) – nos levam a uma reflexão sobre o cinismo. Com isso, nos aproximamos diretamente de nosso objeto específico de estudo, o *burnout*.

4.1 A regulação social das emoções: o trabalho emocional nas profissões de cuidado

Vários autores chamam a atenção para os pressupostos culturais sobre as emoções. Nas sociedades ocidentais modernas, elas são geralmente vistas como incontroláveis, não passíveis de regulação por regras sociais (HOCHSCHILD, 2013); pertencentes à dimensão interna e privada da pessoa/localizadas na interioridade (REZENDE; COELHO, 2010); portadoras da “verdade interior” de cada indivíduo (MARTIN, 2007).

No campo das ciências humanas e sociais, o debate a respeito das fontes das emoções é reconhecidamente antigo e acirrado. De acordo com Goodwin, Jasper e Polletta (2001), as principais correntes teóricas sobre a natureza das emoções dividem-se entre: 1- um enfoque biológico, em que as emoções se desenvolvem evolutivamente em função de necessidades de sobrevivência da espécie (como na reação de luta ou fuga, por exemplo); 2- um enfoque individual, que vê sua origem nas estruturas de personalidade (caso da tradição psicanalítica freudiana); 3- abordagens sociais estruturais (que consideram que as relações de poder e *status* geram determinados tipos de emoções, dependendo da posição ocupada na hierarquia social e a quem se está reagindo); e 4- uma perspectiva das emoções enquanto construções sociais ou culturais, que enfatiza as regras sociais para a expressão de sentimentos, o manejo das emoções por si e por outros e a avaliação social das emoções.

Um representante desta última corrente teórica é Arlie Hochschild. É, portanto, essa “dimensão imperativa das regras sociais sobre a emoção e o sentimento” (HOCHSCHILD 2013, p. 169) que ele procura destacar, em sua teoria do gerenciamento das emoções.

Por emoção Hochschild entende a “cooperação corporal com uma imagem, um pensamento, uma lembrança – uma cooperação da qual o indivíduo tem consciência”; “emoção” e “sentimento” são usados de maneira intercambiável (HOCHSCHILD, 2013, p. 169). Sua abordagem é dita interativa porque considera a influência dos fatores sociais não apenas sobre a emoção “primária” (o que se sente), mas também seu impacto sobre a expressão emocional (o que alguém pensa ou faz em relação ao que sente, ou seja, atos de avaliação e gerenciamento) – ou, nas palavras de Rezende e Coelho (2010), engloba tanto o “sentimento sentido” quanto o “sentimento expresso”.

Segundo o autor, o ato de gerenciar emoções constitui o *trabalho emocional*, definido como o “ato de tentar mudar, em grau ou qualidade, uma emoção ou sentimento” (HOCHSCHILD, 2013, p. 184). Corresponde à noção de atuação profunda⁵¹. O importante nesse conceito é o esforço de *tentar* mudar, não importando o resultado, que pode ser ou não bem-sucedido. Trata-se, portanto, de uma postura ativa diante do sentimento. O trabalho emocional difere também de mero controle ou repressão das emoções, referindo-se mais amplamente ao ato de evocar ou modelar, bem como de suprimir o próprio sentimento (HOCHSCHILD, 2013).

Em suma, o trabalho emocional consiste em tentar adequar simultaneamente o sentimento ao enquadre convencional (definição da situação em termos do que é adequado sentir) e à situação. Embora seja realizado de forma contínua e privada, tal esforço depende de regras que não são inteiramente da autoria do indivíduo – estas são denominadas de regras de sentimento (HOCHSCHILD, 2013).

Regras de sentimento correspondem, portanto, a “diretrizes sociais que orientam o modo como queremos tentar sentir”, constituindo “um conjunto de regras socialmente compartilhadas, embora muitas vezes latentes (sobre as quais não refletimos a não ser que as investiguemos)” (HOCHSCHILD, 2013, p. 189). O senso de direitos e deveres relativos a um sentimento (o que temos o direito ou o dever de sentir em uma dada situação) é um indicador da presença e da força da convenção social.

⁵¹ Hochschild (2013) situa sua abordagem interativa entre o foco de Erving Goffman na “atuação” (abordagem dramaturgica) e o foco freudiano nos eventos intrapsíquicos inconscientes (abordagem psicanalítica), compartilhando com ambos alguns aspectos, mas se diferenciando em outros. Para ele, a noção de atuação em Goffman combina, na verdade, dois tipos de atuação. Ao contrário da definição do próprio Goffman, a atuação não seria apenas o esforço para gerenciar impressões. Ela não se restringiria ao gerenciamento direto da *expressão* comportamental, e sim incluiria, além deste, o gerenciamento do *sentimento* do qual decorre a expressão. O primeiro caso seria, portanto, uma “atuação de superfície”, enquanto que o segundo seria uma “atuação profunda”. Esta última constituiria, na opinião de Hochschild, a dimensão mais importante, embora tenha sido obscurecida pelo próprio Goffman.

O sentimento “interno” (sentimento “sentido”) é construído, portanto, por referência ao parâmetro social determinado pela regra de sentimento (ideal do sentimento “expresso”). Quanto mais próximos um do outro, maior o senso de adequação. A correspondência esperada entre o que se deve sentir e o que se sente “de fato” é alcançada, por sua vez, mediante o trabalho emocional.

Mas, quando não é possível aproximar o sentimento “íntimo” daquilo que a regra social determina – quando o trabalho emocional não é suficientemente eficaz –, essa defasagem pode ser vivida como sofrimento. O problema surge não só do fato de as emoções, em nossa sociedade, serem vivenciadas como internas ao indivíduo, mas também por elas serem consideradas como a expressão de uma “verdade” do ser. Isso estabelece uma diferença entre sentimento sentido e expresso, em que o primeiro possui mais valor – porque é mais “autêntico” – que o segundo. O sofrimento decorre então não só de não se conseguir atingir o ideal (imposto pela regra) mas também porque tal ideal pode ser conflitante com a “verdade” individual, tornando o trabalho emocional necessário muito mais difícil de ser feito.

O problema colocado pela defasagem entre a regra e o sentimento “interno” parece ocorrer com maior intensidade em alguns meios e sob certas circunstâncias sociais, como no caso das profissões de cuidado. Nelas, a necessidade de ajustar o sentimento “sentido” ao sentimento “expresso” conforme a regra social correspondente é maior. Afinal, não se deve e não se pode ter “maus sentimentos” por um paciente: não é aceitável sentir raiva (quando ele descumpra as recomendações médicas ou é agressivo), desprezo (por sua condição social, no caso de um morador de rua), nem condená-lo moralmente (quando se trata de uma mulher com complicações decorrentes de um aborto provocado, ou um dependente químico), por exemplo.

Importa destacar, na teoria de Hochschild (2013), o aspecto da *troca social* de convenções de sentimento (i.e., aquilo que se supõe que a pessoa deva sentir). As pessoas trocam gestos de trabalho emocional, conforme um senso prévio de direitos e deveres sobre esses gestos. Elas podem buscar atender as exigências emotivas das situações (tentando sentir o que consideram que seria esperado) ou afastar essas exigências (como no exemplo do funcionário irônico da companhia aérea que reconhecia o sentimento sincero “devido” ao colega que lhe pedia auxílio, ao mesmo tempo em que brincava com essa noção de dívida) (HOCHSCHILD, 2013).

Da mesma forma como os gestos de trabalho emocional são trocados em particular, eles também podem ser trocados no mercado, como um componente da força de trabalho. Quando isso acontece, fala-se em “*mercantilização*” do trabalho emocional: “Quando o gerente dá à empresa sua fé entusiástica, quando a aeromoça dá aos passageiros seu caloroso sorriso

fabricado, porém quase genuíno, o que é vendido como um aspecto da força de trabalho é a atuação profunda” (HOCHSCHILD, 2013, p. 200). Esse fenômeno seria mais importante no caso de trabalhadores cuja função é criar e manter significados (por exemplo, aqueles significados que supostamente representam os valores da empresa) – situação mais comum na classe média. Por essa razão, “muitos empregos exigem [do homem moderno de classe média] uma compreensão das regras de demonstração e de sentimento e uma capacidade de atuação profunda” (HOCHSCHILD, 2013, p. 200). A capacidade de realizar trabalho emocional, enquanto um elemento da força de trabalho, converte-se assim numa habilidade pessoal especialmente relevante para determinadas ocupações (em geral de classe média).

O autor sugere a utilidade da teoria do gerenciamento da emoção para investigar a questão do interesse econômico em determinadas regras de sentimento:

E, finalmente, a quem interessam essas regras de sentimento? Alguns gerenciamentos de sentimento promovem o bem social. Outros não. Certamente, a percepção da aeromoça de que “deve se sentir alegre” faz mais pelo lucro da United do que pelo aumento do próprio bem-estar. (HOCHSCHILD, 2013, p. 205)

4.2 A modelagem social das emoções no contexto do capitalismo contemporâneo

A mercantilização do trabalho emocional aponta para a segunda dimensão de nossa discussão, referente à relação das emoções com o contexto socioeconômico atual. De acordo com a antropóloga Emily Martin (2007), no capitalismo contemporâneo o controle das emoções converte-se, cada vez mais, em requisito profissional. Esse fenômeno estaria ligado, por sua vez, a uma ênfase cultural renovada sobre as emoções.

Em seu estudo sobre a afinidade da cultura americana contemporânea com o comportamento maníaco, Martin (2007) toma a mania enquanto uma forma de humor quase equivalente, em termos analíticos, a uma emoção⁵². A autora identifica uma recente revalorização das emoções na cultura de forma geral, e no contexto dos mercados (e no mundo

⁵² “Humor” e “emoção” são considerados conceitos adjacentes. Martin classifica a psicose maníaco-depressiva (PMD) como um metaestado: não é um membro da classe das emoções, mas uma condição emocional que contém classes de emoções particularmente intensas. Isso porque “[o]s componentes da PMD não se referem simplesmente a algo verdadeiramente dentro da pessoa, como as emoções fazem; em vez disso, eles também ganham sentido pela sua relação com outras partes do sistema de emoções e comportamentos da pessoa. Dentro desse metaestado, os humores não simplesmente existem; eles oscilam” (MARTIN, 2007, p. 47, tradução nossa). (No original: “The components of manic depression do not simply refer to something truly in the person, as emotions do; rather, they also gain meaning by their relationship to other parts of the person’s system of emotions and behaviors. Within this meta-state, moods do not just coexist; they oscillate.”)

do trabalho) em particular. O recrudescimento do interesse cultural nas emoções – representadas hoje na figura da mania – estaria associado a mudanças político-econômicas, as quais, por sua vez, têm implicações sobre a noção de Pessoa. Ela analisa então a ligação entre emoções-indivíduo-relações e sistema econômico.

Segundo Martin (2007), nas crenças ocidentais (modernas), as emoções são consideradas forças fisiológicas localizadas dentro do indivíduo. De acordo com essas crenças, as emoções de uma pessoa constituem o seu senso de singularidade porque elas representam um tipo de verdade interior sobre si mesmo. Além de expressarem a “verdade interior” de um indivíduo, porém, sob o ponto de vista antropológico, as emoções estão fortemente ligadas às interações sociais. Em outras palavras, as emoções seriam, em si, relacionais. Relacionais porque criam, de certa forma, o contexto em que ocorrem: sua expressão significa que aquilo que elas definem está mesmo lá⁵³.

Martin argumenta que as emoções são moldadas de acordo com demandas culturais específicas. Para isso, elas se tornam “coisas” que podem ser medidas e reguladas. Há o interesse nas emoções – mas não é qualquer emoção que serve! Algumas são continuamente estimuladas, outras devem ser eliminadas, e elas são também otimizadas: ora estimuladas, ora desestimuladas de acordo com a “necessidade”. Em outras palavras, emoções são seletivamente aplainadas e incitadas.

Para a autora, as duas exigências opostas do capitalismo contemporâneo se relacionariam com as duas grandes entidades nosológicas propostas pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin, no fim do século XIX: a esquizofrenia atenderia à demanda de *frieza emocional*; enquanto que a psicose maníaco-depressiva atenderia à demanda do mercado por *intensas (e lábeis) emoções* – oriundas dos “espíritos animais” (expressão do economista John Maynard Keynes) e da *energia vital* dos empreendedores – necessárias à sua operação.

De acordo com essa perspectiva, a busca pelo controle das próprias emoções torna-se não apenas um requisito profissional, mas também algo socialmente desejável (pois conforme aos valores da sociedade capitalista), ou seja, é um requisito social (ou socioeconômico). Tanto o afeto quanto a técnica são requisitos do mercado, sobretudo, no que se refere ao *domínio da*

⁵³ De maneira semelhante, Goodwin, Jasper e Polletta (2001, p. 10, tradução nossa) compreendem as emoções como “parte do ‘material’ que conecta os seres humanos entre si e ao mundo em torno deles, como uma lente invisível que colore todos os nossos pensamentos, ações, percepções e julgamentos”. Podem assim funcionar como motivadoras da ação, ao proporcionar um senso de empatia em que “todos” somos capazes de compreender certos sentimentos surgidos em determinadas situações, e, a partir disso, “sabemos” como devemos agir nessas situações. (No original: “Emotions are part of the ‘stuff’ connecting human beings to each other and the world around them, like a lens that colors all our thoughts, actions, perceptions, and judgements.”)

emoção com vistas à produtividade. E o controle emocional é tarefa dos saberes psi. Diz Martin (2007, p. 179, tradução nossa)⁵⁴:

A convicção de que o gerenciamento psicológico é racional tem origem na história inicial das disciplinas de psiquiatria, psicologia e psicanálise. Essas disciplinas consideraram que as pessoas, enquanto indivíduos, poderiam alcançar objetivos desejáveis como autoridade, tranquilidade, sanidade, virtude ou eficiência por meio do governo da própria subjetividade.

Ela chama a atenção para a *valorização social diferencial de determinadas emoções* (no caso, humores) em detrimento de outras, em função de atenderem ou não a interesses econômicos ligados à produtividade no trabalho. Assim, a mania (ou o “estilo maníaco”), por ser associada à euforia, energia, rapidez e melhora da *performance*, seria socialmente valorizada, enquanto que a depressão, ligada a valores opostos, *especialmente baixo desempenho*, carregaria estigma social negativo. Mas, como observa Martin, mesmo a emoção “positiva” deve ser “neutralizada” de seu aspecto “perturbador” (dispersivo) para ser “otimizada”, i.e., empregada apenas para os fins desejados (de produtividade).

A autora discute a ênfase contemporânea no valor da criatividade, ressaltando, entretanto (a partir da crítica de Louis Sass), tratar-se de uma noção restrita e historicamente específica de criatividade – aquela dos românticos: “o tipo de criatividade que os românticos prezaram envolvia a capacidade de fugir das inibições [*self-consciousness*] e liberar as poderosas forças das emoções” (MARTIN, 2007, p. 201). Nesse sentido, a adoção recente de práticas corporativas que visam a cultivar deliberadamente estados maníacos em seus funcionários (MARTIN, 2007, p. 239) com o alegado objetivo de estimular a criatividade seria, na verdade, uma prática de conformidade social, já que está restrita ao tipo de criatividade que interessa ao mercado: aquela considerada como função da *quantidade* de trabalho produzido, e que se alimenta da “força crua das emoções”.

Porque a noção de criatividade se utiliza das forças emocionais, ela pode ser vista como o oposto de “racional”. Mas ao mesmo tempo, retomando minha discussão sobre a conformidade social da mania e da depressão [...], essa noção de criatividade *conforma*: conforma às demandas de produtividade como medidas pelo mercado. (MARTIN, 2007, p. 243, grifo da autora, tradução nossa)⁵⁵

⁵⁴ No original: “The conviction that psychological management is rational came out of the early history of the disciplines of psychiatry, psychology, and psychoanalysis. These disciplines came to think that persons, as individuals, could achieve desirable goals such as authority, tranquility, sanity, virtue, or efficiency by governing their own subjectivity.”

⁵⁵ No original: “Because the notion of creativity taps into emotional forces, it can be seen as the opposite of ‘rational’. But at the same time, recalling my discussion of the social conformity of mania and depression [...], this notion of creativity *conforms*: it conforms to the demands of productivity as measured by the market.”

As raízes românticas dessa revalorização das emoções foram bem descritas pelo sociólogo inglês Colin Campbell (2001), no âmbito de seu estudo sobre o espírito do consumismo moderno. O romantismo⁵⁶ se caracterizou pelo surgimento de uma nova forma de hedonismo, marcado pela preocupação com “o prazer” enquanto ideal potencial de toda experiência, e cujo requisito essencial foi o pleno controle emocional. Mas, para o autor, mais do que mera repressão ou supressão, essa capacidade de regulação da própria experiência emocional consiste no *cultivo deliberado de uma emoção*, especialmente na ausência do estímulo “externo”. O fenômeno da autodeterminação emocional – que é diferente do controle da expressão social das emoções – é por ele concebido, portanto, como um “desenvolvimento psicocultural” indispensável ao surgimento do hedonismo moderno. A habilidade de empregar as emoções para produzir prazer requer, por sua vez, o uso da imaginação. A criatividade torna-se, assim, uma qualidade altamente valorizada.

É no Romantismo que a racionalização da busca do prazer se converte numa verdadeira *filosofia do prazer*. A partir do que Campbell denomina de “teodiceia da criatividade” – a ênfase na criatividade como valor supremo; a valorização da paixão; o deslocamento do “divino” para a interioridade singular (o “gênio”) –, o prazer passa a ser o princípio vital a governar a transformação pessoal, que ocorre através da arte (a arte transformadora). Fortalece-se a ideia da singularidade da experiência – não é possível transmitir uma experiência a outra pessoa; é preciso senti-la dentro de si mesmo. Isso só é possível promovendo, no indivíduo, a capacidade “artística” – criadora – de produzir o próprio prazer a partir de uma experiência apenas imaginada, sem correspondência com quaisquer estímulos “externos”. O hedonista moderno é, portanto, o “artista do sonho”.

Mais: a arte forma diretamente o caráter. Ao elevar o prazer e a arte ao topo das qualidades morais, a teodiceia romântica deu origem a um ideal peculiar de caráter. Um ideal que deposita um alto valor moral diretamente na experiência do prazer – especificamente aquele mediado pela imaginação –, revestindo-o de uma dimensão ética: deve-se procurar e desfrutar o prazer que há na própria vida, ou ainda, transformá-la em uma sucessão de momentos agradáveis.

⁵⁶ Apesar de considerar a definição de romantismo problemática do ponto de vista teórico, Campbell inclina-se para a proposição de Gauderfroy-Demombynes de considerá-lo um “modo de sentir” em que a sensibilidade e a imaginação predominam sobre a razão, e que tende para o novo, o individualismo, a revolta, a fuga, a melancolia e a fantasia. Outras características seriam: a insatisfação com o mundo contemporâneo, uma inquieta ansiedade em face da vida, uma preferência pelo estranho e curioso, uma inclinação para o sonho e o devaneio, um pendor para o misticismo, e uma celebração do irracional (CAMPBELL, 2001, p. 254).

A ética romântica caracteriza-se, portanto, por uma sensibilidade especial para o prazer, sendo o romântico capaz não só de senti-lo como de proporcioná-lo aos outros, renovando assim os seus espíritos (CAMPBELL, 2001). Além disso, seu senso de obrigação para com o “gênio” pessoal o distanciava de uma sociedade “artificial”, gerando o que Campbell refere como “ego de oposição” (base do conflito ego x sociedade). Essa atitude resultava em isolamento social, na tendência ao “ensimesmamento”, na busca de refúgio na natureza, ou ainda na formação de um círculo social restrito em que as pessoas sentiam que podiam livremente desenvolver seus dons artísticos longe das influências nocivas da sociedade. A figura mais representativa desse ideal romântico de caráter é o boêmio.

Embora aparentemente a ética romântica se mostrasse incompatível com a noção então predominante de trabalho, ao vê-lo como uma atividade que impede o livre desenvolvimento do ser (do “gênio” artístico), pode-se dizer que tal ética, fundada no sentimento de *realização pessoal*, irá pouco a pouco “alimentar” o capitalismo: mas não só no aspecto do estímulo ao consumo (o prazer através do consumo), como também no âmbito da própria produção – o trabalho em si (o prazer no trabalho). Isso será possível à medida que *também o trabalho comece a ganhar o sentido de “criação” pessoal*. A capacidade de domínio das próprias emoções poderá então ingressar, por assim dizer, no campo da atividade profissional pela via dessa valorização da criatividade de tipo romântico – “tanto no sentido da produtividade quanto no da originalidade” (CAMPBELL, 2001, p. 271) –, qualidade que se tornará cada vez mais desejável do ponto de vista tanto da autorrealização quanto da *performance* exigida pelo mercado de trabalho. A ética romântica passará então a servir de suporte para uma nova ética do trabalho: a ética do desenvolvimento pessoal.

4.3 Uma combinação de controle de si e prazer: o sentimento de realização pessoal

Neste ponto, cabe uma breve reflexão sobre a questão da otimização do corpo: para o prazer e para o rendimento (eficiência).

Rezende e Coelho (2010) veem na articulação dos valores da autenticidade da expressão de si, do controle emotivo e da ênfase no prazer e na satisfação uma característica marcante das experiências emotivas nas sociedades ocidentais modernas. As autoras apontam a questão do valor do hedonismo existindo em tensão com a tônica da contenção emotiva. Recorrem, em sua

argumentação, ao conceito de “dispositivo da sensibilidade”, proposto por Duarte (1999) como pautado por três ideias fundamentais: perfectibilidade, experiência e fisicalidade⁵⁷.

Para elas, há uma “tensão entre dois conjuntos de valores: o investimento na duração e preservação da vida, para o qual a contenção emotiva é elemento importante, e a aposta na vivência da intensidade em curto prazo, marca da ênfase hedonista” (REZENDE; COELHO, 2010). Dois exemplos da *combinação* controle de si + aumento do prazer/satisfação (situações em que se pretende alcançar o prazer e a satisfação *através de* medidas de controle de si e de planejamento) seriam: o foco dado à felicidade na mídia e a vivência de risco nos esportes radicais⁵⁸.

Um outro exemplo poderia ser a realização pessoal no trabalho?

A *ideia de trabalho como fonte de satisfação pessoal* estaria inscrita em uma nova (no sentido de recente) ética do desenvolvimento pessoal (*épanouissement* – desenvolvimento, crescimento, realização, florescimento) (LORIOU, 2000), baseada na crença de que o propósito da existência humana, sua “missão”, por assim dizer, é a satisfação pessoal, o aprimoramento das próprias capacidades e o desenvolvimento da personalidade individual. Coerente com a dimensão da perfectibilidade, a moral do *épanouissement* liga-se ao aumento do individualismo, às vezes referido em termos de narcisismo (FRIBERG, 2006; LORIOU, 2000).

A emergência desta nova moral do desenvolvimento pessoal é parte de uma transformação histórica da significação social do trabalho: de indigno (na antiguidade e na idade média) a valorizado (na sociedade industrial e salarial); de imposto de fora (escravidão, servidão) a coerção livremente consentida (nos monastérios), passando pela popularização da moral do trabalho (reforma protestante) – quando o trabalho metódico, cotidiano e sem

⁵⁷ A perfectibilidade remete à ideia iluminista de que o homem é capaz de se aperfeiçoar indefinidamente, pois é dotado de razão (portador de uma “verdade” em seu “interior” e esteio de sua “vontade”). A perfectibilidade, por outro lado, é desenvolvida a partir da experiência (através dos “sentidos”): “a ideia de sentido é crucial, pois ela está tanto na raiz da razão quanto da emoção”, fazendo da experiência “ao mesmo tempo um fato cognitivo e emocional” (REZENDE; COELHO, 2010, p. 112). Já o fisicalismo baseia-se na concepção de separação entre corpo e espírito e de que a corporalidade possui uma lógica própria, que tem implicações para a condição humana (DUARTE, 1999).

⁵⁸ As autoras certamente se inspiraram na discussão de Vargas (2001) sobre a questão do uso de “drogas”. Tal uso seria regido por distintos modos de engajamento com o mundo: um que se apoia na noção de vida em extensão (objetivando o prolongamento da vida através do controle de si – e do uso de determinadas substâncias como medicamentos, por exemplo) x outro que se baseia no conceito de vida em intensidade (visando à produção de êxtase – no sentido de “sair de si”). Essa produção de êxtase não se restringiria, entretanto, ao hedonismo enquanto simples busca de prazer. O autor observa que, embora a noção de êxtase não seja facilmente associável ao uso de drogas “contemporâneo” (sendo vista como exclusivamente vinculada a contextos religiosos tradicionais/“primitivos”), sua ligação com este sentido religioso original se manifesta hoje através dos rituais habitualmente presentes nessa experiência. Ele toma esses rituais, bem como as técnicas corporais envolvidas na experiência do uso de drogas como “técnicas de produção de êxtase” (VARGAS, 2001, p.558). Esta interpretação conjuga, de certa forma, o controle de si à busca de prazer – agora êxtase (como propõem Rezende e Coelho).

descanso, “intramundano”, passa a ser visto como o meio privilegiado, senão o único, de cumprir a vontade de Deus, e de comprovar a própria fé (WEBER, 2004) –, até culminar, no século XVIII, na equivalência trabalho-dever social (LORIOLO, 2000).

É com a Reforma que a ideia de valorização do trabalho – já presente, mas antes restrita aos mosteiros – se generaliza para a vida comum. Ao associar-se à ideia de *vocação* (*Beruf*: “missão” dada por Deus; significa também “posição na vida” e “ramo de trabalho definido”, aproximando-se do sentido de “carreira”) (WEBER, 2004), o trabalho começa a ter uma representação positiva, passando a ser visto como o cumprimento terreno da vontade divina (LORIOLO, 2000).

Por ser a expressão da vocação, o trabalho profissional torna-se um dever. Além disso, ele deve ser executado metodicamente (como trabalho profissional racional). Para Weber (2004), a conduta racional baseada na ideia de profissão como vocação é um dos componentes não só do espírito capitalista, mas da própria cultura moderna.

Essa nova relação moral dos homens com seu trabalho irá se traduzir numa ética do dever social. Ao longo do século XVIII, a noção de dever ficará estreitamente ligada à de responsabilidade (ou liberdade) individual, para consigo e os outros, no presente e no futuro, de modo que a realização pessoal passa a consistir em encontrar sua “justa posição”, seu papel, na sociedade (LORIOLO, 2000).

No século seguinte, o marxismo é apontado como fator importante para que o trabalho seja cada vez mais visto como um valor, em especial o trabalho – e o trabalhador – operário: “O trabalho bem feito, o gosto da bela obra, tornam-se os valores centrais da cultura operária; aliás, para Marx, somente o operário pode ser considerado como um trabalhador produtivo”⁵⁹ (LORIOLO, 2000, p. 237, tradução nossa). De certa forma, na ideia principal de Marx – a de que realizamos nossa humanidade pelo trabalho (GARVEY; STANGROOM, 2013) – parece haver uma influência do romantismo, marcando o início de uma associação entre trabalho e o sentido de criação pessoal. O trabalho vai assim alcançando pouco a pouco a qualificação moral positiva de ser o repositório da verdade do Homem.

Hoje em dia, a ética do trabalho como dever social vem perdendo espaço para a ética do desenvolvimento pessoal. A chamada cultura psicológica é apontada como um de seus principais suportes institucionais, na medida em que está fundamentada na ideia de que o indivíduo deve buscar em seu “interior” a sua essência singular, a sua identidade. Outro fator de estímulo à ética do *épanouissement* seria a difusão do “discurso gerencial”, ligado à adoção,

⁵⁹ No original: “Le travail bien fait, le goût du bel ouvrage, deviennent des valeurs centrales de la culture ouvrière. D’ailleurs, pour Marx, seul l’ouvrier peut être considéré comme un travailleur productif.”

pelos funcionários, de uma conduta (desejável pela empresa) de tomar para si a responsabilidade e a iniciativa de manter-se motivado e engajado no trabalho (LORIOU, 2000).

O discurso gerencial alude à recente valorização do empreendedorismo e do estímulo a que cada funcionário seja uma espécie de “empresário de si mesmo”, características que têm sido criticamente associadas ao momento atual do capitalismo (AZIZE, 2009).

4.4 Realização pessoal e engajamento

A relação, apontada por Emily Martin (2007), entre revalorização das emoções/criatividade e capitalismo contemporâneo é reafirmada nas proposições de Luc Boltanski e Ève Chiapello (2011) sobre os mecanismos ideológicos responsáveis por fornecer as justificativas morais de engajamento ao sistema capitalista.

Na obra *Le nouvel esprit du capitalisme (O novo espírito do capitalismo)*, Boltanski e Chiapello (2011) argumentam que, para se manter, o capitalismo precisa de uma forte justificativa moral que leve as pessoas a se engajarem nele, já que seria um sistema “absurdo” tanto para os assalariados (que devem abdicar da propriedade do resultado de seu trabalho) quanto para os capitalistas (que devem se sujeitar a um processo de acumulação infundável e insaciável, totalmente dissociado da satisfação de necessidades de consumo). A essa ideologia⁶⁰ que justifica o engajamento ao capitalismo, chamam “espírito do capitalismo” – noção tomada de Max Weber, referente ao aspecto de “estímulo psicológico” que a ideia de profissão como vocação representou, instaurando uma nova relação moral dos homens com seu trabalho.

Segundo os autores, as razões morais de engajamento são tanto de ordem individual (motivos pessoais) como gerais (em termos de bem comum). Logo, os argumentos ideológicos devem atender a três demandas principais: a de autonomia (em que medida o sistema oferece possibilidades de autorrealização e liberdade de ação para o indivíduo), a de segurança (o quanto oferece de garantia mínima de estabilidade para si e para ao menos uma geração futura),

⁶⁰ A ideologia é definida, com base em Dumont, como o “conjunto de crenças compartilhadas, inscritas nas instituições, engajadas em ações e, por meio delas, ancoradas no real” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011, p. 33, tradução nossa). Trata-se de uma ideologia dominante, na medida em que tal conjunto de crenças associadas à ordem capitalista contribui para justificar essa ordem e a sustentar, ao legitimar-se a si mesmas, aos modos de ação e às disposições que são coerentes com ela. (No original: [...] ensemble de croyances partagées, inscrites dans des institutions, engagées dans des actions et par là ancrées dans le réel.”)

e a de justiça social (por que as atividades lucrativas podem vantajosamente servir ao bem comum) (BOLTANSKI; CHIAPELLLO, 2011).

Para conseguir atender continuamente a tais demandas, esses argumentos precisam sofrer mudanças ao longo do tempo. Dessa forma, é possível identificar três momentos na história recente do espírito do capitalismo.

O primeiro momento (fim do século XIX e início do XX) é centrado na figura do *burguês empreendedor* e os valores a ele associados: de caráter heroico, disposto a assumir riscos, amante da inovação e da liberdade, proporcionada pelo desenvolvimento dos meios de comunicação (que permite a expansão dos horizontes) e pelo trabalho assalariado (que permite a emancipação da tradição rural). Em contrapartida, são valorizados a família, o patriarcado, a racionalização. Quanto ao bem comum, sustenta-a a crença no progresso, no futuro, na ciência e na técnica, nas benesses da indústria. Tal conjunto de valores por vezes contraditórios serão futuramente denunciados como a “hipocrisia burguesa”.

O segundo momento, entre os anos 1930 e 1960, tem como centro a *organização*. É nessa época que surge a figura do *cadre* (administrador); a nova disciplina da Administração irá se apoiar na crítica à burocracia e à sucessão familiar, e buscará desenvolver métodos eficientes de gestão das indústrias, agora de grande porte. Os valores liberais seguem importantes, associados à ideia de progressão na carreira (na hierarquia da empresa); a racionalização e o planejamento, bem como o próprio gigantismo da organização, são tidos como fonte de segurança; quanto ao bem comum, continuam em voga os ideais de progresso pela ciência e pela técnica, a produtividade e a eficiência, agora acrescidos de uma dimensão cívica (ênfase em: solidariedade institucional, socialização da produção, distribuição e consumo, colaboração entre grandes firmas e Estado, desenvolvimento de uma legislação trabalhista, ideia de justiça social).

O terceiro momento, que se desenvolve nos anos 1990, é marcado por um movimento de expansão (globalização), tendo como características: a radicalização da crítica à burocracia e à hierarquia; a ênfase nos temas da concorrência e da mudança tecnológica rápida e constante (e a conseqüente demanda de adaptabilidade/flexibilidade); empresas “enxutas” trabalhando “em rede” com múltiplos parceiros; trabalho em equipes ou por projetos, orientado para a satisfação do cliente; a figura do *manager* (em oposição ao *cadre* do momento anterior), focado no aspecto de “liderança”, além de novas figuras como o *coach* e o *expert*.

O enxugamento objetiva a eficiência e tem a ver com a simplificação da estrutura hierárquica, às custas de *downsizing* e da terceirização (em muitos casos, os funcionários demitidos foram estimulados a abrir as próprias empresas para continuar oferecendo os mesmos

serviços); assim, o trabalho passa a ser realizado em parcerias (em rede). Por sua vez, os empregados remanescentes devem se organizar em pequenas equipes multidisciplinares – consideradas mais eficientes, flexíveis, inventivas e autônomas que os serviços especializados dos anos 60 –, cujo verdadeiro padrão é o cliente, e que têm um coordenador – não um chefe – atuando como um “treinador”.

Tomando como objeto de estudo o discurso gerencial – conforme aparece na literatura de gestão dos anos 60 e dos anos 90 –, Boltanski e Chiapello (2011) se debruçam então sobre a transição do segundo para o terceiro momento, buscando esclarecer de que forma os argumentos ideológicos de justificação precisam se modificar para continuar atendendo às demandas de autonomia, segurança e bem comum. É nos anos 90 que os argumentos relativos à autorrealização ganham mais força.

Para seduzir os trabalhadores, os argumentos de liberdade continuam importantes (como nos anos 60), mas agora trata-se não mais daquela liberdade supervisionada da direção por objetivos, e sim de uma liberdade total, pois calcada na criatividade pessoal, (supostamente) sem as amarras burocráticas de antes. Outra dimensão sedutora da neogestão é o convite feito a cada um de *se desenvolver como pessoa*. Com o auxílio dos *coachs*, torna-se possível alcançar uma “verdadeira autonomia”, fundada sobre o autoconhecimento e o *épanouissement*. O carisma do líder tem aqui importância crucial, cativando os funcionários com a perspectiva de trabalhar por um projeto empresarial que “vale a pena”, pois conduzido por uma pessoa “excepcional” com quem se “partilhará o sonho”. Em compensação, os argumentos ligados à segurança perdem em importância, tornando-se negativamente valorados como ligados à burocracia. O tema do progresso econômico também está menos presente; além disso, os argumentos de justiça são pouco convincentes.

Nas proposições de Boltanski e Chiapello (2011), pode-se identificar a revalorização das emoções de que fala Martin (2007), bem como a ética da realização ou desenvolvimento pessoal, tendo em vista que as justificativas morais têm se apoiado cada vez mais na realização pessoal em sua dimensão criativa, ou seja, de exercer a individualidade através do desenvolvimento desse potencial “artístico” interior.

Há ainda um importante aspecto do processo de transformação ideológica a ser levado em conta. Na medida em que *as críticas ao capitalismo constituem, elas mesmas, um dos elementos determinantes – um dos motores – da formação do espírito do capitalismo* próprio a uma época, a estratégia de justificação pode ser vista, em parte, como efeito da própria crítica ao sistema. Isso é possível segundo um mecanismo em que as mudanças ideológicas resultam da busca por atender parcialmente a algumas críticas (à maneira de uma formação de

compromisso). Em outras palavras, o capitalismo incorpora uma parte das críticas (num processo de “endogenização”), tornando-se assim capaz de sobreviver a elas (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011).

No modelo dinâmico de interação capitalismo-crítica proposto pelos autores, a crítica pode produzir três tipos de efeitos: deslegitimar os espíritos anteriores e retirar-lhes a eficácia; produzir um efetivo melhoramento em termos de justiça, ao incorporar parte das críticas; ou, ao contrário, permitir ao capitalismo escapar à exigência de reforço dos dispositivos de justiça social, ao se tornar mais dificilmente decifrável. De acordo com esta última possibilidade, a resposta dada à crítica conduz não à implementação de dispositivos mais justos, mas a uma tal transformação dos modos de realização do lucro que o mundo se vê momentaneamente desorganizado com relação às referências anteriores e em um estado de forte ilegibilidade. A crítica age aqui como estímulo para acelerar a transformação dos modos de produção.

As duas grandes formas históricas da crítica são identificadas por Boltanski e Chiapello (2011) como: a crítica “artista” e a crítica social.

Enraizada no modo de vida boêmio, a *crítica artista* está referida ao desencantamento/inautenticidade e à opressão (considerados como duas das principais fontes de indignação contra o capitalismo). Enfatiza a perda de sentido e, sobretudo, a perda de senso do belo e do grande derivada da padronização e da mercantilização generalizada (de objetos cotidianos, obras de arte até de seres humanos). Acusa o capitalismo e a sociedade burguesa de querer arrematar, dominar e submeter os homens a um trabalho prescrito, objetivando o lucro mas invocando hipocritamente a moral, à qual ela opõe a liberdade do artista, sua recusa de uma contaminação da estética pela ética, sua recusa de toda forma de assujeitamento no tempo e no espaço, e, em suas expressões extremas, de toda espécie de trabalho. A crítica artista repousa sobre uma oposição entre apego e desprendimento, estabilidade e mobilidade.

A *crítica social*, de inspiração socialista e marxista, volta-se para as outras duas maiores fontes de indignação (miséria e oportunismo/egoísmo). Apoiada na moral e, frequentemente, numa temática cristã, a crítica social rejeita, por vezes com violência, o imoralismo ou o neutralismo moral, o individualismo, ou até mesmo o egocentrismo dos artistas (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011).

Entendem os autores que o capitalismo atual, representado no modelo da chamada neogestão empresarial dos anos 90, tem sido capaz de responder especialmente à crítica artista (aquela mais diretamente ligada aos valores/demandas de liberdade e autenticidade), não conseguindo oferecer justificativas tão atraentes do ponto de vista da justiça e da segurança. A ideologia da neogestão teria tido por objetivo eliminar em grande parte o modelo de empresa

forjado no período anterior, de um lado deslegitimando a hierarquia, o planejamento, a autoridade formal, o taylorismo, o estatuto de *cadre* e as carreiras vitalícias (passadas dentro da mesma organização), e de outro lado, reintroduzindo os critérios de personalidade e o uso das relações pessoais que haviam sido eliminados. A falta de autenticidade, denunciada como constituindo o cerne da gestão burocrática, hierárquica e “racional”, levaria à desumanização. Como resposta a isso, a neogestão propõe o retorno a um funcionamento “mais humano”, voltando-se para o que se chama cada vez mais comumente de “saber ser” (*savoir-être*), por oposição ao “saber” e ao “saber fazer” (*savoir-faire*).

O argumento de que os dispositivos da neogestão seriam capazes de responder às crescentes demandas de autonomia por parte de trabalhadores cada vez mais qualificados, educados e sobretudo dos jovens *cadres* parece aos autores um eco das denúncias anti-hierárquicas e das aspirações de autonomia fortemente presentes no fim dos anos 60 e 70. Porém, ao contrário de maio de 68⁶¹, as qualidades enunciadas como prova/garantia de sucesso – autonomia, espontaneidade, mobilidade, capacidade rizomática, pluricompetência, convivialidade, criatividade, intuição visionária, sensibilidade às diferenças, acolhimento de experiências múltiplas, atração pelo informal, a busca por contatos interpessoais etc. – deixam de ser vinculadas a uma crítica radical ao capitalismo, encontrando-se, na literatura de gestão, de certa forma autonomizadas, constituídas em objetivos por si mesmos e a serviço de forças das quais os movimentos de maio pretendiam apressar a destruição (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011).

Vale lembrar que o contexto de surgimento da noção de *burnout* nos Estados Unidos foi o da contracultura (ver Introdução). O *burnout* representava, então, uma reação e uma crítica ao sistema político-econômico vigente, embutidas no sentimento de frustração pelo não cumprimento das promessas de desenvolvimento social e dos ideais de liberdade e autonomia individuais. A tarefa de ajudar pessoas em dificuldade não tinha condições de ser realizada: tanto porque a pobreza não havia sido erradicada (aumentando o contingente de pessoas necessitadas) quanto porque as *human professions* passavam por um processo de burocratização

⁶¹ Ocorrido na França, o conjunto de eventos conhecido como o “maio de 68” consistiu em uma onda de protestos sociais e políticos iniciados por estudantes universitários que contestavam o sistema de ensino, mas também o governo, o sistema capitalista e os valores conservadores de maneira geral. Após confrontos com a polícia, as manifestações estudantis obtêm o apoio de trabalhadores, culminando, em 13 de maio, numa greve geral cuja adesão maciça leva o então presidente Charles de Gaulle a negociar aumentos salariais e antecipação de eleições. O resultado foi o rápido arrefecimento do movimento. Pode-se dizer, entretanto, que os movimentos de maio produziram reflexos nas artes, no pensamento filosófico e no comportamento ocidentais, permanecendo associados sobretudo à imagem da “juventude”, rebelde e libertária. O maio de 68 deve ser entendido dentro do contexto mais geral de contestação de valores ligados à ordem estabelecida da época, e que incluiu os protestos contra a guerra do Vietnã, a luta pelos direitos civis, o movimento *hippie* e a contracultura, entre outras manifestações.

e “excessiva” profissionalização que lhe tiravam o caráter “essencial” da empatia e do cuidado. O ambiente de contestação das instituições em geral (inclusive a medicina) dava ainda mais peso a tais críticas. Pode-se dizer que aqueles profissionais eram movidos por uma ética romântica.

Mas, com o passar do tempo, o que era inicialmente uma crítica ao capitalismo passa a ser cada vez mais a reafirmação de seu “espírito”, à medida que os princípios dessa mesma ética romântica são apropriados ou incorporados em seu próprio sistema. A preocupação atual com o engajamento parece ser um indício dessa mudança. Antes visto como uma consequência de um “mau” capitalismo (o “verdadeiro” problema que impede o desenvolvimento pessoal), agora o *burnout* torna-se, ele próprio, o problema, passando a encarnar por si só o obstáculo para a plena realização individual. E devendo, por essa razão, ser evitado a todo custo.

4.5 Cinismo

Até aqui, estivemos considerando a maneira pela qual os fatores sociais atuam sobre as emoções individuais, moldando-as, cultivando-as, reprimindo-as, enfim regulando-as (tanto os sentimentos em si quanto sua expressão e ações tomadas em função desses sentimentos). Dentre tais fatores, aqueles de ordem econômica despontaram como especialmente relevantes no contexto do trabalho.

Vimos como o sistema econômico influi, por meio de dispositivos ideológicos, na produção de atitudes e sentimentos dos indivíduos em relação a seu trabalho, em especial na produção do engajamento. E vimos como engajamento e realização pessoal mostram-se intimamente ligados, na medida em que a realização se apresenta como um ideal (uma recompensa, um objetivo de vida) que justifica o (cada vez mais alto) engajamento.

O cinismo pode ser considerado um outro tipo de efeito da nova ordem econômica sobre o caráter.

Richard Sennett (2009) examina as consequências pessoais das novas formas de trabalho no capitalismo atual a partir da ideia central de que, ao contrário do que comumente se pensa, não são as novas tecnologias ou o mercado global as verdadeiras características distintivas do capitalismo contemporâneo, e sim as *novas maneiras de organizar o tempo de trabalho*, que passam a ser norteadas pelo imperativo do curto prazo – produzindo uma experiência de tempo flexível. O autor investiga os efeitos culturais dessa ênfase na

flexibilidade: ela muda o próprio significado do trabalho (em vez de carreiras, têm-se projetos isolados, partes de trabalho, no decurso da vida); e, no nível pessoal, tem impacto sobre o caráter (entendido como “o valor ético que atribuímos aos nossos próprios desejos e às nossas relações com o mundo”, tendo a ver com a experiência emocional a longo prazo), na medida em que, ao desvalorizar a formação de laços sociais duradouros calcados na lealdade e compromisso mútuos, leva ao distanciamento e à cooperatividade superficial – resultando na chamada “corrosão do caráter”. Sua perspectiva faz lembrar a dimensão cinismo do *burnout*, algumas vezes traduzida como “desumanização”, por remeter a um sentimento de indiferença e não comprometimento com o outro (e seu sofrimento).

A experiência do tempo flexível impede a construção de uma narrativa linear de vida, e altera a imagem de si mesmo (antes um “eu” constante, agora uma “colagem” de fragmentos sempre em desenvolvimento/elaboração, que nunca se completa). Sobretudo, a vida de trabalho deixa de poder fornecer um modelo ético para a vida em geral: “[a]s qualidades do bom trabalho não são as mesmas do bom caráter” (SENNETT, 2009, p. 21). É esse aspecto de “disjunção ética” entre trabalho e vida pessoal, em particular, que parece ser o responsável pela sensação de confusão, inquietação e mal-estar que atinge hoje grande parte dos trabalhadores.

A nova organização do tempo obedece a uma mudança histórica: de uma ética do trabalho “clássica” – representada na figura do “homem motivado” – para esta nova ética – cujo modelo seria o “homem irônico”.

Para o autor, a ética do dever social, com origem no protestantismo, consiste em uma ética do indivíduo, marcada pela autodisciplina no uso do tempo e pelo adiamento da satisfação (possível só em um tempo futuro). Cada pessoa torna-se, assim, responsável por seu próprio tempo vivido particular, que por sua vez deve ser empregado no trabalho. A este homem, decidido a provar seu valor moral pelo trabalho, Sennett dá o nome de “homem motivado”.

Embora reconheça que a velha ética do dever social não trouxe sempre vantagens ao trabalhador, tendo, ao contrário, produzido efeitos nocivos de opressão pela pesada obrigação do trabalho sem descanso, Sennett pondera que a nova ética do trabalho tampouco tem trazido benefícios ao ser humano. Para ele, hoje o trabalho de equipe tornou-se a prática de grupo da “superficialidade degradante”, encenada como uma “farsa” (SENNETT, 2009).

À ética do dever, representada pelo “homem motivado”, contrapõe-se, contemporaneamente, uma nova ética: de grupo, voltada para o desempenho imediato, para o curto prazo e para a aparência (imagem). Enfatizam-se as aptidões leves de comunicação, facilitação e mediação (em outras palavras, as habilidades relacionais) – aptidões “portáteis” que exigem distanciamento e capacidade de interpretar papéis variados dentro da equipe. O

objetivo passa a ser mais o de obter a simpatia do outro do que propriamente atender o cliente. A encenação – descrita em termos de “teatro profundo” ou “máscaras de cooperatividade” – torna-se a base do comportamento no trabalho.

Além disso, a metáfora do “time” (em que atua um “líder”, supostamente a favor do grupo, e não um “chefe”) cria uma situação de *poder sem autoridade*, que contribui para gerar um novo tipo de caráter: em vez do homem motivado, surge o “homem irônico”. Esta nova figura remete, mais uma vez, ao cinismo, descrito como uma das características do *burnout*.

Assim como Boltanski e Chiapello (2011), também Sennett (2009) acredita que, longe de prover mais liberdade, como se supõe, a nova ordem econômica oculta novas estruturas de poder e controle. Na verdade, a liberdade só é alcançada por aqueles que estão no nível superior da hierarquia; consiste, porém, em uma “liberdade amoral” (SENNETT, 2009). Na visão do autor, a força de caráter necessária para motivar os grandes capitalistas em sua busca de ganhos econômicos é aquela de “alguém que tem a confiança de permanecer na desordem”, sendo seus principais traços de caráter a ausência de apego temporal (refletida na capacidade de desprender-se do próprio passado) e a tolerância com a fragmentação. Tais qualidades geram nesses indivíduos uma espontaneidade, mas, para os que se situam mais abaixo na escala social, têm efeitos autodestrutivos: corroem o caráter.

As ideias de Sennett (2009) são complementadas pelas de Martin (2007). Ela também comenta sobre o problema, colocado pelo novo capitalismo aos executivos, de causar o sofrimento alheio. Procurando entender a questão da dor provocada por estados maníacos ou depressivos, não só em termos pessoais (para si mesmo), mas também com relação ao sofrimento eventualmente infligido a outros, ela pergunta se e como os executivos adeptos do “estilo maníaco” lidam com o fato de que algumas de suas ações – como selecionar ou demitir pessoas – possam causar dor ou prejuízo a outrem:

Haveria uma conexão entre o estado maníaco hiperenergético cultivado por comerciantes, banqueiros e outros executivos, e sua consciência do sofrimento? Haveria algo na condição maníaca que permitiria à pessoa ignorar o próprio sofrimento ou aquele imputado a outros? (MARTIN, 2007, p. 263-264, tradução nossa)⁶²

Seu argumento é: se considerarmos, conforme uma interpretação psicodinâmica, a mania como uma forma de defesa psicológica contra o sofrimento da depressão, é possível supor que o essencial da mania é evitar a experiência do próprio sofrimento. Seguindo este

⁶² No original: “Might there be a connection between the hyperenergized, manic state cultivated by traders, bankers, and other executives, and their awareness of suffering? Is there something about being manic that allows you to ignore your own suffering or the suffering you cause others?”

raciocínio, seria possível sugerir que a vivência da mania pode habituar alguém para a dor, tanto própria como alheia. Portanto, “estar num estado maníaco ‘nas alturas’ pode servir para cegar alguém para as consequências dolorosas das decisões corporativas de fundir, enxugar, realocar ou subcontratar às custas dos funcionários”⁶³ (MARTIN, 2007, p. 264, tradução nossa).

Então, a mesma ordem econômica que produz o cinismo precisa apelar às fortes emoções para combatê-lo. Mas o objetivo de manter as pessoas engajadas existe apenas em função da produtividade. Não é nada pessoal!

4.6 *Burnout* à espreita

Por fim, há um aspecto simbólico que penso ter relação com a emergência do *burnout* como um problema que é ao mesmo tempo social e individual, no sentido da produção de um certo tipo de indivíduo: indiferente, desengajado e, em alguma medida, incompetente no manejo de suas emoções.

Ao analisar a afinidade cultural da sociedade norte-americana com a figura da bipolaridade, a antropóloga Emily Martin (2007) descreve de que maneira a mania – ou, mais precisamente, a mania em sua forma hipomaníaca – vai sendo revalorizada ao longo do tempo, passando de uma condição puramente assustadora (na primeira metade do século XX) a verdadeiro objeto de desejo (especialmente a partir dos anos 1970, após o desenvolvimento do medicamento carbonato de lítio). Essa revalorização ocorre à medida que a mania parece oferecer capacidades que levam ao sucesso nos mundos corporativo e do entretenimento: alerta contínuo, energia sem limites, alta motivação e produtividade. A mania torna-se então um “bem” a ser possuído e do qual os indivíduos podem dispor, refletindo características pessoais desejáveis como adaptabilidade, capacidade de sondar o ambiente, de mudar continuamente de forma inovadora, de ser um “camaleão criativo”. Sob tais circunstâncias historicamente específicas, a chamada psicose maníaco-depressiva (*manic depression*, ou PMD, posteriormente renomeada para transtorno bipolar) pode, contemporaneamente, ser vista como normal – até mesmo ideal – para a condição humana.

⁶³ No original: “Being on a manic ‘higher plane’ may work well to blind one to the kind of painful consequences caused by corporate CEO decisions to merge, downsize, relocate, or subcontract at the expense of their employees.”

A autora retrança ainda a transformação conceitual sofrida pela PMD, lembrando que a ideia de mania se constrói em oposição e complementaridade ao conceito de depressão. A noção de bipolaridade traz em si a oscilação entre vida (associada à mania) e morte (associada à depressão):

Parte do significado da mania é que ela é o oposto da depressão, e parte da significância dessa oposição é que os estados extremos que ela abrange são às vezes encontrados na mesma pessoa, alternando-se entre si. (MARTIN, 2007, p. 46-47, tradução nossa)⁶⁴

[...] a inevitável oscilação de humores na PMD a faz ter ressonância com a “mania” e a “depressão” nos mercados de hoje. Ambos parecem vivos e regenerativos, num certo sentido, porque, para ambos, a fonte da renovação parece estar em seu interior: a “morte” da depressão é trazida à tona pela “vida” da mania e vice-versa. (MARTIN, 2007, p. 47, tradução nossa)⁶⁵

Tudo isso contribuiria para uma aura de *fascínio* emanada pela mania atualmente: entre medo e desejo/atração. Refletindo sobre uma campanha publicitária de um medicamento para o transtorno bipolar que retrata um rapaz dançando à beira do abismo, Martin observa que a mania opera no limite (*edge*) entre a vida e a morte, por meio de uma permanente incitação ao risco. Ela chama a atenção para a *ruptura* que a bipolaridade evidencia: ao esconder em si o seu oposto (o seu “gêmeo sombrio” – a depressão), a mania revela o limite que existe entre os dois:

Poderíamos pensar no “limite” como uma “quebra” na apresentação pública “redonda” da PMD, uma quebra que aponta para coisas que são ou suprimidas ou [que estão] além da expressão pela linguagem. Para o empreendedor maníaco ou o executivo, o limite se situa junto ao espectro de terrível perda. *À medida que o imperativo para tornar-se o tipo de pessoa capaz de obter sucesso em circunstâncias extremamente competitivas e imprevisíveis se intensificou, o prognóstico de fracasso tornou-se mais assustador.* [...] Homens de negócio são continuamente incitados a ignorar tal temor, a continuar a assumir riscos, mesmo sob risco de morte social ou física. (MARTIN, 2007, p. 267-268, grifo e tradução nossos)⁶⁶

Analogamente, poderia o *burnout* (manifestado por exaustão/falta de energia, desengajamento/falta de motivação, insatisfação, ineficiência/baixa produtividade), também

⁶⁴ No original: “Part of the meaning of mania is that it is the opposite of depression and part of the significance of this opposition is that the extreme states it embraces are sometimes found in the same person alternating with each other.”

⁶⁵ No original: “[...] the inevitable oscillation of moods in manic depression makes it resonate with the ‘mania’ and ‘depression’ in the markets of today. Both seem alive and regenerative in a sense, because for both the source of renewal seems to lie within: depression’s ‘death’ is brought on by mania’s ‘life’ and vice versa.”

⁶⁶ No original: “We might think of the ‘edge’ as a ‘break’ in the smooth public presentation of manic depression, a break that points to things that are either suppressed or beyond expression in language. For the manic male entrepreneur or CEO, the edge might lie near the specter of terrible loss. As the imperative to become the kind of person who can succeed in extremely competitive and unpredictable circumstances has intensified, the prospect of failure has become more frightening. [...] Business entrepreneurs are often called upon to ignore such fear, to continue taking risks even at the risk of social or even physical death.”

esconder – e revelar ao mesmo tempo – o seu oposto “maníaco” (energético, dinâmico, motivado, realizado, produtivo), ao lembrar-nos continuamente, ao manter-nos sempre vigilantes em relação ao risco – ao fantasma – do fracasso?

5 MÉTODOS E RESULTADOS GERAIS

Considerando que o objetivo geral da presente tese é analisar a trajetória da categoria *burnout* no Brasil, desde o primeiro momento ficou clara a opção de realizar uma pesquisa bibliográfica (e não uma etnografia). Dessa forma, ao eleger como “campo” a produção técnico-científica brasileira, foram adotados os seguintes critérios para a busca:

- a) critérios de inclusão: “burnout” no título, resumo ou assunto; em português; publicados até 2013;
- b) critérios de exclusão: idioma diferente do português; origem não é Brasil; não é sobre *burnout*;
- c) bases pesquisadas: LILACS e SciELO

Ao utilizar simplesmente o termo “burnout” como critério de busca, minha intenção foi fazer uma busca abrangente o suficiente para abarcar, tanto quanto possível, a totalidade (ou o mais próximo disso, considerando o limite temporal até 2013) da produção científica brasileira no tema. Ao mesmo tempo, a obrigatoriedade da presença do termo no título ou no resumo circunscreve a busca, tornando-a suficientemente restritiva para capturar apenas aqueles trabalhos *específicos sobre burnout* (e não sobre estresse em geral, ou estresse ocupacional, ou doenças relacionadas ao trabalho, ou transtornos mentais relacionados ao trabalho).

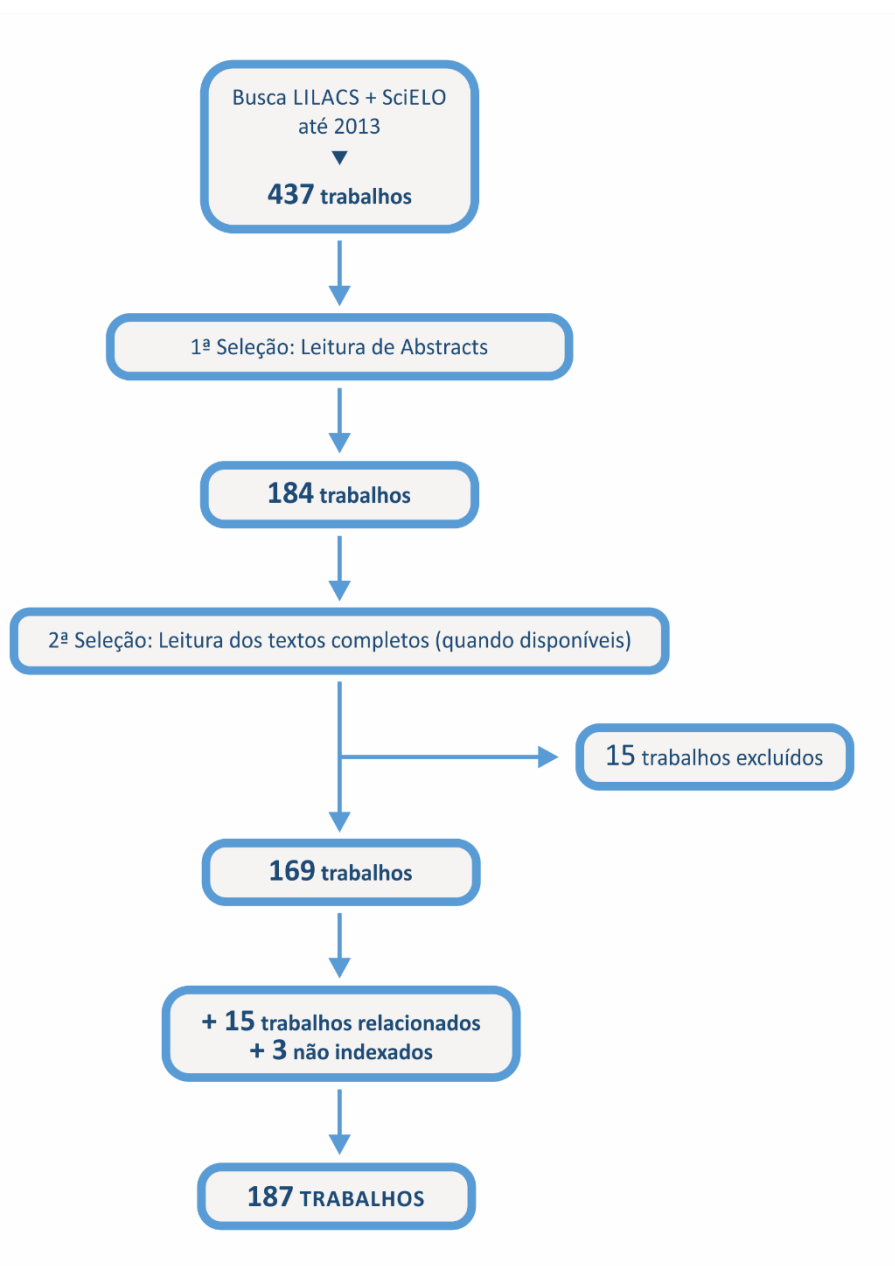
Optei pelas bases LILACS e SciELO por serem duas das mais relevantes no contexto brasileiro. Embora a base LILACS seja mais voltada para a área da saúde, a base SciELO abrange todas as áreas do conhecimento, podendo nos indicar trabalhos sobre *burnout* publicados em outros campos (como administração, por exemplo).

A busca, realizada em 11/08/2015, retornou **437 trabalhos** publicados nas duas bases de dados, até 2013 (descontadas as duplicidades, i.e, trabalhos que aparecem nas duas bases). Esse universo inicial de publicações foi analisado em duas etapas ou fases. Na primeira fase, a intenção foi obter um panorama da literatura brasileira em *burnout*. Mas, tendo constatado que a literatura se concentra em profissionais de saúde ou educação, optei por analisar em profundidade apenas este subgrupo de trabalhos, em uma segunda fase.

5.1 Primeira fase: um panorama da literatura brasileira sobre *burnout*

Por meio da leitura de *abstracts*, foram selecionados da amostra inicial 184 trabalhos. Em seguida, a leitura dos textos completos (quando disponíveis) levou à exclusão de 15 publicações, restando 169. A estas, foram acrescentadas outras 18 (15 trabalhos relacionados, a partir das referências; mais 3 de periódicos não indexados de Medicina do Trabalho), totalizando **187 publicações**. (Organograma)

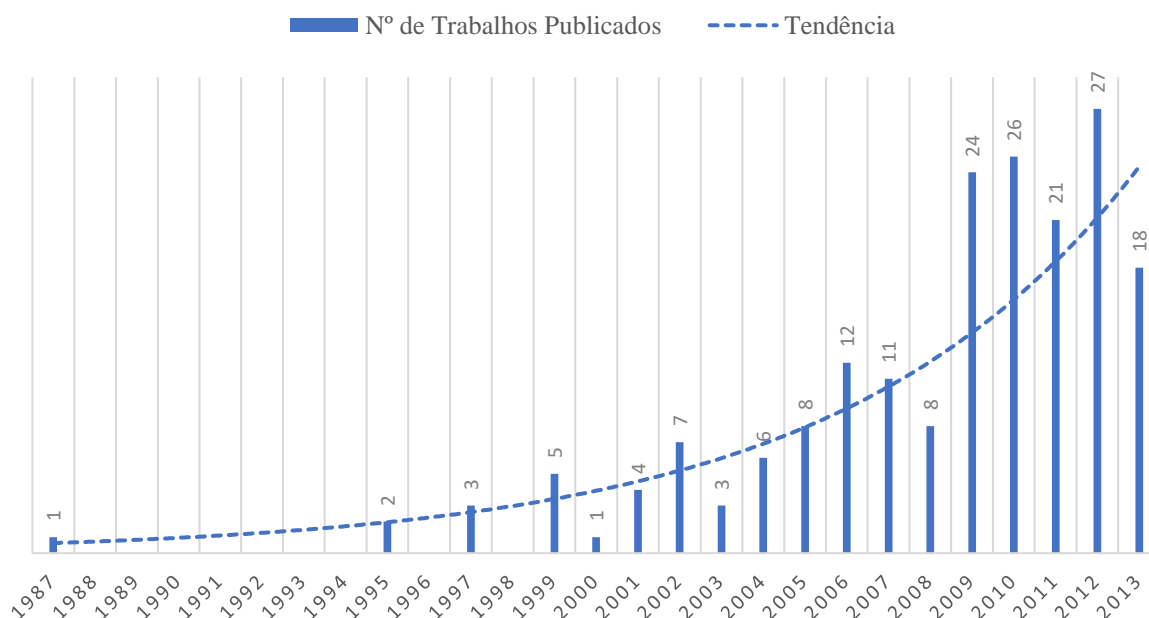
Organograma – Busca de artigos



Fonte: A autora, 2017.

Os 187 trabalhos foram classificados de acordo com os seguintes critérios: ano de publicação; tipo de publicação; tipo de estudo; origem geográfica (estado/região)⁶⁷; área de estudo⁶⁸; objeto (categoria profissional pesquisada); escala de *burnout* utilizada (Gráficos 1 a 7). Cabe observar que, apesar de apresentar os resultados em porcentagens, nossa intenção não foi prover dados estatísticos, e sim apenas uma visão geral dessa vasta amostra bibliográfica.

Gráfico 1 – Ano de publicação

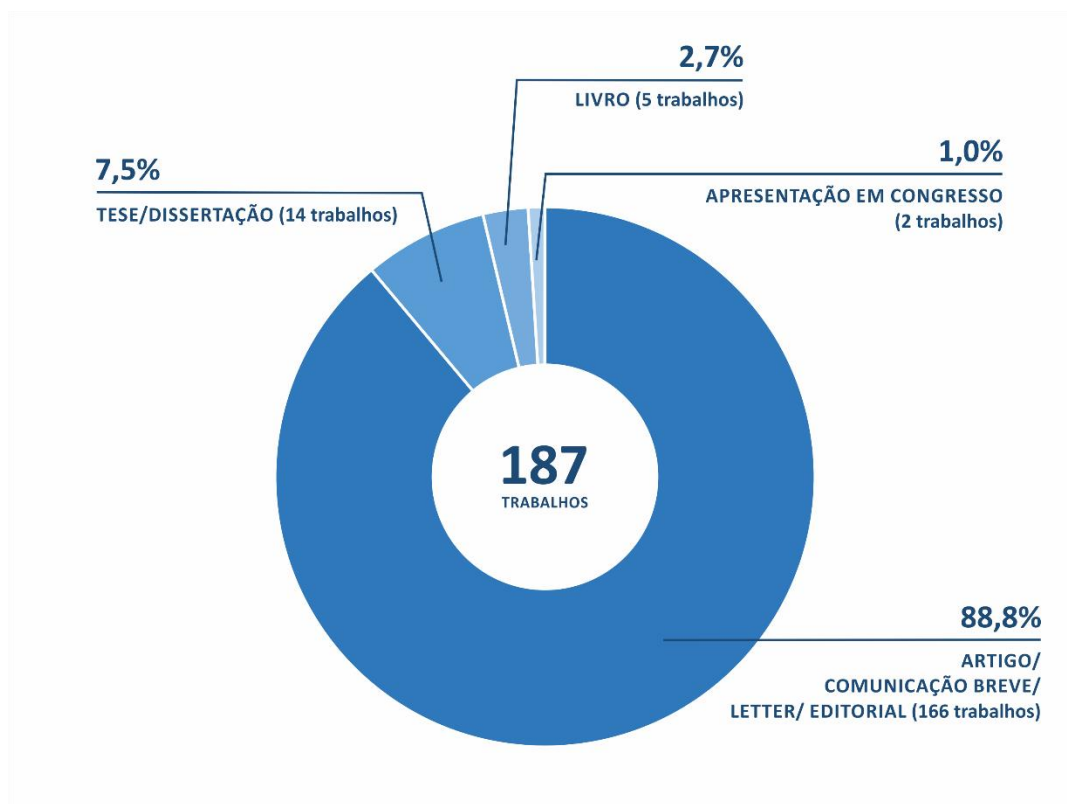


Fonte: A autora, 2017.

⁶⁷ Para estabelecer a origem geográfica da publicação, priorizei a localização da instituição à qual declarei pertencer o primeiro autor. Quando o primeiro autor foi estrangeiro (houve colaborações com Espanha e Portugal), considerei a instituição do(s) autor(es) brasileiros. Na elaboração do gráfico 4, optei por indicar apenas a região brasileira (sem especificar os estados), como forma de resumir a informação e facilitar sua visualização.

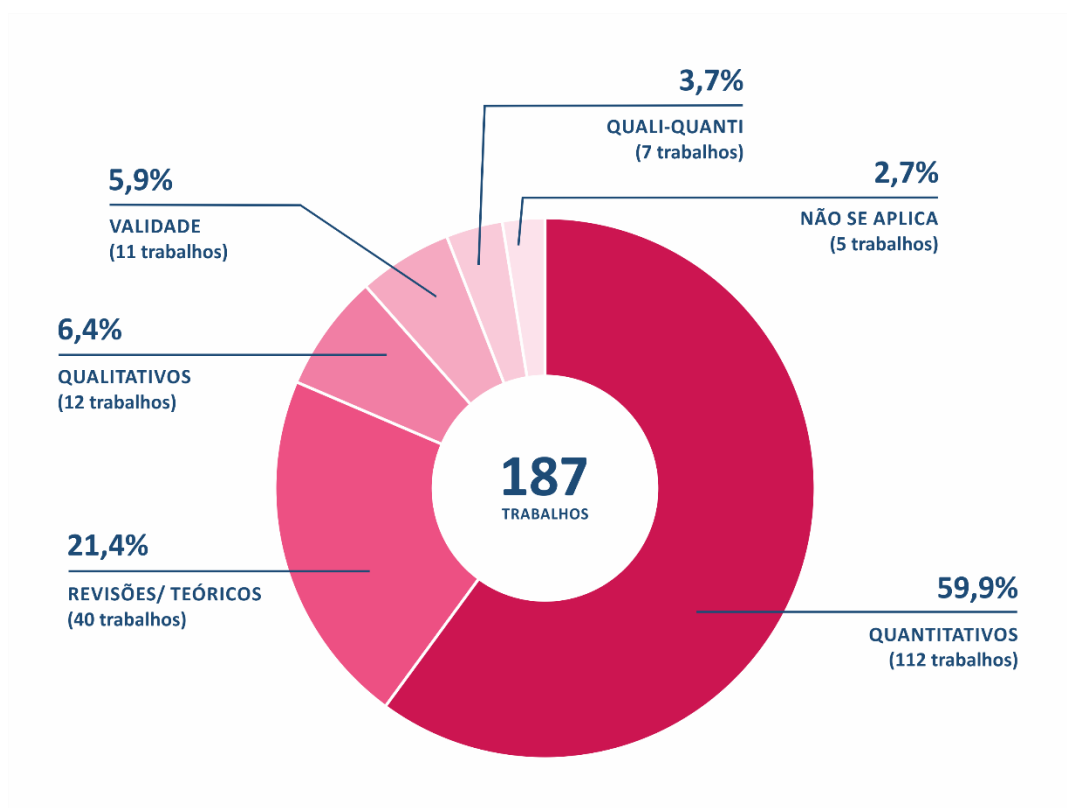
⁶⁸ Considerei a área de conhecimento do periódico, programa de pós-graduação ou editora, conforme referida por eles mesmos. Também identifiquei a área de formação do primeiro autor (informação obtida dos currículos lattes disponíveis). Mas como, em geral, houve concordância entre a área do autor e a área da publicação, optei por privilegiar a área da publicação, dado que isso nos revela mais sobre a divulgação (alcance) do conhecimento produzido.

Gráfico 2 – Tipo de publicação



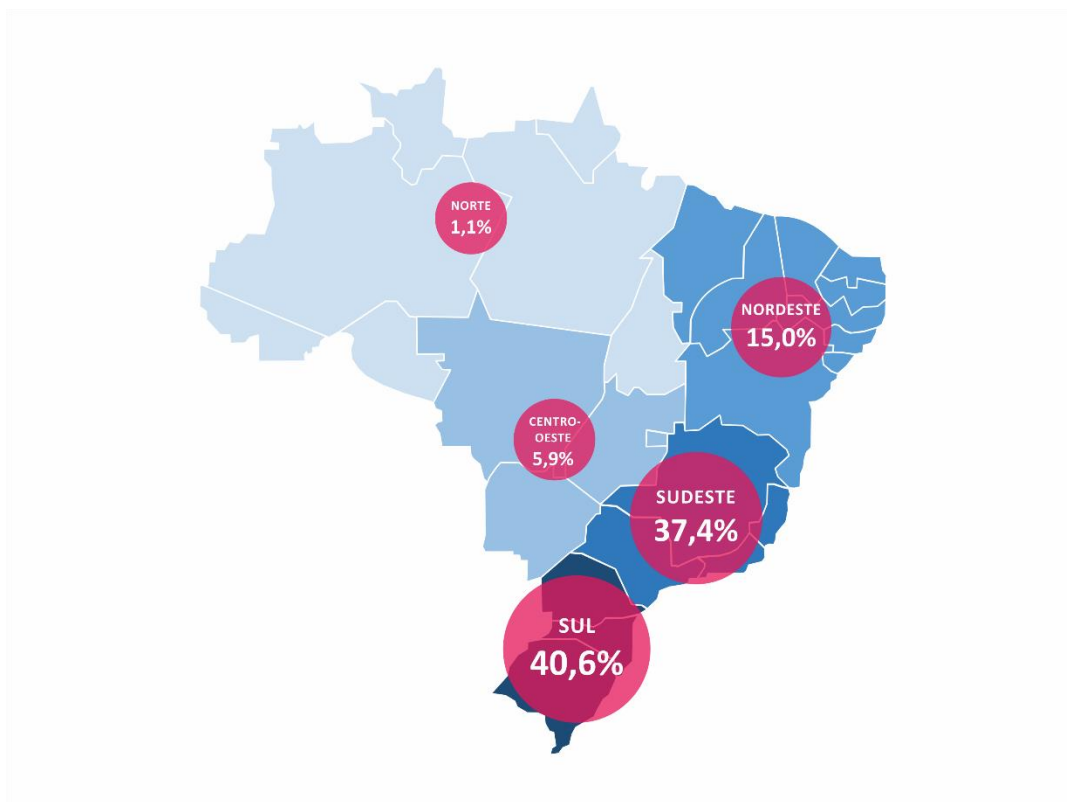
Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 3 – Tipo de estudo



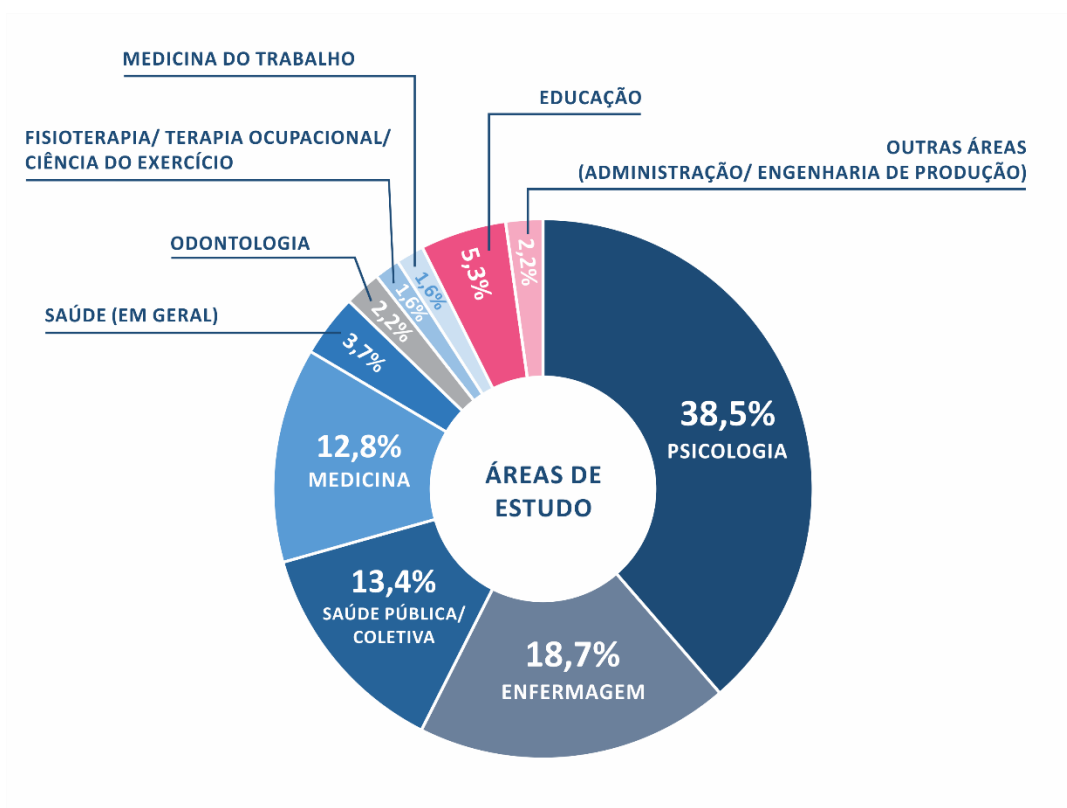
Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 4 – Origem geográfica (por região)



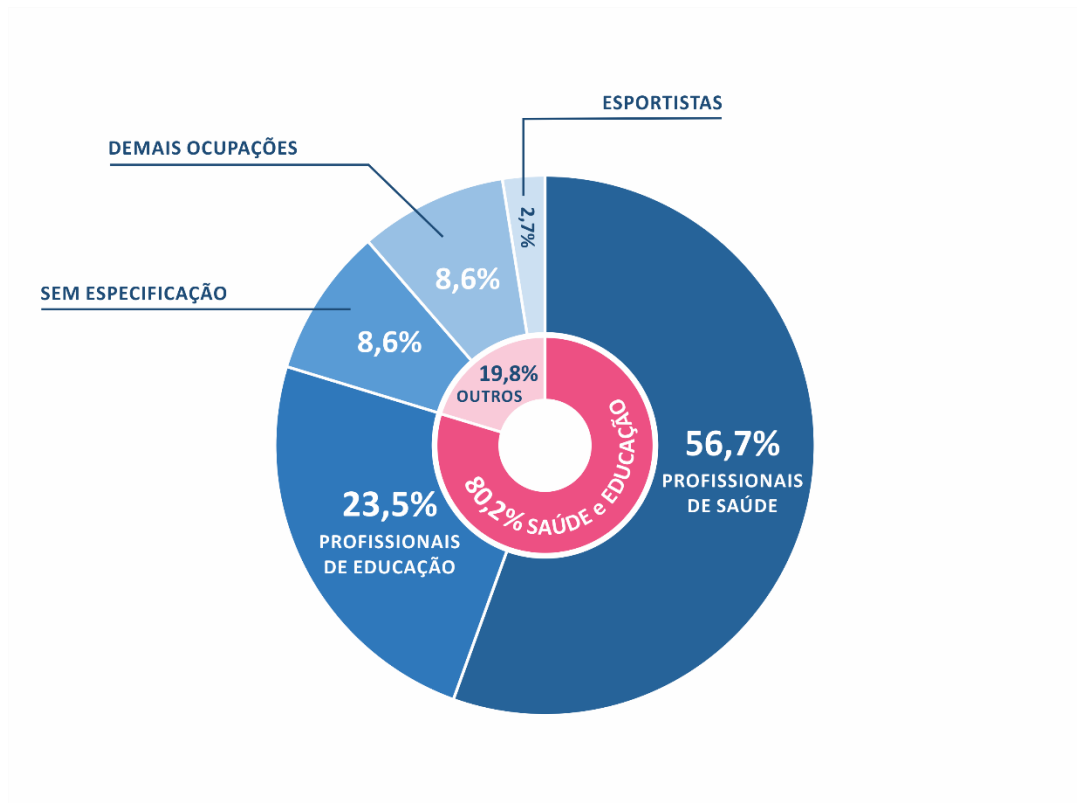
Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 5 – Distribuição segundo áreas de estudo

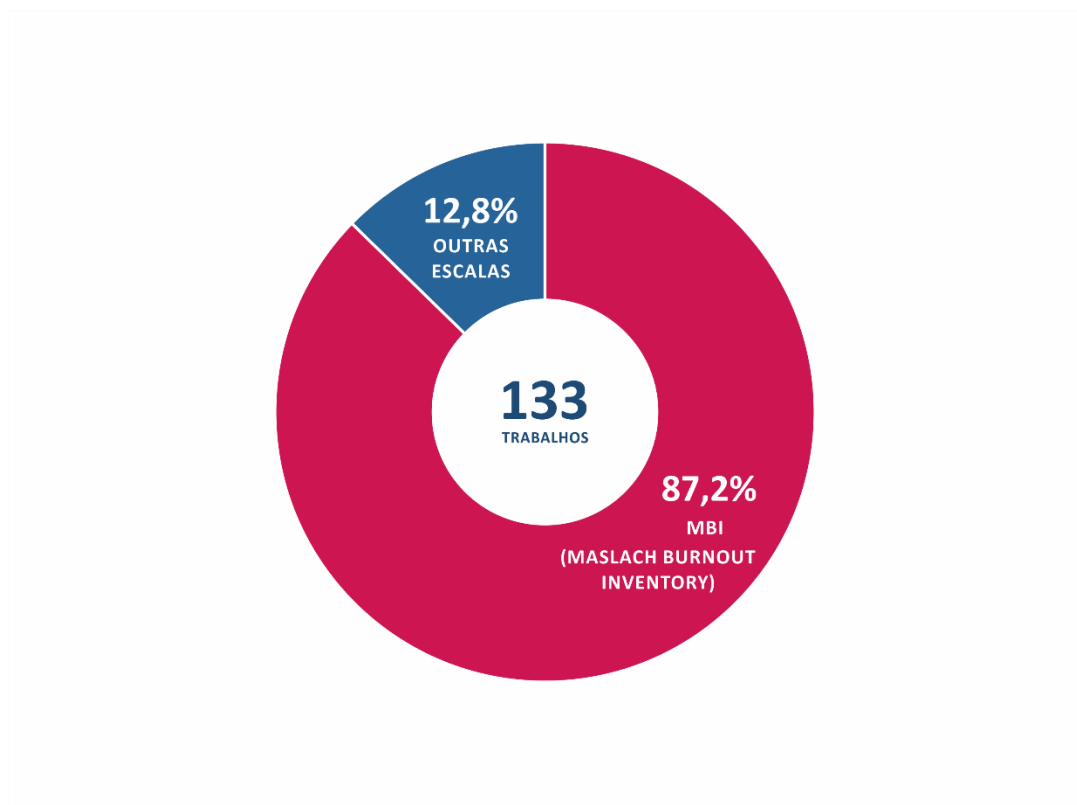


Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 6 – Objeto de estudo



Fonte: A autora, 2017.

Gráfico 7 – Escalas de *burnout* utilizadas

Fonte: A autora, 2017.

Todas as publicações integrantes da amostra estarão, a partir de agora, grafadas na fonte Quicksand, para melhor diferenciá-las das referências gerais da tese.

Embora a produção científica brasileira sobre *burnout* tenha se iniciado em 1987, ela somente começa a adquirir um caráter sistemático a partir de 1995. Neste ano, são produzidas as teses de Liana Lautert (pesquisa com enfermeiras) e Márcia Meneghel Bardou de Carvalho (com professores), ambas com as primeiras traduções do MBI para o português. Em 1997, a dissertação de Mauricio Robayo Tamayo sobre *burnout* em enfermeiros também traz uma tradução própria do MBI. Outras traduções, apresentadas como estudos de validade em encontros científicos na área de Psicologia, são propostas por Antonio Roazzi, em 2000 (pesquisou professores) e Ana Maria Benevides-Pereira, em 2001 (MBI-HSS e MBI-ED). As traduções de Lautert, Tamayo e Benevides-Pereira serão as mais adotadas em futuras pesquisas, tendo as outras duas (Carvalho e Roazzi) caído em desuso.

O número de publicações vai aumentando progressivamente (Gráfico 1). Desde 1999, a média de trabalhos por ano dobra a cada período de cinco anos (de quatro por ano, no período 1999-2003, para nove por ano, entre 2004 e 2008), passando, a partir de 2009, para uma média de 23 por ano. O ano com maior número de trabalhos é 2012 (com 27).

Os periódicos científicos reúnem quase 90% do total de publicações (Gráfico 2). O tipo de estudo mais comum é o quantitativo, com aproximadamente 60% dos trabalhos (Gráfico 3).

Quarenta por cento dos trabalhos são originários da região Sul; em seguida vem a região Sudeste, com 37% (Gráfico 4). Os estados que mais produziram publicações foram São Paulo (SP) com 51 trabalhos; Rio Grande do Sul (RS) com 49; Paraná (PR) com 18; e Rio de Janeiro (RJ) com 13. Já entre os que menos publicaram estão: Maranhão (MA) e Mato Grosso (MT), com uma publicação cada; Goiás (GO) e Pará (PA) – o único representante da região Norte –, com dois trabalhos cada; em seguida, com 3 estudos, vem Alagoas (AL).

A maior parte da produção científica sobre *burnout* pertence a áreas de estudo ligadas à saúde, com destaque para Psicologia, Enfermagem, Saúde Pública/Coletiva e Medicina. Fora da saúde, constam trabalhos na área de Educação e Administração/Engenharia de Produção (Gráfico 5).

Os profissionais da saúde e da educação são também, sem sombra de dúvida, o principal objeto dessas pesquisas, representando 80% do total (Gráfico 6). Quanto às demais ocupações, alguns estudos (8,6%) se referiram a trabalhadores em geral (sem especificação); 2,7% investigaram esportistas; e os trabalhos restantes (8,6%) abordaram as mais diversas atividades, desde outros *human services* (bombeiros, policiais, assistentes sociais, monitores em instituições de reabilitação de menores infratores), passando por servidores públicos,

trabalhadores voluntários, até pesquisadores, técnico em comunicações, motoristas de ônibus e guias de turismo.

Dos 133 estudos que aplicaram escalas, 116 (ou 87,2%) utilizaram o MBI (Gráfico 7). Os outros questionários empregados foram, em ordem decrescente de utilização: ECB (Escala de Caracterização de *Burnout*) com 7 estudos ou 5,3%; CESQT (*Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo*) e QBA (Questionário de *Burnout* para Atletas) com 3 estudos ou 2,2% cada; CBP (*Cuestionario de Burnout del Profesorado*) com 2 estudos ou 1,5%; OLBI (*Oldenburg Burnout Inventory*) e EEE (Escala de Exaustão Emocional), com 1 estudo ou 0,8% cada. A questão das escalas será abordada no capítulo 6.

Vejamos mais detidamente alguns dos principais pesquisadores e obras em *burnout* no Brasil.

Responsável pelo artigo pioneiro sobre o tema no Brasil, o médico cardiologista **Hudson Hübner França**, então professor titular de cardiologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), publica, em 1987, uma breve revisão sobre *burnout* em médicos na Revista Brasileira de Medicina. Definindo a medicina como uma disciplina da área das “ciências humanas” (ao lado de enfermagem e serviço social), chama a atenção para o fato de a primeira descrição clínica do fenômeno ter sido feita por um médico (Freudenberger, psiquiatra e psicanalista), ele próprio acometido pelo problema. Alerta para o risco a que virtualmente todos os médicos estariam expostos, em função da natureza da profissão, marcada pelo contato direto com os pacientes e pela atividade em ambientes potencialmente estressantes como unidades de terapia intensiva (UTI), enfermarias de pacientes graves (pacientes oncológicos, em fase terminal, coronariopatas ou doentes psiquiátricos em fase aguda). Sua perspectiva é eminentemente clínica: apresenta os sinais e sintomas do *burnout* e enfatiza a sua etiopatogenia multicausal, definindo-o como uma síndrome resultante da má adaptação do homem ao seu trabalho. Alerta para a gravidade do quadro e para a dificuldade de seu tratamento. Sugere medidas profiláticas e terapêuticas que, em última análise, consistem em uma reformulação do estilo de vida no intuito de obter um maior equilíbrio entre trabalho, descanso e lazer, incluindo a prática de atividade física e a busca por uma vida social gratificante (FRANÇA, 1987). França não cita Maslach.

Cabe observar que a relação entre estresse e problemas cardíacos constitui uma linha tradicional da pesquisa em estresse laboral desde Karasek (1979), o que poderia explicar o interesse de um cardiologista na questão do esgotamento profissional. Entretanto, embora tenha escrito muitos trabalhos científicos e literários (aproximadamente cem títulos, segundo a

Academia de Medicina de São Paulo, da qual foi membro), esta parece ter sido sua única publicação especificamente sobre *burnout*.

Graduada em Enfermagem, a atual professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) **Liana Lautert** é líder do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO), cuja ênfase é na realização de estudos epidemiológicos no âmbito da graduação e pós-graduação em Enfermagem. Sua tese sobre *burnout* em enfermeiras, concluída na Universidad de Salamanca em 1995, contém uma das primeiras traduções para o português do MBI (versão *human services*). Esta tradução segue como uma das mais usadas na pesquisa brasileira. Se considerarmos a adoção de sua tradução da escala como um traço de influência, é possível dizer que Lautert exerce uma influência mais “local”, sobretudo na área de enfermagem do RS. Trata-se de pesquisas realizadas por enfermeiros e que têm como objeto tanto os próprios enfermeiros (caso de BENETTI et al. [2009]; RITTER; STUMM; KIRCHNER [2009]; também MENEGHINI; PAZ; LAUTERT [2011]), quanto profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) (TRINDADE, 2007; TRINDADE et al., 2010; TRINDADE; LAUTERT, 2010), atuantes em pronto-socorro (DAL PAI, 2011) e ainda residentes multiprofissionais (GUIDO et al., 2012).

O intercâmbio com pesquisadores espanhóis é característico da obra da psicóloga **Ana Maria Benevides-Pereira**. Junto a Pedro Gil-Monte e Bernardo Moreno-Jiménez, entre outros, ela coordena o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Estresse e Síndrome de *Burnout* (GEPEB), ligado à Universidade Estadual de Maringá (PR). Fundado em 1997 sob a denominação de NEPASB (Núcleo de Estudos e Pesquisas Avançadas sobre a Síndrome de *Burnout*), é provavelmente o primeiro grupo de pesquisa específico sobre *burnout* no país, tendo produzido, em 2001, uma das traduções do MBI (versões HSS e ED) mais adotadas pelos pesquisadores brasileiros. Benevides-Pereira investiga a sua ocorrência em profissionais de saúde, professores e estudantes. Em 2002, O GEPEB produziu o primeiro livro (e único de nossa seleção) exclusivo sobre a síndrome do esgotamento profissional.

Por sua vez, a psicóloga **Mary Sandra Carlotto** é uma das mais prolíficas autoras em *burnout*, com 29 publicações de nossa amostra (mais da metade de todos os trabalhos originários do RS). Atualmente coordena o Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde Ocupacional (GPPSO), na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), sendo também integrante de grupos de investigação em psicologia organizacional/saúde ocupacional da Espanha e de Portugal. Pesquisa *burnout* em professores, servidores públicos e estudantes da área da saúde, tendo validado para o português o MBI-SS (uma adaptação do MBI-GS para estudantes) (SCHAUFELI et al., 2002). Utiliza diferentes traduções brasileiras

do MBI, frequentemente “mesclando-as”: por exemplo, usa a tradução de Lautert ou a de Benevides-Pereira, mas com o sistema de pontuação proposto por Tamayo (pesquisador apresentado a seguir). Sua influência pode ser verificada pela maneira como outros pesquisadores (em sua maioria da área de psicologia, como ela) buscam reproduzir sua metodologia de pesquisa, especialmente em relação à formulação de hipóteses ou ao uso da mesma adaptação na forma de pontuação do MBI; além, é claro, das frequentes citações à sua obra. Entre suas principais coautoras estão Sheila Gonçalves Câmara (psicóloga, RS) e Lílian dos Santos Palazzo (médica psiquiatra, RS).

Da área de psicologia organizacional, **Mauricio Robayo Tamayo** atua hoje como professor da Universidade de Brasília. É responsável por outra tradução do MBI-HSS bastante usada em nosso meio (TAMAYO, 1997), mas também desenvolveu uma escala própria, a ECB (Escala de Caracterização de *Burnout*) – a segunda mais utilizada após o MBI. Sua pesquisa está concentrada em profissionais de saúde que atuam em hospital. Autores relacionados são Bartolomeu Tôrres Tróccoli (coautor frequente) e Lívia Oliveira Borges (psicóloga vinculada previamente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte [UFRN] e hoje à Universidade Federal de Minas Gerais [UFMG]).

Organizado pelo psicólogo **Wanderley Codo**, o livro *Educação: carinho e trabalho* (cujo subtítulo é *Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*) é lançado em 1999. A obra, atualmente em sua quarta edição (2006), resulta da colaboração entre o Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade de Brasília e a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE). Trata-se da primeira pesquisa em escala nacional com professores da rede pública, tendo contado com uma amostra total de 52 mil sujeitos; destes, quase 39 mil foram avaliados quanto à ocorrência da síndrome de esgotamento profissional. Suas principais conclusões foram de que 48% dos educadores apresentam algum sintoma de *burnout* (medido por uma versão modificada do MBI traduzido por Tamayo); 25% sofrem de exaustão emocional; apesar disso, 70% mostram-se realizados, ainda comprometidos com seu trabalho (CODO, 1999). Segundo Camargo (2012), esse livro representou um marco na história da pesquisa sobre a saúde do professor, ajudando a difundir o conceito de *burnout* no Brasil entre professores e pesquisadores.

Afirmando ser este o primeiro estudo nacional de prevalência de *burnout*, **Luciana Tucunduva e colaboradores** publicam, em 2006, um artigo que merece menção – apesar de ter sido o único de sua autoria no tema. Ele tornou-se referência pela metodologia: ao propor dois critérios de aferição, um mais restritivo (denominados “critérios de Ramirez”) e outro mais inclusivo (os “critérios de Grunfeld”), calculou duas prevalências da síndrome para a mesma

amostra de médicos oncologistas (respectivamente 3% ou 52,3%) (TUCUNDUVA et al., 2006). Por serem muito discrepantes entre si, os dados geraram controvérsia (MILLAN, 2007). Entretanto, a partir daí, passou-se a repetir a mesma estratégia de medição, principalmente em estudos realizados por pesquisadores médicos.

Pudemos identificar alguns núcleos de produção científica sobre *burnout* no Paraná, em Pernambuco e na Bahia. Um grupo de pesquisa mais recente foi também detectado no Rio Grande do Sul.

O primeiro núcleo consiste em uma série de artigos produzidos entre 2009 e 2012 no âmbito do programa de residência em gestão de serviços de enfermagem do Hospital Universitário de Londrina. Coordenadas por **Maria do Carmo Haddad** e **Marli Terezinha Vanucchi**, as pesquisas utilizaram o MBI traduzido por Benevides-Pereira.

No Recife, a médica com atuação em Saúde Coletiva **Kátia Virginia de Oliveira Feliciano** tem coordenado projetos de pesquisa sobre *burnout* em profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre suas principais coautoras – todas com formação médica – estão: Maria Helena Kóvacs, Silvia Wanick Sarinho (ambas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco), Renata Hirschle Galindo e Raitza Araújo dos Santos Lima (estas últimas ligadas ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira). Utiliza a tradução de Lautert em seus estudos.

Em Salvador, a psicóloga **Márcia Staffa de Oliveira Tironi** publica, no ano de 2005, dissertação sobre *burnout* em médicos pediatras, utilizando o ECB (escala criada por Tamayo a partir do MBI). Posteriormente, associa-se a outros pesquisadores da área médica e de Saúde Pública (Eduardo Borges dos Reis, Carlito Nascimento Sobrinho, Dalton Barros, entre outros) em outra pesquisa, desta vez com médicos de UTI (que rendeu trabalhos publicados em 2008, 2009 e 2010).

Na cidade gaúcha de Rio Grande, há, desde 2010, um projeto de pesquisa coordenado pela enfermeira **Valéria Lerch Lunardi**, que produziu recentemente dois artigos sobre *burnout* em trabalhadores de enfermagem (em 2012 e 2013).

No campo da odontologia, destaca-se **Juliana Bonini Campos**, do Departamento de Odontologia Social da Universidade Estadual Paulista (UNESP), em Araraquara. Entre suas publicações, estão estudos de validade do MBI (versão para estudantes, adaptada de Carlotto) e do OLBI (*Oldenburg Burnout Inventory*).

No Rio de Janeiro, foi possível identificar apenas um grupo de pesquisa, pela relativa continuidade de sua produção: trata-se do Programa Organização do Trabalho e Saúde Mental (OTSAM), da UFRJ, responsável por três artigos da amostra (LOUZADA; SILVA FILHO,

2004; VIEIRA et al., 2006; VIEIRA, 2010). Sob a coordenação de João Ferreira Filho e, posteriormente, de Sílvia Jardim, a importância do OTSAM reside também no fato de ter colaborado para a elaboração do Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que, em 2001, estabeleceu o *burnout* como transtorno mental ocupacional. Os demais trabalhos provenientes deste estado parecem ter sido realizados isoladamente (seja por iniciativa de um único autor, seja por ser a única publicação de um grupo de autores).

Embora o estado de São Paulo responda pelo primeiro lugar em número de publicações sobre *burnout*, não conseguimos identificar a existência de possíveis grupos de pesquisa – exceto o de Juliana Campos –, parecendo haver numerosas iniciativas, porém sem continuidade. De qualquer forma, podem-se citar alguns autores que aparecem mais de uma vez na lista, geralmente orientando trabalhos de conclusão de curso, ou colaborando entre si em livros ou artigos. São eles: Nilson Rogério da Silva (professor de Terapia Ocupacional da UNESP, pesquisou *burnout* em professores), Débora Miriam Raab Glina e Telma Ramos Trigo (respectivamente psicóloga e psiquiatra, professoras da Universidade de São Paulo [USP]), Luiz Antonio Nogueira-Martins (médico psiquiatra, professor da Universidade Federal de São Paulo [UNIFESP]), Monalisa de Cássia Fogaça (psicóloga, ex-aluna da UNIFESP e atual professora da Universidade Nove de Julho [UNINOVE]).

Outros pesquisadores a serem mencionados são José Carlos Zanelli, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), ex-orientador de Fernando Gastal de Castro (hoje na UFRJ) e de Flávia Dutra Lima (com dois estudos sobre o tema).

De modo geral, os pesquisadores se declaram adeptos da perspectiva sociopsicológica de Maslach; mas, de fato, o que notamos é um ecletismo, com a adoção de múltiplos referenciais teóricos no mesmo trabalho, indo desde a psicologia organizacional até a saúde do trabalhador, passando por iniciativas isoladas no campo da psicanálise (Lucia Helena Cunha) e da teoria existencialista (Fernando Gastal de Castro).

Quanto aos tipos de estudos, predominam os estudos quantitativos transversais, seguidos das revisões. Grande parte dos estudos quantitativos é do tipo correlacional. Alguns oferecem dados de prevalência (variando de zero a 78%). Outros, geralmente devido à amostra muito reduzida (algumas dezenas de participantes), simplesmente descrevem os achados (sendo por isso chamados “descritivos”), informando as médias das pontuações do MBI sem estabelecer níveis ou percentagens de ocorrência, i.e., sua prevalência. Identificamos apenas cinco estudos longitudinais, dos quais apenas um estudo de intervenção.

A partir dessas características, pode-se dizer que a pesquisa brasileira, em seu conjunto, segue as principais tendências da “fase empírica”, identificadas por Maslach e Schaufeli ainda

no início da década de 1990: a predominância de estudos sobre as *human professions*; o maior foco nos fatores do trabalho do que em outros tipos de variáveis (como os fatores pessoais, por exemplo); e a maior quantidade de estudos correlacionais, com o emprego de uma escala auto-aplicável (em geral o MBI) em um determinado momento no tempo (estudo transversal), em uma amostra populacional não representativa (MASLACH; SCHAUFELI, 1993). Podemos falar na existência de um artigo “típico”, em que o *burnout* é primeiramente apresentado conforme o conceito tridimensional de Maslach, depois associado com as mudanças recentes no mundo do trabalho das profissões de cuidado, para em seguida ser mensurado por meio do MBI. Cada dimensão é então correlacionada com dados sociodemográficos (em geral sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, número de filhos) e características do trabalho (como tempo na profissão, trabalho em turnos ou não, tipo de vínculo empregatício, carga horária). O resultado são associações positivas, negativas ou nulas entre cada dimensão de *burnout* e as demais variáveis.

5.2 Segunda fase: profissionais de saúde e professores

Ao extrair as características gerais dessa produção, constatei que 150 trabalhos, ou cerca de 80%, investigam *burnout* em profissões de saúde ou de educação. Embora não fosse propriamente uma surpresa (na verdade, confirmava a impressão geral), esse dado indicava que, no Brasil, o *burnout* é percebido como um problema quase que exclusivo de certos grupos profissionais – contrariando a expansão conceitual identificada na pesquisa internacional. Marcava, desde já, uma diferença do nosso país, a ser investigada. E me autorizava a dispensar os outros grupos da análise principal (sendo o recurso a estes trabalhos feito de maneira apenas pontual).

Assim, para a análise em profundidade do conteúdo dessa produção científica, decidi restringir nossa amostra às publicações correspondentes a esses dois grupos. Fiz então nova seleção: dos agora 150 trabalhos, excluí os estudos de validade (9 estudos) – pois objetivam a avaliação do desempenho das escalas, e não propriamente a população em si –, e, daqueles restantes, os sem acesso (8 estudos) – julguei possível prescindir dos trabalhos sem acesso após perceber certa “saturação” de dados, em um universo de trabalhos relativamente repetitivos. Ao final, restaram **133 trabalhos**.

Este subconjunto de trabalhos constitui então a segunda fase de nossa seleção. Nosso objetivo agora é observar como o *burnout* vai se construindo em torno de ideias, valores e significados culturais acerca do trabalho, da Pessoa e das relações entre os dois, mediadas pela fadiga.

Após sucessivas leituras do material, pude identificar alguns temas recorrentes, que serão explorados ao longo dos dois capítulos seguintes. É importante ressaltar que tais temas se interpenetram e se articulam de várias maneiras, de modo que a divisão dos capítulos precisou ser um pouco arbitrária.

No capítulo 6, estudaremos como a pesquisa brasileira vem construindo os alicerces científicos do *burnout*: a(s) escala(s) diagnóstica(s) e a teoria do estresse. São eles os mesmos identificados na pesquisa internacional? Em que medida, a partir das posições relativas dos vários agentes no campo científico, esses pilares têm podido se sustentar (ou não)? No capítulo 7, acompanharemos a tentativa de estabelecimento da especificidade do *burnout* com base nas “emoções”, e investigaremos o papel da “organização” na construção diferencial do *burnout* das diversas categorias profissionais (especialmente da saúde) e a relação pessoa-trabalho.

Embora a principal tarefa de nossa análise seja investigar esses temas ou categorias em seus vários desdobramentos, penso ser interessante, num primeiro momento, destacar como todos eles parecem estar englobados em duas grandes tendências: a pesquisa sobre si mesmo e a pesquisa com jovens.

5.3 A pesquisa sobre si mesmo

Um intrigante aspecto da literatura nacional em *burnout* é o fato de enfermeiros pesquisarem profissionais de enfermagem; médicos pesquisarem médicos; fisioterapeutas investigarem fisioterapeutas; professores de educação física estudarem professores de educação física; dentistas pesquisarem dentistas. Por outro lado, curiosamente, psicólogos investigam a todos, mas não se “autoinvestigam” na mesma medida... (encontrei apenas quatro trabalhos dedicados ao *burnout* dos psicólogos). Qual o significado desses achados?

Dentre os vários motivos que poderiam explicar tal interesse na própria prática estão desde questões pragmáticas, ligadas à pressão por publicação em um cenário de aumento do número de programas de pós-graduação; passando pela consciência de uma piora nas condições de trabalho; até razões de ordem cultural mais ampla, como a ênfase em valores individualistas.

A pesquisa brasileira em *burnout* se desenvolve dentro do contexto de expansão da pós-graduação em nível nacional, na década de 1990. São marcos dessa expansão a revisão do sistema de avaliação dos programas de pós-graduação pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em processo iniciado em 1997, e cujo desdobramento foi a instituição, no ano seguinte, do sistema Qualis, voltado para a avaliação dos periódicos científicos (critério indireto de avaliação da qualidade dessa produção acadêmica).

Desde então, tais mudanças vêm provocando intenso debate, com críticas, por parte de muitos pesquisadores, ao chamado “produtivismo” acadêmico. A forte pressão por publicação levou a alterações importantes na estrutura e no funcionamento de vários programas, e despertou a atenção para as condições de realização da própria atividade acadêmica. A preocupação com o impacto na saúde dos pesquisadores foi expressa em documento da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd), que reuniu entre seus argumentos um estudo de De Meis et al. (2003) sobre o *burnout* dos pesquisadores⁶⁹.

A ênfase em “si mesmo” como objeto de estudo parece também refletir certa tradição da pesquisa no campo da Saúde do Trabalhador, precocemente marcado pela pesquisa com profissionais de saúde (especialmente enfermeiros) e da educação. De acordo com um panorama da produção da pós-graduação em Saúde do Trabalhador (realizado até o ano de 2004), essa tradição vem desde a década de 80, mas se consolida nos anos 90 – quando crescem as pesquisas em estresse e distúrbios psíquicos – e na década seguinte (SANTANA, 2006). As repercussões do trabalho sobre a saúde dos profissionais de saúde se tornaram então o tema

mais prolífico em termos de teses e dissertações focalizando uma mesma categoria profissional na década de 80 (n=8) e na década seguinte (n=47), chegando a representar 18% de toda a produção de teses e dissertações na presente década [de 2000]. O trabalho docente também passou a ser estudado na década de 80, embora limitado a professores de enfermagem. (SANTANA, 2006, p. 105).

Outra razão envolveria a percepção de uma deterioração das condições de trabalho. Essa piora, sentida, por assim dizer, na própria pele, teria aumentado a sensibilidade ao fenômeno do *burnout*. De fato, em muitos casos, os estudos adotam o tom de denúncia social, relacionando a emergência do esgotamento profissional a mudanças no mundo do trabalho em saúde e na educação (ver também capítulo 7). Em especial para a Saúde Coletiva, é preciso lembrar que os anos 90 marcam também o esforço de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido pela Constituição de 1988. A percepção da precariedade das condições de trabalho, a crítica ao modelo hospitalocêntrico de cuidado, além da crítica à instituição

⁶⁹ Este artigo não foi incluído em nossa amostra por não ter sido publicado em português.

escolar, todos temas caros ao campo, permeiam os trabalhos sobre o *burnout* nos profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), da reforma psiquiátrica, entre outros.

Nos textos selecionados, há inúmeras referências à necessidade de *conhecimento* (tanto de si mesmo quanto do *burnout*) e do *controle/cuidado de si*: conhecer as causas de esgotamento poderia ajudar as enfermeiras a administrar e minimizar seus efeitos deletérios (LAUTERT, 1999). Enfatiza-se a necessidade de ter “estratégias de enfrentamento” frente aos “estressores laborais” e de exercer o “autocuidado” (TRINDADE; LAUTERT, 2010). É preciso autoconhecimento para saber se conduzir no trabalho (TIRONI et al., 2009). O “alvo preferencial do *burnout*” são os trabalhadores motivados, daí a importância de aprenderem a “cuidar de si” (RITTER; STUMM; KIRCHNER, 2009). Outros trabalhos destacam a importância de atentar para a “experiência subjetiva” dos profissionais de saúde (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005).

Nesse contexto, o estudo do *burnout* se impõe como um passo obrigatório para o reconhecimento dos agentes estressores próprios da profissão, e para a consequente adoção do comportamento “correto” no trabalho, sendo tudo isso responsabilidade do indivíduo.

A maior atenção sobre si mesmo parece estar ligada a uma *função gerencial* assumida pelos pesquisadores. Por exemplo: alguns estudos destacam o papel do enfermeiro, como gestor da equipe de enfermagem, em criar espaços de discussão sobre qualidade de vida e saúde no trabalho – medida de prevenção/promoção de saúde (responsabilidade pela própria saúde) (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). Lembremos que a chamada *gestão de recursos humanos em saúde* também é um aspecto importante do enfoque da saúde pública ou da saúde coletiva, campos a que vários dos pesquisadores em *burnout* pertencem. Em todos esses casos, parece sobressair a perspectiva do *gestor*.

O foco sobre a (própria) subjetividade pode ser entendido também como expressão de uma tendência reflexiva da pessoa moderna, característica da ideologia do individualismo – baseada na ideia de indivíduo como ser dotado de interioridade –, estando ligada à difusão dos saberes psi e, portanto, ao processo de psicologização, conforme discutido no capítulo 3.

No campo do trabalho, a apropriação dos saberes psicológicos pelas empresas, com vistas à produtividade (dando suporte à constituição de um campo por si só: o dos saberes organizacionais), está inserida no contexto de crescente preocupação com as questões do bem-estar psíquico e da motivação dos trabalhadores, em um mundo do trabalho que demanda cada vez mais o domínio das próprias habilidades mentais (cognitivas e emocionais). Como vimos, é nesse cenário que o conceito de estresse laboral (do qual o *burnout* é derivado) adquire relevância.

Uma hipótese interessante para o sucesso da noção de *burnout* entre enfermeiros na França é a da homologia entre psicologia e enfermagem. Na verdade, trata-se de uma dupla homologia, estabelecida em oposição à figura do médico: 1- homologia de *posição* no campo das profissões de saúde (enfermeiros ou psicólogos x médicos); e 2- homologia de *concepção* e representação da saúde (cuidado holístico x cuidado compartimentado/especializado). Sem esquecer ainda o fato de ambas serem carreiras eminentemente femininas, todo esse conjunto de fatores faria dos psicólogos, além dos próprios colegas enfermeiros, os mais capazes de reconhecer o valor do trabalho de enfermagem (LORIOU, 2000).

Dados que sugerem a presença dessa homologia também no Brasil são encontrados em estudo de Carvalho e Camargo (2001) sobre a influência da psicologia sobre a enfermagem, pesquisada a partir de trabalhos produzidos entre 1985 e 1997. Lembrando que a inclusão de disciplinas psicológicas no currículo da enfermagem vem desde a década de 60, as autoras identificam que a principal influência se dá através do “diálogo teórico-metodológico” entre as duas áreas, caracterizado pela ênfase na “assistência global” ao paciente (ou seja, uma que considere não só seus aspectos físicos, mas também os emocionais e comportamentais). (Na verdade, parece tratar-se mais de uma ascendência do que propriamente um diálogo.) Concluem que a enfermagem já incorporou o enfoque psicológico:

O uso de referência a obras de Psicologia é predominante nos artigos focalizados. Entretanto, o fato de boa parte dos trabalhos não utilizá-las, apesar de abordar aspectos psicológicos, revela que a Enfermagem já construiu um corpo de conhecimento próprio que prescindia dessa relação mais direta com trabalhos de Psicologia, no que tange à compreensão do doente e do adoecimento, à interação enfermeiro paciente/cliente e, ainda, quanto às reflexões sobre sua atuação profissional. *Pode-se dizer que no terreno do psicológico, as duas áreas se fundem provocando “a aparente confusão que caracteriza as ciências humanas em nossos dias”, citando Foucault. (CARVALHO; CAMARGO, 2001, p. 65, grifo nosso)*

O outro aspecto levantado por LorioU (2000) que não deve ser desconsiderado é o de que as profissões em questão são eminentemente femininas. Nesse sentido, é importante observar se e de que maneira os trabalhos de nossa amostra expressam algumas “ideias sobre si mesmo” que envolvem o gênero. Geralmente veiculada como um enunciado, a partir de dados de estudos internacionais (e só às vezes também como achado da própria pesquisa), a principal delas é a de que mulheres têm mais Exaustão Emocional, enquanto que homens apresentam mais Despersonalização.

A exaustão feminina seria provocada não só pelo acúmulo de tarefas (dupla jornada, por exemplo) e a diferenças culturais relativas à forma de socialização, mas ao fato de elas serem mais emotivas. Assim, fala-se de sua maior “facilidade em expressar emoções e sensibilidades” (GOULART et al., 2010, p. 50); da “característica emocional relacionada ao gênero

feminino” (JODAS; HADDAD, 2009, p. 196); de supostos efeitos dos “estereótipos de gênero” em tornar as mulheres “mais responsivas emocionalmente” (ao passo que os homens se tornariam “mais instrumentais”) (TAMAYO, 2009). Mulheres seriam mais “flexíveis” do que os homens (podendo-se deduzir então que eles seriam mais “duros” emocionalmente) para lidar com pressões do trabalho (do ensino, no caso) (CARLOTTO, 2002; LIMA et al., 2013). Por sua vez, os homens seriam mais competitivos e focados no sucesso profissional, em função do condicionamento cultural a um maior “desejo de poder”, frustrando-se mais facilmente quando não alcançam a meta estipulada, e com isso sentindo-se menos realizados (PALAZZO; CARLOTTO; AERTS, 2012). Maiores taxas de despersonalização entre os homens seriam devidas à tendência masculina de apresentar uma expressão “inadequada” dos afetos (enquanto as mulheres expressariam mais suas emoções, os homens as guardariam, de maneira inapropriada) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002); para as mulheres, a atitude fria e distanciada da despersonalização seria contrária “às características que definem seu papel de gênero” (LIMA et al., 2013).

No contexto da comunicação científica, é importante considerar ainda que os autores escrevem para alguém. Quem são os destinatários dessa produção de conhecimento? Para quem os autores falam?

Os autores falam para os seus “pares”. Nesse grupo encontram-se não apenas outros pesquisadores, ou aqueles indivíduos no papel de gestores da saúde, mas também os “trabalhadores”, ou seja, os profissionais no exercício de sua atividade específica. Se considerarmos que os cientistas atuam como portadores culturais, então os textos científicos que eles produzem podem ser entendidos como meio para a difusão de conhecimentos fundados em determinadas ideias e valores, os quais possuem caráter prescritivo de condutas no trabalho. A escolha por pesquisar estudantes de graduação – trabalhadores em potencial, ou “pré-profissionais” (conforme a denominação encontrada em vários artigos) – pode ser então encarada como um efeito dessa dinâmica. Na medida em que os textos científicos eventualmente funcionam como elementos de produção de engajamento, pode-se dizer que possuem uma dimensão ideológica. Essa discussão, introduzida no capítulo anterior, será retomada no capítulo 7, quando analisaremos como o modelo do “executivo” aparece nesse material.

5.4 Os jovens e o *burnout*

Chama a atenção o interesse em pesquisar *burnout* especificamente em estudantes. Foram 25 publicações, todas envolvendo estudantes de graduação da saúde ou residentes, o que correspondeu a quase um quarto do total de estudos com profissionais dessa área.

Mas, independentemente da população investigada, boa parte dos estudos selecionados encontrou o seguinte resultado: quanto mais jovem, mais se tem *burnout*. Em geral, atribui-se este achado à inexperiência e imaturidade dos mais jovens, que teriam expectativas irrealistas e habilidades de enfrentamento menos desenvolvidas (BARBOZA; BERESIN, 2007; CARLOTTO; CÂMARA, 2007; CARLOTTO; NAKAMURA; CÂMARA, 2006; TOMASCHEWSKI-BARLEM et al., 2013). Os mais jovens são descritos como “inábeis” para lidar com a organização do trabalho e teriam necessidade de autoafirmação profissional (LAUTERT, 1999). Algumas características dos mais jovens que aumentam a suscetibilidade ao *burnout* seriam: inexperiência pelo pouco tempo de formados (FRANÇA et al., 2012), insegurança, a experiência de “choque de realidade” (ao iniciar a carreira profissional), “idealização” da profissão e “excessiva motivação” (FRANCO et al., 2011; TRINDADE; LAUTERT, 2010).

Desde as primeiras publicações, sugerem-se estratégias para “desenvolver as habilidades” das enfermeiras mais jovens (LAUTERT, 1995; 1999). Um exemplo desse entendimento é o estudo sobre a influência das professoras (no contexto da relação professora-aluna) na aquisição e no desenvolvimento do *coping* das alunas, as futuras enfermeiras (MATHEUS; CHAVES; BIANCHI, 1999).

Há algumas menções à “idade de 30 anos” (FRANÇA et al., 2012; FRANCO et al., 2011; TRINDADE et al., 2010) como marcando o “período de transição entre expectativas idealistas e a prática cotidiana” (FRANCO et al., 2011, p. 16), e por isso convertendo-se na fase de maior suscetibilidade ao *burnout*.

Para fazer face à inexperiência, a pessoa procura adquirir maior competência técnica. Mas o passar do tempo também lhe proporciona desenvolver capacidades mais pessoais como “ponderação”, “vivência” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). Argumento dissonante (embora minoritário) é encontrado em França e Ferrari (2012), que encontraram associação positiva entre idade e *burnout*, postulando para este resultado a hipótese de que, com a idade, diminuiria a capacidade de adaptação ao estresse.

A questão da idade remete a outro tema: o da *formação/preparação* profissional. Observamos um grande interesse na pesquisa com estudantes universitários. Percebe-se a

necessidade de haver uma formação que abranja, além dos aspectos técnicos, a “parte relacional”, o “controle emocional”. Assim, vemos surgir estudos sobre *burnout* no contexto de formação de recursos humanos para o SUS, especialmente em programas de Saúde da Família e de Residência Multiprofissional (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005; 2011; GALINDO et al., 2012; GUIDO et al., 2012). Fala-se em “estressores da formação” (GUIDO et al., 2012) e “estresse acadêmico” (CARLOTTO et al., 2010) para denotar a especificidade da formação profissional como fator de risco.

Borges e Carlotto (2004) pesquisaram amostra de técnicos de enfermagem em formação. Apontam que o número de pesquisas com estudantes aumentou em decorrência da expansão do conceito de *burnout*, principalmente após a validação de uma versão do MBI para estudantes (MBI-SS) (elaborada por SCHAUFELI et al. [2002] a partir da versão geral – MBI-GS). Denominam a atividade de estudo como “atividade pré-profissional”, e identificam uma fonte específica de estresse relacionada ao “processo ensino-aprendizagem”, por este exigir “adaptação às constantes mudanças sociais: a evolução tecnológica e a do conhecimento humano”. O valor da *aprendizagem* é destacado: “Atualmente, o foco do trabalho profissional está deslocado do ensinar para o aprender”. O estudante é visto como suscetível, pois “é colocado frente ao novo”, mas sem “preparo psicológico” para isso, o que expõe “fragilidades entre o racional e o emocional”. Exaustão Emocional e Despersonalização foram associadas ao fator de estresse “não realizar estágio”: a falta de experiência prática também desgasta (pela antecipação do “novo”). Por tudo isso, postulam que a prevenção deve ocorrer ainda durante a preparação profissional: “aprendizado e aprimoramento dos aspectos interpessoais da tarefa assistencial”.

A prevenção precoce do *burnout*, ainda na fase de formação, se justifica pelo caráter do estresse inerente às profissões de saúde: “por prestarem cuidados de saúde diretos a outras pessoas, estão constantemente sujeitos a uma enorme variedade de fatores de estresse” (CARLOTTO; NAKAMURA; CÂMARA, 2006, p. 58). Mas a atividade de estudante também traz consigo fatores específicos de estresse: “Acredita-se que *a semente do burnout pode estar sendo plantada durante a formação médica*, quando a fadiga e a exaustão emocional passam a ser a norma, e uma série de condições estruturais adversas costuma estar presente.” (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009, p. 12, grifo nosso).

Neste artigo, Benevides-Pereira e Gonçalves (2009, p. 11) apontam a existência de uma discussão sobre se não seria o caso de incluir no processo de seleção para a faculdade de medicina, “além das aptidões física, sensorial ou intelectual, aquelas expressas por respeito, bom senso, objetividade, responsabilidade e estofo moral, entre outras”. Outro

problema da formação seria o “treinamento abusivo” (apontando para a questão da violência no ambiente de trabalho, que aparecerá em alguns outros estudos). Encontraram que os níveis de Despersonalização aumentam com o decorrer do curso, embora, no geral, os anos mais difíceis sejam o terceiro e o quarto, após o que os níveis de estresse e *burnout* decaem um pouco.

Eis as suas propostas para prevenção de *burnout* entre estudantes de medicina:

A adoção de *disciplinas psicossociais*, já referenciada por outros autores, poderia ser uma alternativa relevante, com o intuito de propiciar uma reflexão sobre a conduta com o paciente por meio da discussão de temas como as relações interpessoais no trabalho e, sobretudo, médico-paciente, destacando-se a importância de uma boa relação no processo de recuperação da saúde.

Tem sido sugerido o emprego de *psicoterapia preventiva e interventiva*, associada a outras condutas, incluindo a criação de centros especializados para exames médico-psicológicos, no sentido de propiciar assistência psicológica aos estudantes.

Os alunos devem ser estimulados a *desenvolver estratégias de adaptação e enfrentamento de situações estressantes* que lhes servirão durante a formação e, posteriormente, durante sua carreira profissional. Devem *aprender sobre a fisiologia do estresse, técnicas de relaxamento, traços de personalidade com potencial adaptativo e mal-adaptativo, assim como sobre o desenvolvimento de relações interpessoais efetivas, reconhecimento e manejo do estresse no meio médico, e aprender a desvincular sua vida profissional da pessoal*. (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009, p. 21, grifo nosso)

Em alguns trabalhos, *burnout* é usado como parâmetro para propor ou avaliar mudanças curriculares (ASAIAG et al., 2010; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; LORETTO; MARTINS; ABATAYGUARA, 2011; MORI; VALENTE; NASCIMENTO, 2012).

Além da graduação universitária, a residência também vem sendo alvo de atenção dos pesquisadores brasileiros. Para alguns deles, a residência médica, por exemplo, corresponde a um período de desenvolvimento pessoal e profissional marcado por intenso estresse (ASAIAG et al., 2010; BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010). É vista como a fase “mais difícil e desgastante” da formação profissional (médica) (SOARES et al., 2012).

A preocupação com a formação médica e a questão do *desenvolvimento pessoal* aparece em Lourenção, Moscardini e Soler (2010, p. 81): “A residência médica é um processo de desenvolvimento no qual o residente deve [...] estabelecer os limites de sua identidade pessoal e profissional”. Propõem estratégias para melhorar as “habilidades de comunicação” dos jovens médicos, “necessárias para se tornarem profissionais competentes”.

Uma especificidade da condição de residente seria a sobreposição dos “estresses”: o “estresse profissional” em si; o “estresse situacional” e o “estresse pessoal” (SOARES et al.,

2012). Lima et al. (2007, p. 139) afirmam que médicos residentes “vivenciam uma dualidade de papéis” (de estudante e de médico).

Em consequência desse quadro de alto risco para *burnout* – que, por sua vez, afeta a produtividade –, sugere-se então atuar preventivamente ainda durante a residência:

O profissional que apresenta pensamentos suicidas e/ou *burnout* e o hospital em que ele trabalha devem buscar meios para contornar esta situação. O médico com *burnout* se torna um *profissional menos motivado*, confiante e capaz, o que dificulta seu trabalho e *diminui a capacidade produtiva do hospital*. O indivíduo pode buscar *formas de lazer, relaxamento e diversão* para contrabalançar o intenso estresse a que está submetido no trabalho. Uma *avaliação psicológica e/ou psiquiátrica* pode ser uma ferramenta útil, pois ajuda a identificar o problema e fornece suporte para que o profissional não venha a desenvolver complicações relacionadas ao *burnout*, como depressão e manifestações suicidas.

Os hospitais universitários devem adotar medidas para evitar o desgaste dos médicos residentes. Assim, *melhor distribuição do trabalho e dos momentos de descanso* pode auxiliar o indivíduo a diminuir seu desgaste físico e emocional. *Medidas para que o residente sinta prazer em realizar seu trabalho* também são efetivas para diminuir o estresse. (SOARES et al., 2012, p. 80, grifo nosso)

A mensagem que fica, a partir desses estudos, parece ser a de que o jovem, inexperiente na profissão e na vida, deve portanto ser moldado para tornar-se um profissional produtivo e um indivíduo realizado, capaz de desenvolver seu pleno potencial como pessoa através de seu trabalho.

6 A IMPRECISA IMAGEM DO *BURNOUT*

Este capítulo trata do processo de materialização/objetivação do *burnout* como uma realidade apreensível por meio de ferramentas científicas. Veremos que a construção da cientificidade do *burnout* na pesquisa brasileira tem se apoiado em dois alicerces ou pilares principais: os inventários diagnósticos (especialmente o MBI) e a teoria/conceito do estresse.

As estratégias de objetivação procuram revelar o que estaria oculto, à maneira de uma imagem fotográfica que, para existir, precisa ser revelada. Apesar da almejada nitidez e corporeidade, o resultado obtido até o momento permanece sendo uma figura um tanto quanto nebulosa. No entanto, se essa imprecisão pode dificultar o reconhecimento de um *status* científico para o *burnout*, ao mesmo tempo permite que ele, especialmente por estar atrelado à figura do estresse, circule pelos mais diversos meios/campos, tornando-se uma presença virtual constante e, em certo sentido, autoevidente.

6.1 Uma escala, várias interpretações: o trabalho de objetivação do *burnout*

Chama a atenção que o *burnout* seja frequentemente descrito como “sorrateiro” (GALINDO et al., 2012), “silencioso” (BENETTI et al., 2009), insidioso, como algo que passa “despercebido”. E também como “ameaça” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

Entendido como um processo (mais do que como a etapa final de um processo, um estado), o *burnout* é difícil de “ver”. A possibilidade de detecção por meio de uma escala torna-se, portanto, algo muito importante na objetivação de um fenômeno dessa natureza.

Já sabemos que o MBI é o instrumento mais usado para aferir *burnout*. No Brasil, não é diferente. A forma como ele é empregado, entretanto, pode variar muito de estudo para estudo.

Cabe aqui uma breve explicação sobre esta escala.

O MBI é um questionário autoaplicável, composto por sentenças a respeito de sentimentos ou atitudes do indivíduo acerca de vários aspectos do seu trabalho. Cada dimensão do *burnout* é aferida por um determinado grupo de sentenças. No caso do MBI-HSS, de um total de 22 sentenças, nove se referem à dimensão Exaustão Emocional (EE), cinco à dimensão Despersonalização (DE) e oito à dimensão Realização Pessoal (RP). Alguns exemplos de frases são: “Sinto-me esgotado(a) emocionalmente por meu trabalho” (representando a dimensão EE);

“Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho” (correspondendo à DE); “Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão” (para RP)⁷⁰.

Cada sentença recebe uma pontuação de 0 a 6 (pela escala de Likert), de acordo com sua frequência de ocorrência (desde 0 = nunca até 6 = todos os dias). A média aritmética dos pontos de cada grupo de sentenças representa o escore da respectiva dimensão; assim, temos, ao final, três escores separados. Quanto mais altos os escores de EE e DE, e quanto mais baixos os escores de RP, mais grave é o *burnout*.

Para Maslach e colaboradores (MASLACH; JACKSON; LEITER, 1996; MASLACH; LEITER, 1997), devem ser computados sempre os três escores separadamente; esta seria a maneira mais adequada de aferir o *burnout*, já que o objetivo do MBI seria identificar uma situação de trabalho, e não fazer um diagnóstico individual. Porém, outros autores preferem computar um escore total (que pode ser calculado de diferentes formas) para cada indivíduo da amostra, por considerar que assim consegue-se apreender melhor a totalidade do fenômeno (BRENNINKMEIJER; VAN YPEREN, 2003).

Uma primeira questão que surge a partir dessa descrição é a de definir o que será considerada uma pontuação “alta” ou “baixa” em cada subescala. Para a versão original do MBI, foram estabelecidos pontos de corte com o auxílio de ferramentas estatísticas. Dessa maneira, Maslach e Jackson (1981) puderam elaborar uma chave de pontuação para o instrumento, capaz de classificar o *burnout* em níveis baixo, moderado ou alto. É importante destacar, entretanto, que tais pontos de corte não são universais, variando de acordo com a cultura (país) ou tipo de ocupação da amostra estudada, por exemplo – o que, entretanto, nem sempre é observado pelos pesquisadores nacionais.

Tais pontos de corte, ao serem aplicados às pontuações de cada indivíduo isoladamente, resultam em diagnósticos individuais; e ao serem aplicados ao conjunto da amostra, dão origem a um diagnóstico coletivo (esta é a recomendação de Maslach).

Nos trabalhos brasileiros, encontrei inúmeras formas de computar e interpretar os resultados do MBI, quase se podendo dizer que cada pesquisador tem a sua... As diferenças vão desde a maneira de indicar a pontuação por subescala (se por somatório simples ou por média aritmética na subescala, calculados por pessoa e/ou coletivamente), passando por variações no

⁷⁰ Conforme a tradução brasileira de Benevides-Pereira (2001). No original em inglês, correspondem respectivamente a: “I feel emotionally drained from my work”; “I’ve become more callous toward people since I took this job” e “I have accomplished many worthwhile things in this job” (MASLACH; JACKSON, 1981).

próprio sistema de pontuação (de 0 a 6, em BENEVIDES-PEREIRA [2001]; de 0 a 4 em LAUTERT [1995]; de 1 a 7, em GALINDO et al. [2012]; de 1 a 5, em TAMAYO [1997] e CARLOTTO [2003]), pelo critério de estabelecimento dos pontos de corte/níveis de *burnout* (se seguindo a indicação da tradução utilizada, se por média \pm desvio-padrão, ou se por percentis de distribuição), até o critério diagnóstico (há *burnout* apenas quando as três dimensões estão alteradas no mesmo indivíduo, ou se basta uma dimensão alterada) e ainda se as taxas de frequência são expressas em porcentagem (prevalência) ou não. Vejamos alguns procedimentos adotados:

- a) a pontuação em cada subescala é apresentada como somatório simples (situação menos comum) ou em termos de médias e desvios-padrão. Passa-se então diretamente ao estudo das correlações entre cada subescala e cada variável. Os resultados são expressos como: quanto maior (ou menor) a variável X, mais alta (ou mais baixa) é a dimensão de *burnout* Y. Exemplo: quanto menor a idade, mais alta a (pontuação média em) Exaustão Emocional (EE). *Por essa metodologia, não há classificação em níveis, nem tampouco diagnóstico de burnout.* Pois, na verdade, os níveis não são altos ou baixos em si mesmos, eles são *mais* altos ou *menos* altos *em relação a* uma outra variável. Em outras palavras: não há alta EE, e sim, quanto mais alta a pontuação de EE, maior ou menor a associação com determinada variável (BORGES; CARLOTTO, 2004; SOUZA; SILVA, 2002);
- b) além da correlação com variáveis, podem-se comparar grupos quanto aos níveis de cada dimensão. Exemplo: o grupo A apresentou mais EE do que o grupo B (professores não universitários têm mais EE que professores universitários) (CARLOTTO, 2003);
- c) calculam-se as médias por subescala. A partir dessas médias, caracterizam-se como altos os escores que ficaram acima da média (ou do valor média + desvio-padrão), e baixos os escores que ficaram abaixo da média (ou do valor média - desvio-padrão), podendo-se ter também um nível médio. Encontram-se assim os *níveis* coletivos de cada dimensão. Além disso, indivíduos que possuem níveis altos em EE e DE e nível baixo em RP recebem o *diagnóstico* de *burnout* (FRANCO et al., 2011; GUIDO et al., 2012; TRINDADE; LAUTERT, 2010);
- d) alternativamente, um mesmo estudo pode adotar dois critérios para o diagnóstico individual: níveis altos em EE e DE e baixo em RP (“critério de

- Ramirez”); *ou* nível alterado em pelo menos uma dimensão (“critério de Grunfeld”) (MENEGALI et al., 2010; MOREIRA et al., 2009a; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2010; TUCUNDUVA et al., 2006);
- e) em outros casos, considerou-se diagnóstico de *burnout* a presença de níveis médios ou altos ocorrendo, em um indivíduo, nas três dimensões simultaneamente (considerando-se escore reverso para RP), calculando-se esta porcentagem de sujeitos através de procedimento estatístico de análise de *clusters* (BORGES; ARGOLLO; BAKER, 2006);
 - f) considera-se a *prevalência de burnout* tanto em termos da porcentagem de casos (individuais) quanto das porcentagens das subescalas separadamente.

Em suma: a variedade de usos e interpretações do MBI permite que os resultados sejam expressos de tantas maneiras, que algumas chegam até mesmo a prescindir da própria identificação do *burnout*!

De fato, essa escala é singular no que se refere à capacidade de apreensão do fenômeno em sua dimensão coletiva – qualidade, aliás, bastante desejável do ponto de vista das abordagens psicossociais e que certamente contribui para a sua adoção quase universal, apesar das críticas à sua suposta fragilidade teórica. Mas tamanha versatilidade acaba produzindo um efeito curioso: mesmo quando não se pode identificar nenhum “caso” (individual) de *burnout* – o que constatamos ser relativamente comum nos estudos brasileiros –, *ele ainda assim é considerado presente*, bastando que haja uma dimensão (geralmente a Exaustão Emocional) em nível moderado/alto. Diz-se então que há *burnout* em fase inicial ou em desenvolvimento. Outras expressões comumente usadas são propensão, tendência ou risco para *burnout*.

6.1.1 O esforço de objetivação pela escala: táticas de persuasão

O que fica evidente em toda essa complexa e aparentemente contraditória operação é o quanto de esforço está envolvido na objetivação do *burnout*. Uma “simples” pontuação na escala resulta de um trabalho ativo que envolve, a todo momento, escolhas e estratégias por parte do pesquisador.

De acordo com Latour e Woolgar (1997), a ciência é uma prática social caracterizada por um processo de convencimento cujo fim é a construção de fatos científicos. Isso se dá por meio da adoção de estratégias e procedimentos eficazes (no sentido de que permitem apagar os vestígios da forma como o fato foi produzido). Tais estratégias incluem a *inscrição literária* e a *produção ou transformação de enunciados* (através de estratégias discursivas de “estabilização” visando a aumentar o poder de convencimento de um dado enunciado, e com isso aumentar o seu grau de “faticidade”, até chegar ao *status* de “fato”), entre outras etapas.

Se pudermos comparar a escala MBI com os aparelhos de um laboratório⁷¹, poderíamos dizer que ela participa do processo de inscrição literária na medida em que ajuda a produzir os gráficos, figuras e dados numéricos que vão materializar o *burnout*, de tal modo que, após consegui-lo, a maneira como se chegou a esses números é esquecida. Desse modo, *a escala ajuda a criar o fenômeno*; na verdade, as duas coisas são inseparáveis, no sentido de que “os fenômenos dependem do material” (LATOURE; WOOLGAR, 1997, p. 61).

A questão das estratégias de persuasão é discutida também por Lorient (2012). O autor analisa o processo de construção de entidades clínicas em saúde mental no trabalho a partir do modelo do *claims-making process*. Essa abordagem considera como fase-chave – aquela pela qual a nova categoria será considerada autêntica, i.e., a maneira como sua natureza particular será demonstrada e justificada – a etapa do “empreendedorismo moral”, processo que envolve o emprego de diversas *táticas de persuasão e de validação científica*. A primeira delas é a de apresentar marcadores fisiológicos que viriam a atestar a “realidade” objetiva da doença (por exemplo, as alterações neuroendócrinas do estresse); a segunda, quando o problema é concebido como psicogênico, é a utilização das escalas diagnósticas (como o MBI); a terceira, mais social e política do que científica, é a tentativa de construir um mundo em que a existência e a natureza fisiológica da doença não são mais postas em questão. Por fim, a institucionalização da nova categoria passa, entre outras coisas, por sua inscrição nos textos jurídicos.

Na ausência de um marcador fisiológico específico, os pesquisadores recorrem a escalas psicológicas para efetivar o trabalho de construção científica e de consolidação da realidade empírica do *burnout*. Mas, dependendo do modo como cada escala é desenvolvida – em última análise, de seus pressupostos teóricos –, aquilo que se medirá não será a mesma coisa. Assim, prossegue Lorient (2012), o MBI possuiria certa lógica tautológica, já que, tendo sido construído

⁷¹ Guardadas as devidas proporções, visto que a referida obra de Latour e Woolgar consiste em um estudo etnográfico, visando a captar a atividade científica em tempo real, digamos – o seu fazer, na prática. O que difere de nossa abordagem, que tem como “campo” não o laboratório e seus cientistas, mas o produto final de experimentos e pesquisas (aliás, de natureza um tanto diversa dos experimentos de laboratório), na forma de textos científicos.

especificamente para explorar as três dimensões que, para Maslach, constituem o *burnout*, ele só é capaz de medir aquelas dimensões e não outras quaisquer. É dessa forma que se pode dizer que *a escala de medição contribui para fazer existir a própria síndrome*. O autor alerta: “[...] não se deve esquecer que tais instrumentos não medem ‘o’ estresse, mas uma concepção particular dentre outras de estresse”⁷² (LORIOLO, 2012, p. 109, tradução nossa).

Já Pierre Bourdieu (2004) prefere falar em representações da “realidade objetiva”, fundadas em princípios, tacitamente aceitos, de verificação dessa realidade (os métodos de validação). Trata-se então de

construções sociais concorrentes, *representações* [...], mas representações realistas que se pretendem fundadas numa “realidade” dotada de todos os meios de impor seu veredito mediante o arsenal de métodos, instrumentos e técnicas de experimentação coletivamente acumulados e coletivamente empregados, sob a imposição das disciplinas e das censuras do campo e também pela virtude invisível da orquestração dos *habitus* (BOURDIEU, 2004, p. 33-34, grifo do autor).

Sob a perspectiva – mais ampla – de Bourdieu (2004, p. 20), o campo científico é “um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas”. O que comanda as visões e as escolhas dos cientistas, o que eles podem ou não podem fazer, é a *estrutura de relações objetivas* entre os agentes, i.e., é a posição que eles ocupam nessa estrutura que determina ou orienta suas tomadas de posição. Essa estrutura é determinada pela distribuição do capital científico⁷³ num dado momento.

Disso resulta que

os agentes fazem os fatos científicos e até mesmo fazem, em parte, o campo científico, mas a partir de uma posição nesse campo – posição essa que não fizeram – e que contribui para definir suas possibilidades e suas impossibilidades. (BOURDIEU, 2004, p. 25)

Em outras palavras, os agentes sociais estão inseridos na estrutura e em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, elas próprias, em grande

⁷² No original: “[...] il ne faut pas oublier que ces outils ne mesurent pas ‘le’ stress, mais une conception particulière parmi d’autres du stress.”

⁷³ O capital científico é definido como uma espécie particular do capital simbólico que consiste no reconhecimento (ou no crédito) atribuído pelo conjunto dos pares-concorrentes no interior do campo científico. Haveria dois tipos de capital científico: o capital científico “puro”, ligado ao prestígio pessoal e às contribuições reconhecidas pelos pares (cujo melhor indício são as publicações em veículos conceituados); e o capital político ou institucional, ligado ao prestígio da instituição e à ocupação de cargos ou posições hierárquicas. Ambos diferem quanto às leis de acumulação e às formas de transmissão. Além disso, a conversão do capital político em poder científico é mais fácil do que a transformação do capital puro em poder político. Podem-se caracterizar os pesquisadores pela posição que eles ocupam nessa estrutura, isto é, pela estrutura de seu capital científico ou, mais precisamente, pelo peso relativo de seu capital “puro” e de seu capital “institucional” (BOURDIEU, 2004).

parte, dessas posições, nos limites de suas disposições (*habitus*⁷⁴). Essas estratégias orientam-se seja para a conservação da estrutura seja para a sua transformação.

O campo científico tem em comum com qualquer campo o aspecto de luta concorrencial (daí ser denominado um “campo de forças”). Já entre suas propriedades específicas está a necessária sublimação dos interesses externos ou internos ligados à luta no campo e que se impõem pelas leis sociais do campo. Essa sublimação produz a ilusão (*illusio*) de que existe um interesse científico “puro”, cuja característica paradoxal é ser um interesse desinteressado. Ou, mais precisamente, trata-se de um interesse pelo desinteresse (forma de interesse que convém a todas as economias antieconômicas, nas quais, de alguma maneira, é o desinteresse que “compensa”) (BOURDIEU, 2004).

Outra especificidade do campo científico é a existência de um comum acordo acerca dos princípios de verificação da validade. É este “contrato tácito, inseparavelmente político e cognitivo, que funda e rege o *trabalho de objetivação*” (BOURDIEU, 2004, p. 33).

A abordagem de Bourdieu nos ajuda a compreender um outro aspecto aparentemente ligado à “versatilidade” do MBI, e que diz respeito à qualidade da pesquisa brasileira em *burnout*.

Algo que me chamou a atenção logo no início da leitura do material selecionado foi a frequente ocorrência de imprecisões e a ausência de informações importantes sobre a realização dos estudos. Apesar do notável esforço dos pesquisadores para produzir informação científica relevante, e ainda que fosse possível perceber que vários deles dominavam o uso das técnicas (a julgar pelo emprego de recursos estatísticos, por exemplo, bastante sofisticados), a falta de clareza tornava difícil uma avaliação segura acerca da qualidade dos resultados obtidos. Alguns possíveis erros poderiam comprometer seriamente as conclusões desses estudos.

Os problemas por mim identificados incluíram: falhas grosseiras de revisão (trechos ou parágrafos repetidos ou truncados, valores numéricos divergentes entre texto e tabelas); indicação de pontuações diferentes da mesma subescala em artigos oriundos da mesma amostra (com um único procedimento de coleta de dados, portanto); falta de indicação da fonte da tradução da escala utilizada; em estudos distintos que afirmaram ter usado uma determinada tradução do MBI, o conteúdo das sentenças não era exatamente o mesmo; uso de pontos de

⁷⁴ A noção de *habitus* refere-se a um sistema de disposições duráveis e transponíveis, “estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, princípios geradores e organizadores de práticas e de representações, que podem ser objetivamente adaptados às suas metas, sem supor a intenção consciente de fins, nem a matriz expressa das operações necessárias para entendê-las, objetivamente ‘regradas’ e ‘regulares’, sem ser o produto de obediência às regras e estando, todas elas, coletivamente orquestradas sem ser o produto da ação organizativa de um diretor de orquestra” (ROMANO, 1987, p. 46).

corte originados a partir de sistema de pontuação diferente daquele utilizado para o estudo atual; uso inadequado de nomenclaturas e conceitos (incidência por prevalência; cálculo de prevalência em amostra muito pequena); apresentação de muitos dados de relevância questionável (por exemplo, porcentagens de frequência de resposta para cada item do MBI); entre outros.

Em primeiro lugar, tudo isso indica um processo de avaliação deficiente por parte dos periódicos. Já da parte dos autores, aparentemente o que acontece é que, diante de problemas imprevistos (porque desconhecidos) surgidos durante a execução da pesquisa, eles tentam suprir essas lacunas técnicas elaborando as próprias soluções (mesclando e adaptando procedimentos referentes à interpretação do MBI, por exemplo).

Ao dar-me conta da variedade de usos do MBI, imediatamente imaginei que também ela poderia estar relacionada, pelo menos em parte, a essa precariedade técnica. A princípio, considere essa variedade como sendo efeito de um erro no emprego das ferramentas técnico-científicas. No entanto, outra maneira – mais abrangente – de entender a questão é pensar em termos de capital científico e das posições diferenciais dos agentes no campo.

Assim, sob o ponto de vista da observância aos princípios de verificação de validade, talvez não se possa chegar a outra conclusão senão à de que a qualidade da ciência produzida no campo brasileiro da pesquisa em *burnout* ainda está aquém da ideal. Afinal, até o momento, a síndrome do esgotamento profissional não foi capaz de alcançar, por meio dela, o *status* de fato científico – a não ser dentro de um círculo restrito aos próprios pesquisadores do tema; entre eles, o *burnout* parece ser autoevidente (talvez porque a experiência do estresse/fadiga seja considerada quase universal).

Mas tal conclusão adquire maior densidade se levamos em conta que isso pode se dever à posição que os agentes ocupam no campo: os agentes não estariam *em posição de* impor sua visão, pois seriam dotados de menos capital científico *em comparação a outros pesquisadores*, especialmente da mesma área. A favor desse entendimento está o fato de haver um número considerável de artigos resultantes de trabalhos de conclusão de curso, ou seja, escritos no âmbito de atividades da graduação, voltadas para profissionais e pesquisadores iniciantes.

Outro possível fator de influência na determinação da posição dos autores no campo é a importância relativa dos periódicos em que foi publicada essa produção. Considerando os anos de 2010 a 2013 (anos para os quais a lista de classificação Qualis-periódicos está disponível⁷⁵), o Qualis médio, por área, das revistas que publicaram trabalhos sobre *burnout* foi

⁷⁵ Disponível em:

B1 (para Enfermagem), B2 (para Psicologia) e B4 (para Saúde Coletiva)⁷⁶. Ou seja, *na média*, os periódicos que abrigaram a produção em *burnout* neste período são considerados de excelência nacional para a Psicologia e a Enfermagem, mas, para a Saúde Coletiva, possuem relevância média. Além disso, grande parte dos trabalhos pertence a áreas comumente consideradas “periféricas” com relação à ciência *mainstream* (área médica ou biológica, por exemplo).

6.1.2 Indistinção risco-doença

Vimos como os vários usos do MBI permitem considerar o *burnout* presente mesmo quando não é possível detectá-lo enquanto caso(s) individual(is). Nessas situações, considera-se que há *risco* para sua ocorrência.

A noção de fator de risco emerge no início do século XX, em função de inovações na área epidemiológica que, ao permitir o controle das doenças infecciosas, modificam também a concepção de doença crônica: antes considerada parte do processo de envelhecimento, e por isso inevitável, passa a ser entendida como prevenível (GREENE, 2007).

A ideia de risco está ligada, portanto, à de prevenção: prevenção da evolução das doenças (para formas crônicas), mas também *prevenção de prejuízos financeiros*. Através da criação de enormes bancos de dados e da instituição de exames periódicos, a indústria de seguros acaba por contribuir para a criação de uma medicina preventiva (GREENE, 2007). Como vimos no capítulo 2, a origem atuarial da noção de risco produziu efeitos no próprio desenvolvimento dos campos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, influenciando inclusive o interesse no estudo científico da fadiga – ou estresse, ou *burnout* – e de sua prevenção: o objetivo é aumentar a eficiência (produtividade) do trabalhador, excluindo o quanto possível os indivíduos não sadios (considerados dispendiosos).

<<https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/veiculoPublicacaoQualis/listaConsultaGeralPeriodicos.jsf>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

⁷⁶ Atualmente, a classificação Qualis possui oito estratos, estabelecidos de acordo com uma avaliação que leva em conta critérios como fator de impacto do periódico e indexação em bases de dados nacionais e internacionais (entre outros itens): A1 (o nível mais alto), A2, B1, B2, B3, B4, B5 e C. Os periódicos com índice Qualis A1 e A2 são considerados de relevância internacional; aqueles cujo Qualis é B1 ou B2 têm relevância nacional; os situados na faixa de B3 a B5 têm média relevância; enquanto que os de nível C são considerados sem relevância.

Essa maneira de compreender e de lidar com o *burnout* aproxima-se das perspectivas de Schwartz (2008) e Aronowitz (2009) sobre a tendência de definir risco modificável como doença e os reflexos dessa convergência (entre risco e doença) no nível da experiência individual. Cada vez mais, a definição de doença incorpora a ideia de risco que pode ser diminuído (SCHWARTZ, 2008). Transpondo para o nosso caso, resulta que *o burnout passa a ser visto como doença precisamente por ser evitável*. Aronowitz (2009) vê a convergência da experiência de risco e doença como uma consequência das modernas práticas de saúde pública: a relação entre doença (algo “real”, que está acontecendo naquele momento) e risco (algo probabilístico, não “vivenciável” fisicamente) se funde na mesma experiência – até porque estar assintomático não significa que não haja experiência de doença.

Também Dumit (2012) aborda a questão da indistinção risco-doença. Ele enfatiza o entrelaçamento de fatores como a estatística aplicada à epidemiologia (dando origem ao “fator de risco”), o papel dos ensaios clínicos no desenvolvimento de uma medicina preventiva e o crescimento da indústria farmacêutica (que passa a ver nas doenças crônicas uma estratégia preferencial de expansão de seus mercados) que, atuando desde os anos 1950, resultaram no surgimento, na década de 90, de uma nova noção de doença baseada no pressuposto de que “corpos são inerentemente doentes, seja geneticamente ou em função de estilos de vida ou traumas”⁷⁷ (DUMIT, 2012, p. 7, tradução nossa). De acordo com essa lógica, já não há mais saúde; esta é substituída pelo risco de doença – o que existe, então, é o risco, tornado assim um “fato farmacêutico”. Redefinidos como sintomas, os riscos (atuariais) são agora tomados “como se” doenças fossem (DUMIT, 2012).

Impreciso, variável na apresentação e apoiado na ideia de cronicidade, o *burnout* oscila então entre as condições de fator de risco e doença. Na verdade, os trabalhos de nossa amostra não se preocupam muito em distinguir se *burnout* é um fator de risco ou uma doença propriamente dita. Em geral, limitam-se a citar sua presença na CID-10 como prova de sua “realidade”. Alguns o definem como doença ocupacional, mas a maioria prefere dizer apenas que o *burnout* é um tipo de estresse crônico, dirigindo o foco para a necessidade de combatê-lo (ou, como muitos preferem dizer, *enfrentá-lo*). O que importa observar é que, ainda que os pesquisadores pareçam não estar interessados em definir o *status* nosológico do *burnout*, a simples menção de sua presença em uma classificação diagnóstica deixa no horizonte a possibilidade de considerá-lo “tal qual” uma doença. Se por um lado essa abordagem reforça e

⁷⁷ Trecho completo em inglês: “Beginning in the 1960s and 1970s and becoming common by the 1990s, a very different notion of illness took center stage, one in which bodies are inherently ill, whether genetically or through lifestyles or traumas.”

legítima a ideia de que a condição é tratável – especialmente, prevenível –, ao mesmo tempo, o faz retirando o peso de um possível estigma, já que o tratamento/prevenção proposto não é necessariamente medicamentoso, e sim baseado em estratégias psicoterápicas, de promoção de hábitos e estilo de vida “saudáveis” – algo socialmente desejável e que alcança a todos, independentemente de estarem doentes ou não.

6.2 Estresse e enfrentamento

Ao lado das escalas diagnósticas, o segundo alicerce de cientificidade da síndrome de *burnout* é a noção de estresse.

De modo geral, os estudos brasileiros declaram-se tributários da perspectiva social psicológica de Maslach, concebendo o *burnout* como uma reação ou um tipo de estresse crônico ocupacional. Dentro do quadro mais amplo da teoria do estresse, as referências mais frequentes na literatura brasileira em *burnout* são: à síndrome de adaptação geral (de Selye), ao *coping* (de Lazarus) e ao modelo de ajustamento pessoa-ambiente (na versão proposta por Maslach e Leiter das seis fontes organizacionais de desajuste). Em menor escala, encontram-se menções ao modelo demanda-controle (de Karasek); enquanto que os modelos neuroendócrinos praticamente não são citados.

Vejamos mais detidamente de que forma aparecem as referências ao estresse nesse material.

Um dos referenciais mais usados entre os pesquisadores brasileiros é a chamada *abordagem cognitiva*⁷⁸ de Richard Lazarus. Com base em sua obra, o estresse é definido resumidamente em um dos artigos da nossa amostra como o

conjunto de reações orgânicas e psíquicas de adaptação [...] é relacional, mediado cognitivamente e reflete a relação entre pessoa e seu entorno [...] danoso quando a necessidade imposta pelo enfrentamento excede seus recursos e põe em perigo seu bem-estar. (TRINDADE et al., 2010, p. 685)

⁷⁸ Nos anos 1950/60, o psicólogo norte-americano Richard Lazarus pretende superar a concepção de Hans Selye, ao propor que a resposta ao estímulo é mediada cognitivamente pelo indivíduo (via *appraisal* e *coping*). A introdução do componente psicológico ao modelo estímulo-resposta (agora estímulo-organismo-resposta) – posteriormente apontada como a “virada cognitiva” – dá origem à abordagem psicológica ou cognitiva do estresse, linha que integra a tradição sociopsicológica (LAZARUS, 1993).

Segundo Lazarus, a resposta de estresse envolve sempre a mediação cognitiva do indivíduo. A esse componente ele denomina avaliação (*appraisal*). Define sua perspectiva como transacional, processual, contextual e centrada no sentido. Considera o estresse como um processo dinâmico, em oposição à abordagem tradicional, que seria estática, ao levar em conta apenas antecedentes (fatores organizacionais) e consequências (LAZARUS, 1991; 1993).

Dentro desse modelo, destaca-se a teoria do *coping*. Assim como o estresse, o *coping* também é visto como um processo (e não apenas um conjunto de características pessoais e de personalidade “estáveis” – traços ou estilos) que consiste em “esforços de pensamento e ação realizados pela pessoa para lidar com demandas específicas avaliadas como exigentes ou opressivas”⁷⁹ (LAZARUS, 1993, p. 8, tradução nossa). É, portanto, contextual e dinâmico. Haveria dois tipos principais de *coping*: 1- centrado no problema (voltado para a ação; a pessoa tenta efetivamente resolver o problema); e 2- centrado na emoção (voltado para uma ressignificação da situação; a pessoa procura ou não encarar a situação – negação ou fuga –, ou ver aspectos positivos numa situação inicialmente entendida como negativa, de modo que esta deixa de ser avaliada como ameaçadora; é passivo). A partir desses dois tipos básicos, outros subtipos podem ser identificados de acordo com inúmeras variantes teóricas, propostas ao modelo original (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Nos estudos nacionais, essa noção costuma ser traduzida como “enfrentamento”. Mas é interessante notar que vários trabalhos mencionam o termo enfrentamento de maneira genérica, *sem necessariamente defini-lo como conceito da psicologia (i.e., sem necessariamente assimilá-lo ao coping)* (BENEVIDES-PEREIRA; GONÇALVES, 2009; CAMPOS et al., 2010; MAGNABOSCO et al., 2009), o que sugere um uso ligado a sentidos culturais mais gerais, do senso comum (ou “não científicos”).

A Despersonalização é por vezes considerada uma forma de *coping* ineficaz, assim como o próprio *burnout* pode ser visto como uma tentativa de defesa/adaptação que não deu certo (ABREU et al., 2002) – um “tipo particular de mecanismo de enfrentamento e de auto-proteção frente ao estresse [relacional]” (CARLOTTO, 2010, p. 496).

Um dos principais achados da pesquisa brasileira (acompanhando as pesquisas internacionais) é de que o *coping focado na emoção* aumenta o risco de *burnout* e, de maneira inversa, o *coping focado no problema* protege contra a síndrome (BRAUN; CARLOTTO, 2013; GALINDO et al., 2012; TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002).

⁷⁹ No original: “[...] a person’s ongoing efforts in thought and action to manage specific demands appraised as taxing or overwhelming.”

O *coping* centrado no problema aparece ligado ao “controle”, enquanto que o *coping* centrado na emoção liga-se à “esquiva” (um de seus subtipos, inclusive, é denominado “*coping* de escape”). Nota-se aqui uma oposição ativo x passivo, em que *ativo* é ligado à razão e à realização (reforçando valores como autocontrole, iniciativa e “proatividade”) – é bom –, enquanto que *passivo* é ligado às emoções (irracionais) e à exaustão – é ruim. Vejamos dois excertos do artigo de Mazon, Carlotto e Câmara (2008) em que essa questão aparece:

A estratégia de coping moderado refere-se ao autocontrole para não agir de forma impulsiva ou prematura. Pode ser considerada uma estratégia ativa, no sentido de que a pessoa está tentando lidar com o problema, mas tem um efeito de passividade, pois o autocontrole exige um tempo de auto-organização no qual o indivíduo está voltado para suas reações enquanto não age. (MAZON; CARLOTTO; CÂMARA, 2008, p. 61)

A estratégia que parece constituir um fator de proteção mais potente para a SB [síndrome de *burnout*] é o coping ativo, tendo em vista que se associa a menores índices de Despersonalização e maiores índices de realização profissional. Pode-se tomar como hipótese que o professor, ao desenvolver suas ações de forma racional, tentando lidar com o problema de maneira a isolar os aspectos não relevantes do mesmo, seguindo passo-a-passo o que tem que ser feito em uma ação direta ao estressor, apresenta menor sentimento de distanciamento de sua clientela. Essa maior implicação com suas relações interpessoais permite que o professor consiga identificar os resultados de suas ações, o que aumenta a percepção de auto-eficácia e, conseqüentemente, eleva o sentimento de realização no trabalho. (MAZON; CARLOTTO; CÂMARA, 2008, p. 62)

Utilizando uma classificação alternativa⁸⁰ para investigar o *burnout* em estudantes de psicologia, Carlotto et al. (2010) resumem seus resultados da seguinte forma:

[...] as estratégias como coping ativo, planejamento, coping moderado e reinterpretação positiva associam-se de forma negativa à Síndrome de Burnout e as estratégias de foco na emoção, comportamento descomprometido, negação, desengajamento mental e uso de substâncias demonstram associação positiva, ou seja, elevam as dimensões da síndrome. (CARLOTTO et al., 2010, p. 167)

Ou seja, uma abordagem mais “racional”, pragmática, do problema é melhor que uma abordagem “irracional” (emocional), que foge do problema.

Outro argumento comum é o de que, com o tempo, os mais velhos amadurecem e alteram suas estratégias de enfrentamento, tornando-se menos vulneráveis ao *burnout* (GOULART et al., 2010; MALLAR; CAPITÃO, 2004). Os mais jovens ainda não teriam desenvolvido estratégias de enfrentamento adequadas (CHRISTOFOLETTI et al., 2007) (ver capítulo 5).

⁸⁰ Referem-se à classificação de Carver, Sheier e Weintraub (1989 apud CARLOTTO et al., 2010), que subdivide o *coping* em quinze tipos: *coping* ativo; planejamento; supressão de atividades concomitantes; *coping* moderado; busca de suporte social por razões instrumentais; busca de suporte social por razões emocionais; foco na expressão de emoções; desligamento comportamental; desligamento mental; reinterpretação positiva; negação; aceitação; religiosidade; humor; uso de substâncias.

Quanto a outros modelos de estresse, foram raros os trabalhos explicitamente baseados no modelo demanda-controle de Karasek (MENDONÇA; COELHO; JÚCA, 2012; REIS et al., 2006; TIRONI et al., 2009). Dentre eles, destaca-se o estudo de Mendonça, Coelho e Júca (2012), por ser um dos únicos da amostra a incluir uma abordagem fisiológica (introduzindo elementos tais como adrenalina, cortisol etc.). É mais recente e poderia sugerir que o *burnout* começa a atrair o interesse de cientistas de orientação mais biologizante.

6.2.1 A linguagem do estresse

Para além de uma linguagem científica, a importância do estresse para a construção da noção de *burnout* é, acima de tudo, de ordem simbólica. Parece possível falar de um código (cultural) do estresse, capaz de articular entre si um conjunto de perturbações aparentemente tão díspares quanto a dor no peito de um alto executivo submetido a uma rotina de decisões de grande repercussão financeira, o cansaço de um trabalhador que tem de passar horas e horas dentro de meios de transporte precários, a preocupação de viver em uma cidade grande, a alergia cutânea de um estudante em período de provas, ou a profunda insatisfação com os rumos da vida profissional.

O estresse provê a linguagem que permite nomear, tornar inteligível e assim, de certa forma, estruturar a vivência de um determinado tipo de mal-estar que é identificado com o modo de vida na atualidade, e eventualmente identificá-lo como *burnout*. Nesse sentido, vimos no capítulo 3 que, mais do que articular os temas emoções e relações em um discurso científico, o estresse parece funcionar como uma categoria verdadeiramente “biopsicossocial”. Tal flexibilidade lhe permite circular em todos os segmentos sociais e culturais, por funcionar ora como representação psicologizada (aproximando visões biologizantes e simbolizantes) ora como não psicologizada (permite a continuidade entre formas leves e graves, e diferentes interpretações de acordo com a situação).

Todos esses aspectos, discutidos anteriormente, puderam ser encontrados nas descrições de estresse e *burnout* presentes na literatura brasileira. As principais ideias em jogo são as de adaptação, equilíbrio, oposição entre meio interno e externo (sendo este último composto de agressões potenciais), esforço, energia (SANTOS; CARDOSO, 2010; SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012; ROBAZZI et al., 2012).

A ideia de *adaptação* é um dos sentidos que a noção de estresse engloba, e que a torna capaz de dar conta do aspecto relacional pessoa-trabalho, no sentido de uma relação entre interior (indivíduo) e exterior (meio, ambiente, organização). Em um mundo em constante mudança, é preciso adaptar-se continuamente: ser suficientemente “flexível”. A capacidade adaptativa se manifesta, nos trabalhadores, por meio de comportamentos que revelam “resistência” e “criatividade”: embora tenha aparecido pouco, também o termo “resiliência” foi usado por Trindade et al. (2010) para explicar por que, embora sob risco, a maioria dos profissionais de saúde *não* desenvolve *burnout* (a resiliência é vista pelos autores como um comportamento presente na “cultura dos serviços de saúde”). Em Rodrigues, Barbosa e Chiavone (2013), “resiliência” aparece designando um atributo pessoal, resultante das crenças do indivíduo, e que leva à “adaptação saudável” diante das adversidades; daí ser importante estudá-la em “indivíduos que enfrentam situações adversas no seu dia a dia”, como, no caso, os médicos residentes.

A capacidade explicativa que a noção de estresse – mediada pela *energia* – proporciona, ao fornecer um mecanismo relacionando uma mudança externa (ambiental) e um comportamento interno (de adaptação individual), encontra-se bem ilustrada nesta passagem de dissertação sobre o *burnout* docente:

Esse “salto” para o novo, o desconhecido e a possibilidade de se ter que aceitar as mudanças em curtos espaços de tempo gera um gasto energético mental mais elevado, devido à adaptação que esses profissionais têm que fazer diante de situações que antes estavam sob seu controle e agora se apresentam como desafios, um intenso quadro de tensão psicoemocional. (CUNHA, 2009, p. 29)

A categoria estresse ainda se presta ao emprego de certa lógica econômica, no sentido de um balanço entre “entradas” e “saídas”, “custos” e “investimentos” (de energia). Por exemplo: estresse e esgotamento seriam resultado do “custo elevado do sucesso” e da mobilização excessiva da “energia de adaptação individual” (LAUTERT, 1999), do “grande investimento de energia afetiva” (PEREIRA et al., 2009) ou de um desajuste entre demandas e recursos em que as energias são “sugadas” (TAMAYO, 2009). O *equilíbrio* faz parte desse balanço e está diretamente ligado à questão da adaptação. Além do “equilíbrio interno” em termos fisiológicos, deve-se buscar também o equilíbrio entre trabalho e lazer (FRANÇA, 1987; VILELA; PACHECO; CARLOS, 2013).

A ampla lista de manifestações clínicas atribuíveis ao estresse/*burnout* remete ao traço “não psicologizado” da continuidade entre formas leves e graves. No rol de sintomas de *burnout* apontam-se desde falta de concentração, “suspiros profundos” (como manifestação de distúrbio respiratório), até comportamento agressivo, abuso de substâncias, comportamento de risco e

ideação suicida (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012; SOARES et al., 2012; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007).

Conclui-se que na prática, estresse e *burnout* estão misturados *em termos de sentido*, apesar de algumas tentativas de distingui-los conceitualmente. A diferença é feita com base na ideia de Selye de que o estresse é uma resposta normal e até vital, enquanto que o *burnout* é uma resposta “negativa”: eustresse (o estresse “bom”) e distresse (o “ruim”) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). A mesma ideia está presente também no modelo demanda-controle, correspondendo o estresse “bom” à situação denominada como trabalho ativo (alta demanda + alta latitude de decisão), e o estresse “ruim” à situação de *job strain* (alta demanda + baixa latitude de decisão) (ver capítulo 1). O *burnout* seria então uma espécie de “face negativa” do estresse.

A mistura entre um e outro acaba por conferir ao *burnout* um potencial de expansão cultural significativo. Isso porque, embora o conceito específico de *burnout* ainda não seja amplamente difundido entre nós, a ideia por trás dele, que é a de estresse ocupacional, já está de certa forma naturalizada, confirmando a proposição de Väänänen et al. (2012) de que a pesquisa em estresse laboral, por meio de seus conceitos, exerce hoje influência fundamental para a produção de um tipo de subjetividade do trabalhador que considera normal a experiência do estresse no trabalho.

Nesse sentido, a imprecisão que marca o *burnout* teria a ver com a sua capacidade de ocupar esta zona cinzenta, limítrofe, entre normal e patológico, risco e doença, estresse “bom” e estresse “ruim”, sucesso e fracasso. Nem sempre se pode vê-lo, mas ele está sempre lá. Sorrateiro, insidioso, silencioso: à espreita.

7 EM BUSCA DA ESPECIFICIDADE DO *BURNOUT*: EMOÇÕES X A “ORGANIZAÇÃO” NAS PROFISSÕES “HUMANAS”

Apesar de reiterarem a preeminência da organização do trabalho⁸¹ como principal determinante do *burnout*, ao mesmo tempo os pesquisadores enfatizam a “natureza” do trabalho *com pessoas* – relacional e emocional – como algo intrínseco ao fenômeno.

Como vimos, as publicações nacionais têm como objeto quase exclusivo profissionais de saúde e de educação. Os pesquisadores privilegiam a abordagem tradicional do conceito: *burnout* é algo que acomete pessoas cujo trabalho envolve necessariamente *a relação direta com outras pessoas*, em situações específicas de prestação de auxílio, atenção ou cuidado (*human services*) ou de educação. O que nos leva a pensar que, no Brasil, o *burnout* não se expandiu enquanto conceito científico (pelo menos até o momento): encontrei relativamente poucas pesquisas com outras categorias profissionais (37 publicações ou aproximadamente 20% do total de 187) – ver Gráfico 6, capítulo 5. Estas puderam ser divididas em: 1- trabalhadores em geral (sem especificação) – tratando-se de revisões teóricas; 2- demais ocupações – entre as quais funcionários públicos (cujo contingente compõe-se, em grande medida, de professores e profissionais de saúde), demais *human services* (bombeiros, policiais, assistentes sociais etc.), outras ocupações de contato com o público (motoristas de ônibus, guias de turismo) e exceções (técnico de telecomunicações, pesquisadores); e 3- esportistas⁸².

A escolha por pesquisar profissionais de saúde ou professores é justificada pela especificidade das atividades de cuidado/serviços. Mas, dada a grande discrepância numérica entre os estudos com profissionais de saúde/educação e os estudos com outras categorias que também se caracterizam pela prestação de cuidados/serviços, não se pode dizer, no caso brasileiro, que a associação entre profissões de saúde/educação e *burnout* é (apenas) estatística.

⁸¹ “Organização do trabalho” é um termo abrangente; trata-se de mais um conceito que raramente conta com uma definição precisa. Em geral, envolve tudo o que diz respeito ao planejamento e ao gerenciamento do trabalho, desde a divisão do trabalho (quem faz o quê), a disposição dos postos de trabalho, os conteúdos das tarefas, além das relações hierárquicas no ambiente de trabalho. Tem a ver, portanto, com aspectos técnicos (de conteúdo e métodos de trabalho) e sociais (de relações interpessoais) (FLEURY, 1980), ou, segundo Dejours (1992), refere-se à divisão do trabalho (repartição de tarefas entre os trabalhadores, ritmos de trabalho, modos operatórios prescritos) e à divisão dos homens (sistema hierárquico, modalidades de comando, relações de poder). Note-se que a palavra “organização”, usada como sinônimo da própria instituição ou empresa, muitas vezes acaba se tornando equivalente ao termo “organização do trabalho”.

⁸² Embora pouco representativa em termos quantitativos, existe, desde muito cedo na literatura científica internacional, uma vertente de pesquisa dedicada ao *burnout* no esporte. Esta escolha de objeto – o atleta – não deixa de ser significativa do ponto de vista das representações de Pessoa referidas à ideologia individualista, em especial nos aspectos da perfectibilidade e suas ligações com o *enhancement*.

O fato de terem se convertido em objeto preferencial dos pesquisadores parece indicar que, dentre todas as ocupações, e mesmo dentre os *human services*, as profissões de saúde e de educação seriam *especificamente* propensas ao *burnout* (haveria uma espécie de dupla especificidade). Por que, em nosso meio, tais profissões (e não outras) têm sido mais associadas ao *burnout*?

Esta é uma pergunta que admite vários caminhos de investigação, que vão desde o contexto das mudanças recentes ocorridas nessas profissões, incluindo aquelas relativas a *status* social, até questões mais amplas envolvendo seus significados culturais etc. Alguns desses fatores foram abordados brevemente na discussão sobre a percepção inicial de uma tendência a pesquisar sobre si mesmo (capítulo 5). A proposta agora é aprofundar essa discussão a partir dos argumentos oferecidos pelos próprios pesquisadores do campo, ou seja, a partir da forma como eles veem o problema; tentando ouvir o que nos dizem os textos.

Apesar de os autores não formularem explicitamente essa questão, eles buscam localizar e estabelecer exatamente qual seria a especificidade das atividades em saúde e educação, que as tornaria mais suscetíveis ao *burnout*. Tal especificidade está na organização do trabalho? Ou em características intrínsecas à tarefa – a tarefa em si? Em outras palavras: quais seriam os determinantes do *burnout*?

Para responder a essas perguntas, de maneira geral os estudos procuram diferenciar os chamados estressores psicossociais em dois tipos: aqueles referentes à organização do trabalho – representando genericamente as condições de trabalho, fatores institucionais e sociais – e aqueles considerados inerentes à profissão.

Em todo o universo ocupacional, as atividades ligadas à saúde e à educação se destacariam como estando sujeitas ao mais alto risco psicossocial: para Carlotto e Câmara (2008b, p. 103), “*burnout* em profissionais da área da saúde é uma questão já consolidada”, enquanto que outros artigos apontam a docência como já tendo superado as profissões de saúde nesse aspecto (CARLOTTO, 2002; SILVA; CARLOTTO, 2003), configurando-se como “uma das atividades mais estressantes” (COSTA et al., 2013, p. 637) e especialmente suscetível às doenças ocupacionais (BATISTA et al., 2010; MOREIRA et al., 2009b); para Sousa e Mendonça (2009, p. 500), hoje o *burnout* é uma “epidemia organizacional que predomina na educação e no sistema de saúde”. Há ainda menções recorrentes a uma estatística internacional que situa a enfermagem como a quarta profissão mais estressante no setor público (MOREIRA et al., 2009a; MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; RISSARDO; GASPARINO, 2013).

Parte desse alto risco psicossocial é atribuído às más condições de trabalho. Em muitos casos, o tema *burnout* parece ser na verdade um pretexto para denunciar a deterioração das condições de trabalho de professores, enfermeiros ou médicos. Nesses estudos, a síndrome é apresentada como uma *possível consequência* da crise nos sistemas de ensino e de saúde. De um lado, as más condições de trabalho são enumeradas; de outro, descreve-se o *burnout*; aventase a hipótese da associação entre os dois; às vezes, busca-se medir o nível de *burnout* e assim demonstrar que o trabalho é danoso. Mas às vezes não se chega a avaliar efetivamente nem as condições de trabalho enumeradas, nem o próprio *burnout*, tudo permanecendo no nível da discussão teórica. O real objetivo dos autores é, portanto, alertar para a possibilidade de que, em tais situações, *burnout* esteja presente.

Eis alguns exemplos dessa abordagem: Santini e Molina Neto (2005) realizaram estudo qualitativo com professores de educação física que passaram por licenças médicas por transtornos mentais (que correspondem ao código F da CID-10), com o objetivo de investigar “condições de possibilidade” para a síndrome de *burnout* (embora esta não tenha figurado entre os diagnósticos de afastamento, já que seu código é Z). Both e Nascimento (2009) discutem os problemas no trabalho docente que *podem levar a burnout*, listando os “fatores de estresse docente” que funcionariam como seus desencadeadores: baixa remuneração, más condições de trabalho, ausência de relacionamento amigável com os alunos, sobrecarga de trabalho, burocratização do trabalho do professor, proletarização e intensificação do trabalho (com pressão por inovação), progressiva feminização da profissão (associada a uma depreciação social do trabalho feminino), isolamento, carreira docente plana, profissão com riscos psicológicos, violência dos alunos, perda de *status* social. Já Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012), em estudo com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), denunciam as “falhas operacionais” do Sistema Único de Saúde (SUS): profissionais atuando na porta de entrada do sistema, sendo os únicos, na prática, responsabilizados pelos insucessos, recebendo as queixas e a insatisfação dos pacientes e às vezes sofrendo violência por parte de quem deveriam atender; o objetivo dos autores é investigar as consequências dessas falhas operacionais para a saúde mental dos trabalhadores, através da medição dos níveis de *burnout*. As características organizacionais avaliadas foram: nível de escolaridade/formação (superior ou técnico); tempo de serviço na ESF; vínculo empregatício (concursado ou terceirizado); ter outras atividades além da ESF. Porém enfatizam fatores além dos que foram efetivamente pesquisados para concluir que há associação entre *burnout* e condições de trabalho.

Tais considerações são sem dúvida relevantes, mas não chegam a explicar o porquê da associação quase exclusiva entre *burnout* e profissões de saúde/educação. Afinal, em nosso país

(e não apenas aqui), más condições de trabalho estão presentes nos mais variados ramos de ocupação.

É aqui que entra o problema da especificidade das emoções nos serviços “humanos”. Para muitos pesquisadores, sem a dimensão relacional (representada pelo componente “interpessoal” da Despersonalização), não haveria *burnout*. Borges et al. (2002) inclusive chamam a atenção para o argumento de que, apesar da expansão do conceito a categorias profissionais como executivos, por exemplo, somente a dimensão da Exaustão poderia ser detectada nesses outros grupos. *Logo, a síndrome seria, de fato, específica das atividades/profissões de cuidados humanitários.*

Essa observação faz sentido se lembrarmos que a Exaustão Emocional passou a ser designada simplesmente Exaustão (sem o “emocional”), com isso ficando mais generalizável (e mais próxima do constructo de estresse); enquanto que a Despersonalização mantém-se como a dimensão emocional/relacional por excelência. De fato, essa lógica é muito significativa, pois ela faz da dimensão Despersonalização/Cinismo – e não a da Exaustão, como se costuma afirmar – o núcleo do *burnout*. Seria então o cinismo o verdadeiro alvo de uma preocupação que não é simplesmente científica, mas mais propriamente sociocultural (embora implícita na maior parte do tempo).

O tema das *relações* é tido, portanto, como central para a consideração dos fatores determinantes do *burnout*. Tais relações se dão em vários níveis, podendo ocorrer entre pessoas – com “clientes” e com colegas – ou entre indivíduo e “organização” (incluindo aspectos institucionais e conjunturais). No quesito *relações interpessoais*, muita atenção é dedicada, pelos pesquisadores, à relação profissional-“cliente” (relação médico-paciente, professor-aluno etc.), em função de ser ela específica das profissões de ajuda; a responsável pelo caráter “humano” dessas atividades. *As “pessoas” a quem alude o “trabalho com pessoas” são, em princípio, apenas os receptores do serviço.* Quando se trata da relação profissional-colegas de trabalho – o outro nível de relacionamento interpessoal –, veremos que essa espécie de busca pela essência profissional será empreendida de maneira bem diferente.

Nas publicações analisadas, a dimensão humana das profissões de saúde e educação aparece associada a: emoções/afeto, relações, e ao componente intelectual da atividade. De que forma?

7.1 A relação com o “cliente”: o “contato”

Entre os profissionais de saúde (quando tomados como um bloco – e esse detalhe é muito importante), é *a condição comum de realizar o trabalho de cuidado a outros seres humanos* identificada como a principal especificidade do trabalho capaz de produzir *burnout*, e não outro tipo qualquer de “estresse”.

O cuidado com o outro demanda, por si só, diversas capacidades: atenção, agilidade, conhecimento técnico atualizado. Mas são as emoções intensas – ligadas ao contato com a morte (nas UTIs e emergências hospitalares ou pré-hospitalares), com a “realidade social” das comunidades (no caso das equipes de ESF), e também ao contato interpessoal com pacientes e familiares – os elementos verdadeiramente definidores dessas profissões.

Nas palavras de Telles e Pimenta (2009, p. 469), “[c]uidar envolve tanto o desempenho de técnicas quanto o trato com as emoções e afetos envolvidos nas relações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde”. Uma frase encontrada em artigo com amostra de médicos plantonistas de um hospital público em São Paulo ilustra bem o caráter extraordinário atribuído, pelos pesquisadores, à tarefa de cuidar:

Há no trabalho clínico, a exposição a poderosas “radiações” psicológicas emanadas do contato íntimo com o adoecer, pois no âmbito assistencial dos serviços de emergência, ocorrem situações tão dramáticas como talvez em nenhum outro campo da atividade humana em tempos de paz. (MAGALHÃES; GLINA, 2006, p. 31)

O termo *contato* destaca-se fortemente nos textos.

Os *human services* são referidos como “profissões de alto contato” (MALLAR; CAPITÃO, 2004). Afirma-se que as profissões em que se lida com o sofrimento alheio são mais vulneráveis a *burnout* (GALINDO et al., 2012), não só por estar em contato com o sofrimento, mas por fazê-lo de maneira constante: é a “resposta emocional contínua” que caracteriza o trabalho relacional (RITTER; STUMM; KIRCHNER, 2009). O problema é lidar constantemente com o sofrimento alheio e envolver-se intensamente com este sofrimento (BAPTISTA et al., 2005).

A especificidade do trabalho em saúde estaria, portanto, na exigência de “intenso contato interpessoal”, sendo o *burnout* decorrente da má adaptação ao trabalho associada à “intensa carga emocional” (TRINDADE; LAUTERT, 2010). Assim, a equipe de enfermagem, “por sua própria natureza e características de seu trabalho”, é mais suscetível ao estresse ocupacional devido à “responsabilidade pela vida e a proximidade com os clientes para

os quais o sofrimento é quase inevitável” (MENECHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). Já o curso de psicologia estaria como que naturalmente envolto em alta “carga emocional” (CARLOTTO et al., 2010).

O contato com os pacientes (e familiares) é ligado à presença de “emoções intensas” (AFECTO; TEIXEIRA, 2009; TELLES; PIMENTA, 2009; TIRONI, 2005). Para Magalhães e Glina (2006), o trabalho médico provoca “sentimentos muito fortes e contraditórios” em relação aos pacientes ou a seus familiares. Também no trabalho na Estratégia Saúde da Família, estabelece-se uma “relação com o usuário permeada de ambiguidades” (TELLES; PIMENTA, 2009); isso se deve ao “trato com usuários problemáticos” (GALINDO et al., 2012) ou à “pressão das relações com pacientes e familiares” (ANDRADE et al., 2012).

Tal contato é descrito como direto, íntimo, próximo (COSTA; LIMA, 2005; EZAIAS et al., 2010; FERREIRA, 2012; FRANÇA, 1987; MAGALHÃES; GLINA, 2006; MENECHINI; PAZ; LAUTERT, 2011; MOREIRA et al., 2009a; RUVIARO; BARDAGI, 2010). A criação de vínculo afetivo com o paciente e seu sofrimento (ABREU et al., 2002; GALINDO et al., 2012) às vezes é nomeadamente um “risco”:

Quando cuidamos de pacientes nessa faixa etária [infantil], corremos o risco de nos envolvermos com eles e constituirmos o vínculo afetivo, que é concebido como sendo uma forma de comportamento em que uma pessoa mantém a proximidade com outra que é diferente e preferida. (COSTA; LIMA, 2005, p. 152)

Para as equipes da Estratégia Saúde da Família, essa proximidade da “realidade das comunidades” (TRINDADE, 2007; TRINDADE et al., 2010; TRINDADE; LAUTERT, 2010) se traduz na imagem do profissional na “ponta” da assistência (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012; BARROSO; GUERRA, 2013). Por vezes, a intensidade dos “estímulos emocionais” (MAGALHÃES; GLINA, 2006) aparece ligada também a certa ideia de instabilidade, em função da “frequente oscilação entre sucesso e fracasso” e da imprevisibilidade, caso do trabalho em UTIs (BARROS et al., 2008; FOGAÇA et al., 2008).

No caso da profissão docente, é a (má) relação professor-aluno o ponto crucial para o desenvolvimento de *burnout* (CARLOTTO, 2002). Em comparação às profissões de saúde (cuja especificidade recai mais sobre o problema da *emoção* – e da necessidade de seu controle – frente à dureza do contato com o sofrimento), encontram-se mais referências ao termo *afeto* como característica distintiva da atividade de professor.

Desse modo, aponta-se o problema da perda do “vínculo afetivo-emocional com o aluno” (SANTINI; MOLINA NETO, 2005); para Both e Nascimento (2009), a característica essencial da profissão é “revelar sentimento e afeto no ato de educar os alunos”; o trabalho com pessoas tem como principais demandas “lidar com as necessidades emocionais do outro”, o “envolvimento afetivo implicado no exercício das atividades”, a “necessidade de estabelecer um vínculo afetivo” (SILVA, 2006, p. 93); já em Böck e Sarriera (2006), lemos que

A educação é um processo eminentemente *relacional*. Professor e aluno podem ser *transformados*, um pelo outro, através de uma relação direta, permeada por *afeto* e por trocas de informação, conhecimentos e comportamentos. A relação pedagógica [...] ultrapassa os limites profissionais e escolares [...] deixa marcas na vida [...] (BÖCK; SARRIERA, 2006, p. 32, grifo nosso).

O afeto aparece como instrumento básico ou matéria-prima do trabalho docente, que consistiria na transformação, “produção” ou aperfeiçoamento do outro. A questão do *afeto como instrumento de trabalho* acrescenta uma camada de complexidade à profissão docente, quando comparada às descrições das profissões de saúde – já que, embora se possa admitir o papel do afeto como instrumento de cura na relação médico-paciente, isso só pode ser feito em tese, pois não seria algo comprovado/comprovável cientificamente –, impedindo, de certa forma, o desejo de eliminação completa da emoção entre os professores.

Além disso, o afeto valoriza o próprio professor, detentor de uma tarefa nobre: “profissionais que trabalham atendendo, em sua maioria, crianças e adolescentes, e que estão construindo suas identidades e personalidades” (CUNHA, 2009, p. 17); destaca-se a figura do docente e da escola no imaginário social como “elementos capazes de proporcionar, por si só, a transformação da condição social” do aluno, atividade marcada por “emoções e sentimentos contraditórios”, pela “constante relação de afeto e de desafeto” (CUNHA, 2009, p. 19); professores são “responsáveis pelo preparo do cidadão para a vida”, funcionando como “intensificador[es]” da condição humana (BENEVIDES-PEREIRA, 2012).

Em consequência desse lidar constante com afetos e emoções, impõe-se, para os professores (assim como para os profissionais de saúde), a necessidade de desenvolver e treinar “habilidades psicológicas, intelectuais e sociais” (MAZON; CARLOTTO; CÂMARA, 2008), necessidade explicitada na seguinte citação: “O professor conhece muito sobre o quê e como ensinar, mas pouco sobre os alunos e muito pouco sobre si mesmo” (encontrada em Carlotto [2002] e Mazon, Carlotto e Câmara [2008]). Vários trabalhos enfatizam a deficiência da formação (que ensina a técnica, mas nada fala sobre a “parte

emocional”). Santini e Molina Neto (2005) apontam a falta de preparo para o contexto escolar (teoria x prática) como uma limitação da formação acadêmica.

7.2 A relação com colegas: o “conflito”

Até aqui nos referimos ao tema das relações interpessoais entre profissional e cliente ou usuário do serviço (paciente, aluno). As relações entre profissional e colegas de trabalho, bem como aquelas entre profissional e organização, são um pouco diferentes: nesse caso, as profissões de saúde deixam de ser vistas como um bloco e as descrições do relacionamento entre as diversas categorias permitem entrever aspectos de *conflito*. No caso dos professores, o conflito ocorre principalmente entre o profissional e a própria organização.

Fala-se em conflito interpessoal, que pode ser causado pela “má comunicação” entre membros da equipe hospitalar (AFECTO; TEIXEIRA, 2009). No caso da Estratégia Saúde da Família, o “conflito e ambiguidade de papéis” e o “sentimento de injustiça nas relações laborais” são, em parte, causados pelo “desconhecimento [acerca] do papel do enfermeiro” (GALINDO et al., 2012) ou pelo não reconhecimento, pelos médicos, por exemplo, da competência técnica dos outros membros da equipe (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011), em especial do agente comunitário de saúde (ACS), cuja percepção é a de que a equipe considera seu trabalho inferior (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

A “indefinição do papel profissional” da enfermeira (MOREIRA et al., 2009a; SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012) dá margem a problemas com os médicos, mas talvez ainda mais com os técnicos e auxiliares de enfermagem. A categoria de enfermagem (de nível superior) é associada à “hierarquia hospitalar”: a escolaridade atua em conjunto com uma hierarquia rígida, refletindo-se na “postura autoritária e centralizadora da enfermeira” (TAMAYO, 2009); critica-se uma divisão do trabalho que valoriza mais as atividades intelectuais (das enfermeiras, geralmente na função de chefia) em detrimento das manuais (dos técnicos de enfermagem, subordinados), *que são aquelas em que há o contato direto com o paciente* (FERREIRA, 2012) – o elemento “humano” essencial da atividade.

Por sua vez, as enfermeiras se defendem, digamos, alegando que, apesar do “menor envolvimento com os pacientes”, assumem grande responsabilidade devido à função de supervisão, pois têm o dever de zelar pelo bom funcionamento do serviço (FRANÇA;

FERRARI, 2012) – essa foi a razão aventada para explicar por que, neste estudo, foram as enfermeiras, e não os técnicos e auxiliares, as mais acometidas pelo *burnout*.

“Excesso” e “proximidade” marcam as descrições dos autores sobre as dificuldades do contato interpessoal que podem levar a *burnout*.

Chama a atenção, nesses excertos, a questão do *excesso* de emoção: ela é essencial, mas é preciso aprender a dosá-la. Transparece fortemente uma oposição entre o saber técnico e as “habilidades pessoais” de controle emocional. Talvez em poucas atividades este difícil equilíbrio entre emoção e técnica (razão) seja tão evidente quanto nas profissões de saúde e educação. E talvez por isso elas tenham se tornado o foco privilegiado da atenção dos pesquisadores em *burnout*.

Esse conflito remete à tensão entre saber e sentir identificada pelo antropólogo Octavio Bonet (1999) em pesquisa com médicos residentes. Segundo o autor, a prática biomédica se ergue ao redor de uma tensão estruturante entre os domínios do saber (associado ao racional e ao científico) e do sentir (associado ao emocional e ao psicológico). Tal tensão fundamental tem sua origem na visão dualista do homem, que por sua vez resulta de uma visão de mundo – mecanicista e dualista – que emergiu nos séculos XVI e XVII, com o estabelecimento da configuração individualista, hegemônica na cultura ocidental moderna. No caso específico da medicina, essa configuração individualista teve como consequência a ideia da separação corpo-homem e a ênfase no corpo (porque material) como objeto de ação médica – resultando na biomedicina/medicina moderna. No século XVIII, o hospital passa a ser o “teatro” onde se manifesta a tensão estruturante “entre a dimensão científico-racional e a dimensão humana-passional da prática biomédica” (BONET, 1999, p. 128).

Observa Bonet (1999, p. 125) sobre os médicos residentes: “*Saber e sentir*. São manifestações da tensão estruturante, que os sustentam, na qual se formam e da qual muitas vezes padecem.” A tensão se manifesta no cotidiano dos médicos como o dilema de *até que ponto* se envolver com o sofrimento dos pacientes. Dilemas éticos são outra situação comum de sua manifestação. Da mesma maneira, o *burnout* poderia ser considerado uma forma de padecimento dessa tensão, tendo emergido como tema importante na medida em que, atualmente, tende-se a valorizar mais a dimensão do sentir na prática médica (vide recentes movimentos pela “humanização” da medicina) e também na medida em que a realização pessoal ganha importância em nossa cultura (ver capítulo 4).

Cabe observar que as situações relatadas por Bonet falam mais de um *evitar* o sentir, priorizando o saber. Nas publicações sobre *burnout*, há uma diferença sutil: fala-se em *aprender*

a sentir, através do desenvolvimento de habilidades ou “competências interpessoais”. Trata-se de um *saber sobre o sentir* que deve ser adquirido, assim como o saber técnico (saber propriamente dito) também o foi. Mais: é um saber sobre o *próprio* sentir. A emoção não pode ser inteiramente eliminada, pois depende-se dela para a atividade (às vezes ela é considerada o próprio instrumento de trabalho, como vimos no caso dos professores); ela deve, isso sim, ser empregada de maneira, digamos, racional: controlada ou mesmo otimizada. Esses achados estão em consonância com as observações de Martin (2007) acerca da valorização cultural das emoções, que se dá, no entanto, segundo interesses econômicos (a conformidade social das emoções), levando à ênfase na racionalização e autocontrole emocional.

Regina Machado e Silva (1999) aborda as consequências do *dilema estruturante iluminismo-romantismo* – característico da ideologia individualista da cultura ocidental moderna – no âmbito dos saberes organizacionais, resultando na construção de diversas noções de Pessoa, articuladas na figura do *Homo multiplex* (multifacetado, integrado e flexível). Neste dilema estruturante – em que o Iluminismo representa os valores da razão, autonomia e liberdade individuais, enquanto que o Romantismo designa os movimentos de oposição sistemática à racionalização ocidental moderna, valorizando a singularidade, sensação, imaginação, invenção (DUARTE, 2012) –, a noção de “vida psíquica” (apropriada dos saberes psicológicos) adquirirá relevância para as teorias organizacionais como forma de explicar o vínculo pessoa-organização (dando origem à noção de Pessoa Relacional), porém também carregará um viés negativo, pois *pode ser fonte de problemas (“ilusões”)* para o indivíduo (SILVA, 1999).

O problema da subjetividade (a “vida psíquica”) aparece em algumas referências de nossa amostra como tendo mais peso (negativo) sobre o vínculo indivíduo-organização do que sobre aquele entre profissional e cliente (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2002). Dessa forma, para Trindade et al. (2010), não é na dureza do trabalho e do contato com pessoas carentes que reside a fonte do esgotamento, e sim nas redes de apoio, na “teia das relações”, no processo de trabalho e na qualidade do serviço. Parece haver, portanto, uma diferenciação entre o sofrimento que é gerado na relação profissional-cliente e aquele proveniente da relação profissional-organização; essa diferenciação teria a ver com o valor atribuído a cada tipo de vínculo. Os conflitos que ocorrem no nível profissional-cliente são concebidos como fonte de emoções fortes, que envolvem dilemas éticos (e portanto sofrimento), mas são também a essência da profissão; carregam um viés “positivo”, ligado à autenticidade. Já as relações interpessoais com colegas de trabalho são uma fonte de sofrimento também, mas de um tipo diferente, mais “negativo”. Aqui os conflitos são decorrentes da percepção de não

reconhecimento da “humanidade” da tarefa por parte dos colegas. A tensão saber x sentir toma a forma de uma oposição *entre categorias*, colocada agora em termos de “trabalho técnico” (teórico) e “trabalho humano” (prático), em que quanto mais técnica a profissão, menos humana ela é.

Nesses casos, parece ocorrer um movimento de reivindicar para si o título de atividade “mais humana”. O elemento da maior ou menor “proximidade” dá a medida dessa humanidade: agentes comunitários de saúde estão mais próximos da comunidade do que os demais membros da equipe; equipes de Estratégia Saúde da Família estão na “linha de frente” do atendimento; técnicos de enfermagem executam o serviço de cuidado diretamente (ao contrário dos enfermeiros, que “apenas” supervisionam). A referência à proximidade, evocada nas publicações, remete ainda à oposição proximidade x distanciamento (despersonalização).

Do ponto de vista da teoria do gerenciamento das emoções (HOCHSCHILD, 2013), as descrições da relação com o cliente em termos de “afeto” ou de contato “positivo” podem ser entendidas como um efeito do trabalho emocional a que tais profissionais devem, social e culturalmente, se submeter. Uma hipótese é de que as relações profissional-cliente precisam ser ressignificadas por meio do trabalho emocional – que é realizado em função do que se espera sentir (convenções ou regras de sentimento) –, para que possa sobressair o “afeto essencial”, i. e., o afeto como característica essencial das profissões de cuidado. Assim, é mediante o trabalho emocional de “reconstrução simbólica do paciente” (por exemplo, no caso da profissão de enfermagem) (LORIOL, 2000) que a atividade profissional pode se tornar fonte de realização pessoal. É precisamente a isso que se referem Ramalho e Nogueira-Martins (2007) quando falam da transformação do sofrimento psíquico, “inerente” às profissões de saúde, em “desenvolvimento pessoal”. Já as relações profissional-colegas ou profissional-organização, talvez por não atraírem sobre si o foco de atenção simbólica (pelo menos em comparação à relação provedor-receptor do serviço), acabam não sendo o alvo preferencial do trabalho emocional; em consequência disso, o “conflito” (em seu viés “negativo”) pode aparecer mais abertamente.

O interesse suscitado pelo fenômeno *burnout* estaria ligado, então, à relevância simbólica conferida às profissões de saúde e educação, consideradas prototípicas das ocupações essencialmente relacionais, i.e., cujo exercício envolve diretamente a dimensão emocional. O *burnout* poderia ser entendido então como um efeito ou uma forma de expressão da tensão estruturante saber-sentir, manifestamente mais evidente nesses meios profissionais. Essa relevância simbólica das emoções, por sua vez, tem a ver com um contexto sociocultural e econômico que demanda cada vez mais o controle emocional e até uma otimização das

emoções, de modo a torná-las socialmente conformes (MARTIN, 2007). Nesse cenário em que a capacidade de realizar trabalho emocional é valorizada como atributo no mercado de trabalho (levando à sua mercantilização) (HOCHSCHILD, 2013), a preocupação em dominar tal habilidade é, cada vez mais, uma prioridade.

7.3 A relação com a organização: imagens do trabalho e do trabalhador

O nível das relações profissional-organização parece seguir uma dinâmica diferente quando comparado às relações profissional-cliente. O que era visto como contato “afetivo” (com conotação positiva) no caso da relação médico-paciente ou professor-aluno, passa a ser nomeado como conflito (ou seja, também um contato, porém mais com o sentido de “atrito”) quando se trata das relações entre o profissional e seus colegas/organização. Além de o aspecto de conflito sobressair mais, os colegas – sobretudo os que não pertencem à mesma categoria profissional – passam a encarnar, por assim dizer, a organização, evidenciando também uma ambivalência quanto às novas formas de organização do trabalho.

A figura da “organização” domina as descrições das relações entre os profissionais e seus ambientes de trabalho, funcionando como o eixo sobre o qual se estrutura – às vezes em consonância, às vezes em contraposição – a própria identidade profissional e os modos de se conduzir no trabalho. O aspecto mais relevante dessa dinâmica é que as relações profissional-organização parecem ocorrer segundo um modelo que aproxima a “organização” a uma empresa. Em consequência, o trabalhador é assimilado ao “executivo”.

Embora a alegada equivalência da instituição hospitalar (ou escolar) a “organizações” do tipo empresarial seja mais evidente nos trabalhos que seguem o referencial teórico da Psicologia Organizacional – que guarda, por sua vez, estreita afinidade com o referencial da chamada teoria das organizações, pertencente ao campo da Administração –, essa identificação ultrapassa tal referencial teórico, podendo ser encontrada de forma geral nas publicações analisadas, num sinal de que essa forma de pensar (e vivenciar) o tema do trabalho já está assimilada do ponto de vista sociocultural. Os relatos dos pesquisadores revelam, assim, um conjunto de imagens (culturais) a respeito do trabalho e do trabalhador, em que duas figuras se destacam: a do “executivo” e a da “organização”.

7.3.1 O modelo do “executivo”

Quando se pensa na questão do estresse/cansaço relacionado ao trabalho, uma imagem costuma aparecer de forma recorrente: a de uma pessoa de terno num escritório, com a mão na testa ou com a cabeça a ponto de explodir. Ao retratar a situação de estresse, é quase sempre a imagem do “executivo” que aparece para representar o trabalho/trabalhador. No Brasil, esse tipo de representação é generalizado, podendo ser encontrado tanto na imprensa, como em *sites* ligados ao tema trabalho (inclusive aqueles especializados em saúde no trabalho) – e também na produção científica. Nesse sentido, a capa de um dos livros de nossa amostra (BENEVIDES-PEREIRA, 2002) é bastante ilustrativa. Nela aparece uma figura humana dividida no eixo longitudinal, compondo um mosaico cujas partes são: metade homem, metade mulher; o homem veste um terno, a mulher, um *tailleur*; no lugar da cabeça, uma lâmpada estilhaçada.

Um outro detalhe não deve passar despercebido: também a imagem da fadiga é específica. A julgar pelas figuras, que comumente localizam esse mal-estar na cabeça, concluímos que é sobretudo a *fadiga mental* que atinge o executivo.

No entanto, a produção científica brasileira sobre o *burnout* praticamente restringe-se aos *human services*. Mas em que um enfermeiro se assemelharia a um executivo?

Para tentar responder a essa pergunta, pretendemos explorar a hipótese de que, enquanto “trabalhadores”, enfermeiros e executivos estão submetidos aos mesmos valores e ética(s) do trabalho (SILVA, 1999). Ambos também têm em comum o fato de atuarem em “organizações”.

A recorrente assimilação hospital/escola-empresa poderia ser então uma expressão da difusão cultural do “*ethos* corporativo”, sendo *ethos* definido como o conjunto de valores, princípios e normas que orientam a conduta de um grupo (AZIZE, 2009; LÓPEZ-RUIZ, 2004).

A figura do executivo aparece como central em vários estudos que investigam tanto a construção e difusão de ética(s) do trabalho e sua vinculação a diferentes noções de pessoa (SILVA, 1999) quanto a expressão/difusão de ideologias (individualista e capitalista) que vão bem além do âmbito corporativo (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011; LÓPEZ-RUIZ, 2004).

Regina Machado e Silva (1999, p. 6) vê os executivos (definidos como “profissionais dedicados à tarefa de pensar, sistematizar e transmitir concepções diretamente ligadas à coordenação e ao gerenciamento do trabalho nas organizações industriais”) como a encarnação de certas ideias/representações do indivíduo como “criador” e “senhor de si mesmo e de sua obra”. Embora tais representações sejam tradicionalmente associadas aos artistas – por estarem

referidas a atributos de criatividade, imaginação, inovação, intuição –, são também próprias a outros segmentos “individualizados” da sociedade contemporânea, estando submetidas à ideologia individualista da cultura ocidental moderna.

A autora também chama a atenção para a posição ambígua dos executivos, favorável à construção de representações individualistas de si mesmos. Responsáveis por ações ligadas a valores caros ao individualismo como “controle”, “enquadramento” e “vigilância” das condutas no trabalho com o objetivo de transformar a realidade circundante, os executivos podem se conceber como “criadores” ou “inovadores”, sendo assim capazes de encarnar tanto o ideal de “patrão” (no comando da organização do trabalho) quanto servir de modelo para os “operários” (aqueles que devem seguir suas orientações). Com isso assumem uma posição intermediária: embora não sejam “[n]em ‘operário’, nem ‘patrão’ [...], a maioria desse grupo pertence à categoria assalariada e forma um importante núcleo difusor dos valores da modernidade e dos sinais do sucesso ligado ao trabalho”⁸³ (SILVA, 1999, p. 10).

Considerando a íntima relação entre esses valores modernos (constituintes da ideologia do individualismo) e espírito do capitalismo (no sentido de uma ideologia dominante que oferece razões morais ou justificativas para a adesão ao capitalismo), também Boltanski e Chiapello (2011) identificam no discurso empresarial “a forma por excelência na qual o espírito do capitalismo se encontra incorporado e compartilhado”, sendo tal discurso dirigido principalmente aos executivos: os *cadres* (diretores e administradores assalariados a quem, nos anos 1960, é progressivamente transferida a gestão operacional das grandes empresas – que antes ficava a cargo dos proprietários) ou *managers* (gerentes, líderes; proeminentes nos anos

⁸³ De maneira semelhante, López-Ruiz (2004) assinala a dificuldade de entender os executivos das transnacionais (seu objeto de estudo) a partir das categorias tradicionais como as de “trabalhadores” ou “homens de negócios”, situando-os numa tensão entre serem “trabalhadores de altas rendas” e “capitalistas em relação de dependência”. Os *trabalhadores de altas rendas* (categoria de Saskia Sassen) seriam aqueles profissionais jovens, trabalhando em funções de gerenciamento, consultoria e serviços para as grandes corporações, caracterizados pela extrema dedicação ao trabalho, e que, por possuírem elevado poder aquisitivo, são capazes de provocar modificações na vida dos centros urbanos onde habitam (por exemplo, o processo de gentrificação, iniciado por artistas e seguido por eles), no sentido de estimular novas formas culturais de consumo, mais sofisticadas e estetizadas (“consumo de estilo”). No entanto, apesar de se assemelharem, em termos de hábitos de consumo, nível cultural e estilo de vida, às camadas da elite, não deixam de ser “trabalhadores” (porque não são os donos das empresas para as quais trabalham, e sim vendem à empresa seu tempo de trabalho em troca de um salário). Mas se diferem dos “trabalhadores de baixas rendas”, por atuarem contratando e delegando funções menos qualificadas a estes últimos. Já os *capitalistas em relação de dependência* são instados a “alinhar” seus interesses com os da corporação, pensando em si mesmos como seus “sócios”; porém o capital que aportam não é o “capital-dinheiro”, mas sim o “capital-destreza” (composto por competências gerais de gerenciamento às que se somam habilidades, motivações e “talentos” necessários para “agregar valor” à empresa). O “capital-destreza”, entretanto, só tem valor quando investido – mas só se pode investi-lo necessariamente em uma empresa: a própria empresa para a qual se trabalha; estando o profissional, dessa forma, “em relação de dependência” com a organização, também pelo próprio vínculo empregatício.

1990)⁸⁴. São esses profissionais que, pela sua posição de, ao mesmo tempo, assalariados e porta-vozes do capitalismo, tornam-se os alvos privilegiados da crítica (em particular por parte de seus subordinados) e, por isso, devem dispor de argumentos para justificar sua posição, bem como os procedimentos de seleção que muitas vezes eles mesmos põem em ação. Convertidos em peças-chave do sistema, a quem as justificativas (para o engajamento ao capitalismo) devem ser prioritariamente orientadas, os executivos funcionam como uma espécie de guardiães e principais difusores da ideologia capitalista, sua influência cultural ultrapassando em muito o âmbito empresarial.

Já López-Ruiz (2004) acompanha o desenvolvimento da figura do “empreendedor”, em três diferentes momentos do espírito do capitalismo. Ele mostra como, nos anos 1990 (o terceiro momento), a noção de empreendedor reemerge, tendo como base a teoria econômica do “capital humano” (que postula que os atributos pessoais – como criatividade, flexibilidade, iniciativa – são uma forma de capital, pois capazes de gerar lucro). Ao ser apropriada pelos saberes organizacionais, essa teoria altera o *status* do trabalhador de “custo” para “investimento”; passa-se a promover então a *noção do indivíduo como proprietário do seu capital humano, capitalista e empresário de si próprio*, que investe suas capacidades, habilidades e destrezas para obter retorno, e, para isso, assume riscos.

Diante disso, poderíamos postular então que um enfermeiro (ou um médico, ou um professor) e um executivo ocupam posições homólogas na divisão do trabalho: a do trabalho mental ou intelectual. Seriam os “profissionais da representação” (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1975 apud SILVA, 1999), cuja atuação envolve muitas vezes atividades de liderança.

De fato, vários artigos de nossa amostra enfatizam o caráter intelectual do trabalho docente (CARLOTTO, 2002); de maneira significativa, um deles define a docência como “atividade intelectual que exige inovações constantes” (SOUSA; MENDONÇA, 2009, p. 499). Já segundo Lautert (1999), as atividades consideradas mais desgastantes para os enfermeiros seriam as de cuidados intensivos, as cirúrgicas e as de *chefia* (contra aquelas próprias de enfermagem ou ambulatório), ou seja, atividades de liderança e tidas como de maior “trabalho mental”. O caráter intelectual transparece também na menção às “decisões difíceis” que cabem aos médicos de UTI (BARROS et al., 2008) ou na atribuição de “planejamento

⁸⁴ Os autores também identificam, nesse período, o surgimento de um outro personagem (cuja tarefa por vezes é desempenhada pelo próprio *manager*): o *coach*. Sua função é “desenvolver as competências e o potencial dos homens da organização” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011, p. 133, tradução nossa), ou seja, ele é um treinador de habilidades pessoais, responsável por acompanhar o “desenvolvimento pessoal” dos empregados. (No original: “[...] développer les compétences et le potentiel des hommes de l’organisation.”)

das ações de saúde” dos integrantes das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) (MAIA; SILVA; MENDES, 2011). A semelhança entre executivos e profissionais de saúde, por exemplo, em termos da relação entre atividade de liderança e difusão do espírito do capitalismo pode ser observada também nas propostas para prevenção de *burnout*, que colocam os chefes das equipes como responsáveis por conscientizar seus subordinados sobre a existência do problema e os modos de se conduzir na vida profissional a fim de evitá-lo. Para EZAIAS, Haddad e Vannuchi (2012, p. 24), “o conhecimento dos sinais e sintomas da síndrome de *burnout* constitui-se em um instrumento gerencial importante”. No caso da profissão docente, o professor é também reconhecido por Santos e Nascimento Sobrinho (2011) como aquele que deve preparar os futuros trabalhadores (de acordo com as demandas dos sistemas de produção).

A esta altura, nossa hipótese pode ser reformulada nos seguintes termos: o *burnout* se estabelece como conceito devido: 1- à associação com a noção de estresse; 2- à elaboração de uma escala; mas também 3- à *assimilação do hospital e da escola ao nível de “organização” (como empresa)*. Isso tem a ver com uma certa ideia de trabalho (o trabalho *na empresa*) e de trabalhador (o *empreendedor* ou executivo).

7.3.2 Hospital e escola como “organização”

À pergunta (implícita nos textos) “Empresa e hospital/escola são equivalentes?”, os pesquisadores parecem responder da seguinte maneira: sim e não. Sim, na medida em que hospitais e escolas são definidos como “organizações”, assim como qualquer empresa. Não, na medida em que nem todos os hospitais ou escolas têm o mesmo objetivo de uma empresa – considerando que uma empresa capitalista visa ao lucro.

Embora alguns trabalhos admitam haver diferenças entre uma “organização hospitalar” e uma empresa “comum”, tais diferenças parecem residir exclusivamente no seu caráter público ou privado. Um hospital privado é uma empresa, já que ambos possuem os mesmos objetivos de geração de lucro. Segundo Loutert (1999), os hospitais – ao contrário do que deveriam ser (instituições para cuidar) –, são “organizações exigentes, competitivas e burocratizadas”, com “características próprias” geradoras de “tensão”, além de estarem imersos em contexto de “falta de políticas de saúde” e “interesses voltados para a lucratividade”.

Mas um hospital público também não deixa de ser uma empresa; apenas seria uma empresa “diferente”, por não possuir finalidade de lucro. De acordo com Menegaz (2004), as organizações hospitalares públicas diferem de outros tipos de organização por serem “organizações de profissionais ou especialistas”, i.e., caracterizam-se por uma hierarquia em que a autoridade daqueles que detêm o conhecimento técnico (saber especializado) – no caso, o saber sobre as questões/o tratamento de saúde, representado na figura do médico – se sobrepõe à autoridade administrativa.

Na verdade, a identidade hospital-empresa residiria no fato de ambos possuírem uma forma de organização *hierárquica*. Este modo de organização, por sua vez, produz efeitos na própria configuração das profissões.

A associação entre a profissionalização da enfermagem e o sistema econômico capitalista é enfatizada em alguns trabalhos. Para França (2010), a constituição da enfermagem como profissão é associada a uma forma de organização do trabalho que obedece aos preceitos capitalistas, realizando-se primariamente dentro da *instituição hospitalar hierárquica* (“já organizado dentro dos princípios empresariais”), em que o enfermeiro assume a função de gerenciar o trabalho dos “demais trabalhadores de enfermagem” (técnicos e auxiliares). As mudanças no trabalho de enfermagem acompanham as do sistema capitalista, resultando em exigências de capacidade técnico-científica que, associadas a más condições (baixa remuneração e sobrecarga), produzem *burnout*.

Percebe-se que a autora vê a profissão de enfermagem como indissociavelmente ligada a princípios empresariais. O enfermeiro está, aqui, na mesma posição do *cadre*.

Por sua vez, Murofuse, Abranches e Napoleão (2005) situam o marco da profissionalização da enfermagem no Brasil nos anos 1920, com a criação da Escola de Enfermagem Ana Nery, no Rio de Janeiro. Atribuem ao movimento de industrialização da época do “milagre econômico brasileiro”, nos anos 1960/70, uma submissão da profissão de enfermagem a condições de precarização, com baixa remuneração e contratação de pessoal não qualificado. A lógica capitalista teria se enraizado com facilidade nesse meio profissional, pois a enfermagem brasileira seria muito marcada pelo espírito de religiosidade (presente, aliás, nas origens da profissão), que valoriza “a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir, disciplinado, obediente e alienado”. O resultado disso é uma “organização política frágil, com baixa remuneração e quase sem autonomia”.

Quer dizer: a enfermagem enquanto profissão nasce já dentro do hospital. Consequentemente, está intimamente ligada a uma determinada forma de organização, que atua conforme a *lógica capitalista e empresarial de caráter hierárquico*. Em função dessa forma de

organização, o enfermeiro se vê na posição de gerente em relação aos técnicos/auxiliares (o que é aceito com razoável naturalidade), mas ao mesmo tempo, também como “submisso” e “obediente à hierarquia” (o que é vivido com dificuldade).

Nos relatos dos pesquisadores, a marca comum das organizações hospitalares – quer públicas ou privadas – é mesmo a *hierarquia*. Geralmente lhe é dada conotação negativa (como algo ultrapassado), sendo ela fonte permanente de conflitos e um empecilho para a plena realização do potencial do trabalhador (e conseqüentemente, causa de *burnout*).

Assim, vemos em Andrade et al. (2012) e em Ferreira (2012) que os hospitais são organizações “complexas”, cuja principal característica é uma divisão do trabalho baseada na “hierarquia de autoridade”. Para Ramalho e Nogueira-Martins (2007), o hospital público é marcado pela burocracia e por uma “estrutura hierárquica centralizadora”, que “impede a ação criativa” dos trabalhadores. Para Menegaz (2004), em uma organização hospitalar pública, a hierarquia é estabelecida segundo a categoria profissional e o tipo de vínculo empregatício (estável ou contratado), o que faz deste tipo de instituição “espaços sociais conflituosos por natureza”. E, embora possuam especificidades ligadas às condições históricas, sociais e contextuais/conjunturais de sua formação, compartilham algumas características semelhantes como por exemplo: a *autonomia dos médicos* e a *centralidade de seu lugar na hierarquia organizacional*. Ou seja, de acordo com Menegaz (2004), a classe médica está ligada à mais alta posição na hierarquia organizacional, acima inclusive do administrador. Isso torna possível associar a figura do médico à figura do hospital. Talvez daí as críticas de outras categorias profissionais ao modelo de assistência hospitalar recaírem muitas vezes sobre a figura do médico.

Já Tironi (2005; TIRONI; FERNANDES, 2007) vê diferenças entre a autoridade médica e a administrativa, o que se manifesta num conflito entre “duas linhas de autoridade” (cujos objetivos são por vezes incompatíveis). Há ainda diferenças entre instituições públicas e privadas – cada uma tem um tipo de problema diferente: enquanto as primeiras sofrem limitação de recursos, as últimas estão submetidas a uma maior competitividade.

Exceções ao enfoque pejorativo dado à hierarquia são encontradas em: Borges, Argolo e Baker (2006, p. 39), que, reconhecendo a sua valorização como traço compartilhado por instituições hospitalares, relativiza esse peso negativo ao dizer que “[t]al valorização provavelmente está associada à natureza das atividades hospitalares, pois está implicada a necessidade de decisões rápidas e firmes principalmente diante de situações de urgência”; e Tucunduva et al. (2006), que vê as instituições públicas como *menos* burocráticas:

Em relação ao local de trabalho, foi encontrada correlação significativa estatisticamente entre trabalhar exclusivamente em instituições públicas e menores níveis de estafa emocional ($p=0,012$). Este dado não foi encontrado na literatura, porém, inferimos que para estes profissionais seja gratificante trabalhar com alunos, no âmbito de hospitais e instituições públicas, e que *estas instituições sejam locais que oferecem menor burocracia e maior liberdade de criação* para os profissionais. (TUCUNDUVA et al., 2006, p. 112, grifo nosso)

No caso das considerações dos autores sobre as instituições escolares, busca-se estabelecer comparações entre o setor público e o privado. Em dois estudos com a mesma amostra de servidores públicos (MALLMANN et al., 2009; PALAZZO; CARLOTTO; AERTS, 2012) – cuja maior proporção é de professores –, o serviço público é marcado sobretudo pela *burocracia*, descrita como algo “rígido”, que impede a criatividade, a autonomia e a iniciativa. Entre as especificidades da gestão pública estariam: “apego às regras e rotinas, supervalorização da hierarquia, paternalismo nas relações, apego ao poder”, “contradição [da natureza do serviço público, que é ‘servir’] com a limitação de recursos” (MALLMANN et al., 2009, p. 71). Outras características das instituições públicas seriam: interferência político-partidária, centralização das decisões, interrupção de projetos de longo prazo com conflitos de objetivo, gestão nem sempre profissionalizada (PALAZZO; CARLOTTO; AERTS, 2012).

Há diferenças entre o setor privado e o público, porém em ambos os casos ocorre a falta de autonomia do professor para tomar decisões (ou porque, na escola privada, as decisões são tomadas em função da “pressão do mercado e dos pais dos alunos”, em um funcionamento sujeito à lógica empresarial; ou porque, na escola pública, as decisões são fragmentadas em razão da hierarquia), privilegiando um ambiente “reprodutivo” que impede/desestimula a iniciativa e a criatividade do professor. Essa situação às vezes só é superada por um “voluntarismo” do professor que expressa “entusiasmo e energia” (LOPES; PONTES, 2009).

Observamos, portanto, que o conflito se estabelece entre uma determinada categoria profissional e a categoria identificada como imediatamente superior na hierarquia. E quando não há superiores, o conflito se dá entre a categoria profissional e a própria “organização”. Assim, temos: técnicos/auxiliares de enfermagem x enfermeiros; agentes comunitários de saúde (ACS) x demais membros da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF); enfermeiros x médicos; enfermeiros e médicos x administração; professores x administração.

Em cada nível de ocorrência de conflito, o *burnout* é reivindicado como prova ou como um marcador de maior “humanidade” do trabalho. Estar mais sujeito a *burnout* significa, por um lado, que sua atividade envolve maior contato humano; mas que, por ser impedido – pela

organização “hierárquica” ou por suas figuras representativas (superiores hierárquicos) – de exercer em plenitude tais capacidades humanas, o resultado é fadiga, desumanização e perda de realização pessoal.

7.4 Transformações do mundo do trabalho ↔ transformações da pessoa

Os chamados fatores organizacionais são considerados não só em termos da “organização” em si, i.e., de seus aspectos estruturais, de como ela “é” e como funciona, ou como suas características formais provocam impactos no indivíduo. Também o aspecto de sua *mudança*, ou seja, de como ela se transforma, é destacado pelos pesquisadores como importante produtor de efeitos sobre a relação indivíduo-trabalho. Embora de modo geral o enfoque seja voltado para os seus supostos efeitos negativos (como o *burnout*), na verdade percebe-se certa ambivalência nas referências dos autores a essas mudanças.

Nas publicações analisadas, as transformações no mundo do trabalho são invocadas como causa ou, ao menos, como pano de fundo da emergência de *burnout*. Essas transformações costumam ser mencionadas de forma bastante genérica e até naturalizada, sendo qualificadas como “rápidas” (CUNHA, 2009), “contínuas e crescentes” (TRINDADE; LAUTERT, 2010); incluem especialmente as “novas tecnologias”, a “complexidade” cada vez maior das tarefas, mas também mudança dos “estilos de gestão organizacional”, bem como questões mais abrangentes como a “transitoriedade do emprego” e o “crescimento do setor de serviços” (BORGES et al., 2002; RITTER; STUMM; KIRCHNER, 2009; SOUSA; MENDONÇA, 2009). Há frequentes referências à “competitividade” do mundo contemporâneo (SOUSA; MENDONÇA, 2009), em que vigoram “valores capitalistas” (LOPES; PONTES, 2009).

Estendidas às áreas da saúde e da educação, as novas formas de organização do trabalho se traduzem em novas denominações. Hospitais universitários – tipo de “organização hospitalar” –, por exemplo, pertencem agora ao setor de “prestação de serviços de saúde pública” (BORGES et al., 2002). No estudo (da área da Administração) de Andrade et al. (2012) com enfermeiros, os profissionais de saúde são referidos como “colaboradores do setor de saúde”. O vocabulário corporativo é comumente empregado, tanto para descrever o cenário do trabalho em saúde e na educação – caso da “reestruturação produtiva” na área docente (SANTOS; NASCIMENTO SOBRINHO, 2011; SILVA, 2006) –, quanto para

descrever as características ideais do trabalhador inserido nesse novo contexto. Fala-se em desenvolver “competências”, “habilidades”, “motivação”.

Sobre as mudanças no trabalho médico, ressaltam-se o “grande desenvolvimento tecnológico” e a “institucionalização” da assistência à saúde (significando o deslocamento da prática médica dos consultórios privados para as instituições hospitalares) (TIRONI et al., 2009). Com isso, o médico deixa, cada vez mais, de ser um profissional autônomo, liberal, para tornar-se um funcionário assalariado, vinculado às “organizações hospitalares”. Estas, ao mesmo tempo em que oferecem melhores condições tecnológicas e estruturais de trabalho, também interferem decisivamente na relação médico-paciente – agora *relação prestador de serviços-cliente* (TIRONI; FERNANDES, 2007). Por sua vez, o desenvolvimento científico-tecnológico transforma a atividade médica ao torná-la cada vez mais baseada no aparato tecnológico, levando a uma formação com ênfase na dimensão biológica e na especialização (TIRONI et al., 2009).

Mas as mudanças não ocorrem apenas no âmbito do trabalho hospitalar. Alguns trabalhos apontam a reorientação do modelo assistencial na saúde pública – do foco na “medicina curativista” (TRINDADE, 2007) para a atenção primária – como um importante vetor de “inovação” do trabalho em saúde (GUIDO et al., 2012). Os dois grandes exemplos desse novo modelo são a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o programa de Residência Multiprofissional. Borges et al. (2002) fazem uma interessante conexão entre metas organizacionais e objetivos do SUS, ao considerar as transformações do trabalho na área da saúde pública como resultantes da necessidade de implementação dos princípios do SUS, especialmente o princípio da descentralização da assistência (reflexo, segundo os autores, da tendência à horizontalização das relações de poder no mundo do trabalho). O *burnout* passa então a ser estudado no contexto do processo de formação de profissionais capazes de consolidar a implantação do SUS (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2005).

Entre os princípios norteadores da atividade na ESF – territorialização da assistência; vínculo com a população; atenção integral; ênfase na promoção da saúde; corresponsabilização pelas ações em saúde (dividida entre equipe e paciente) –, a *interdisciplinaridade* aparece como a marca maior dessa transformação (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012; BARROSO; GUERRA, 2013; CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; MAIA; SILVA; MENDES, 2011; SILVA, 2008; SILVA; MENEZES, 2008; TELLES; PIMENTA, 2009; TRINDADE, 2007; TRINDADE et al., 2010; TRINDADE; LAUTERT, 2010). Na descrição de Trindade (2007), o

modelo é “centrado no usuário e sua família”, para melhor atender às suas necessidades. O trabalho interdisciplinar deve ser realizado “em conjunto e harmonia”, com base na troca de conhecimentos. As equipes contam com “multitrabalhadores” capazes de assumir múltiplas tarefas, o que exige destes profissionais, além de técnica e competência, aguçada capacidade de adaptação, no sentido de criar condições de implementar o cuidado (TRINDADE, 2007).

O agente comunitário de saúde (ACS), objeto de boa parte dos estudos sobre *burnout* na ESF, parece ser o símbolo desse modelo. É descrito como sendo um profissional “híbrido” e “polifônico” por funcionar como mediador entre a comunidade (saber popular) e a equipe de saúde (saber técnico), devendo possuir a capacidade de “autoadaptação” para bem cumprir sua tarefa (MAIA; SILVA; MENDES, 2011).

Em referência ao trabalho médico, Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011) identificam que o advento da ESF levou a transformações em sua identidade profissional, exigindo “novas habilidades”. Devido ao caráter anti-hegemônico da ESF (no sentido de opor-se ao foco na medicina especializada), o médico deve empreender todo um trabalho de reconstrução de sua identidade profissional, por meio de um processo de “inovação” (contra a “sedimentação” identitária). Para ajustar-se a esse novo modelo de assistência, ele deve valorizar a formação generalista, assumir a corresponsabilidade sanitária pela área em que atua, além de “aprender a conviver na organização”. Deve ainda possuir habilidades para a ação política.

Quanto à profissão docente, há referências à multiplicidade de papéis/funções assumidas pelos educadores (RUIZ; SILVA, 2009; SANTINI; MOLINA NETO, 2005). A todo instante desenvolvem-se “novas formas didáticas” acompanhando o “dinâmico” mercado de trabalho (SOUSA; MENDONÇA, 2009).

Em alguns casos, aponta-se criticamente o “modelo de gestão empresarial” (CARLOTTO, 2003; CARLOTTO; CÂMARA, 2008a), o “paradigma empresa-escola”, o “paradigma da civilização industrial” (CARLOTTO; PALAZZO, 2006) ou a “sala de aula taylorista”, fruto do atual “sistema político-econômico-social” neoliberal (SILVA, 2006), como fatores que colocam problemas à atividade docente (especialmente no caso dos que atuam no setor privado). Mas no fundo tudo isso é geralmente visto como uma *mudança inevitável* à qual se deve adaptar, incorporando os novos valores.

Também as transformações no “processo ensino-aprendizagem” podem constituir-se em fontes de estresse, na medida em que exigem “adaptação às constantes mudanças sociais: a evolução tecnológica e a do conhecimento humano” (BORGES; CARLOTTO, 2004, p. 47). Neste estudo com estudantes da área da saúde, destaca-se o valor da *aprendizagem*

(aprender a aprender): “Atualmente, o foco de trabalho profissional está deslocado do ensinar para o aprender” (BORGES; CARLOTTO, 2004, p. 47). Nesse sentido, é interessante a observação de Carlotto (2002) sobre o que chama de “avanço contínuo do saber”: não se trata de uma evolução do conhecimento, mas sim de uma nova exigência de renunciar ao saber “antigo” e incorporar novos conhecimentos em áreas também novas, não sendo recomendável, portanto, “resistir” às mudanças.

Todas essas transformações – resumidas por Borges et al. (2002, p. 189) como “cargos com atribuições mais variadas e mais complexas, estruturas menos hierárquicas e mais responsabilidade na base da pirâmide, maior atenção à relação do trabalhador com o usuário” – levam a novas relações do ser humano com o trabalho. Surgem novas exigências de “mais qualificação” e “novas competências”. *Criatividade, capacidade reflexiva* do trabalhador, *envolvimento*, saúde (e *saúde mental*) passam a ser uma necessidade (BORGES et al., 2002).

No entanto, as “novas exigências e competências requeridas” são muitas vezes vividas como “cargas”.

Dessa forma, há ressalvas ao “rápido avanço” ou “rápida evolução” nas formas de tratamento, ao “uso crescente de tecnologias sofisticadas” e à crescente “complexidade” dos tratamentos e cuidados à saúde (LAUTERT, 1999), já que, sem a necessária reestruturação da organização do trabalho, as consequências para a atividade de enfermagem nem sempre são benéficas: “A enfermagem hospitalar é uma atividade complexa e exigente de demandas elevadas” (MENECHINI; PAZ; LAUTERT, 2011, p. 231). A atividade laboral hospitalar passa a ser vista então em seu lado negativo, sendo caracterizada por: “excessiva carga de trabalho, contato com situações limitantes, alto nível de tensão e de riscos para si e para outros”, incluindo “problemas de relacionamento interpessoal” e “preocupações com demandas institucionais” (MENECHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). O acúmulo de funções também é apontado como característico da atividade de enfermagem hospitalar (LAUTERT, 1999).

Exigem-se profissionais “polivalentes e flexíveis”, porém, sem condições de exercer esses atributos, eles sofrem e se desgastam (CUNHA, 2009; SANTOS; NASCIMENTO SOBRINHO, 2011). O principal problema é assumir tarefas “não privativas” (as tarefas “estranhas” ao ofício diminuem a chance de exercer as “verdadeiras” tarefas). “A constante necessidade de aperfeiçoamento e concorrência à qual o homem moderno é submetido no trabalho ocasiona cargas excessivas, tanto físicas quanto mentais” (ARAÚJO JÚNIOR;

COUTINHO, 2012, p. 380). Assinalam Lopes e Pontes (2009, p. 276): “os tempos de hoje exigem muito do trabalhador”.

É interessante notar que uma mesma característica, descrita como positiva sob determinado viés teórico (notadamente o da psicologia organizacional), pode assumir conotação negativa em outros contextos (talvez não por acaso, isso seja mais perceptível nos estudos realizados por pesquisadores da mesma categoria profissional que seus investigados): a “multiplicidade” de funções pode ser vivenciada como “acúmulo” e “sobrecarga”; ter vários vínculos empregatícios pode gerar cansaço, em vez de caracterizar “polivalência”; a prática do “quebra-galho” é vivenciada não como criatividade, mas como improviso resultante do acúmulo de tarefas; o que para as teorias organizacionais é “rapidez”, para muitos profissionais de saúde é “pressão de tempo” ou “autoaceleração” (como mecanismo de defesa contra a dificuldade do trabalho); de certa forma, a mudança de ocupação, em vez de remeter à “mobilidade”, é vista como “abandono”, “desistência” e “fraqueza”.

E, no entanto, embora as mudanças do mundo do trabalho sejam vistas como causas de esgotamento por grande parte dos pesquisadores, o que se propõe é “enfrentar” de maneira adequada tais mudanças: para viver no mundo moderno, o indivíduo deve lançar mão de recursos protetores, porém se o faz de forma indesejada, isso leva a distúrbios psicossociais (JODAS; HADDAD, 2009). Apesar de se falar muito em intervir na “organização do trabalho”, raramente se diz como. As propostas continuam, no mais das vezes, orientadas para uma adaptação “ótima” da pessoa ao trabalho, por meio da promoção de “estratégias de enfrentamento” e do autocuidado (TRINDADE; LAUTERT, 2010).

7.5 *Burnout* como crítica

Nesse contexto de denúncia – tanto às condições de trabalho em geral quanto, mais particularmente, às constantes transformações do mundo do trabalho –, a teoria psicológica do *burnout* pretende evidenciar uma crítica aos valores da ordem capitalista. Mas, de uma maneira muito curiosa, o que parece ocorrer é que essa crítica acaba por reforçar esses mesmos valores, especialmente aqueles associados ao chamado terceiro momento do espírito do capitalismo.

Tal dinâmica parece estar de acordo com as observações de Boltanski e Chiapello (2011) sobre o papel desempenhado pela crítica na renovação do espírito do capitalismo (introduzidas no capítulo 4). A crítica deflagra uma resposta do capitalismo, que procura incorporá-la

parcialmente ao seu arsenal ideológico, com isso ganhando longevidade. Um aspecto que merece ser destacado acerca desse processo é que o espírito do capitalismo

[...] se transforma para responder à necessidade de justificação de pessoas que estão inseridas, em um dado momento, no processo de acumulação capitalista, mas cujos valores e representações, recebidos por herança cultural, são ainda associados a formas de acumulação anteriores [...] (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011, p. 61-62, tradução nossa)⁸⁵

Os achados de nossa pesquisa parecem refletir especialmente este último aspecto.

A partir desse raciocínio, podemos compreender a emergência do *burnout* como uma crítica, na verdade, ao modelo anterior desse espírito (implicitamente considerado *obsoleto*), em que os novos ideais aparecem revelados pelo seu oposto. É o que vemos, por exemplo, nas descrições do serviço público, cujas características formais (burocrático, hierárquico) vão se tornando também morais (“rígido”, “excessivamente” racional); ou nas considerações sobre o avanço contínuo do saber (o saber “antigo”, compartimentado, deve ser abandonado para dar lugar ao “novo”, supostamente integrado). De forma semelhante, as descrições da equipe ideal de ESF lembram aquelas referentes às equipes de trabalho das “organizações em rede” contemporâneas – contrárias ao saber especializado da biomedicina e do hospital: compostas por pessoas multitalentosas (“híbridas” e “polifônicas”) atuando de maneira descentralizada e horizontal (sem hierarquia), capazes de assumir papéis diversos conforme o projeto em que estejam atuando no momento (de modo a poder ser líder em uma ocasião e colaborador em outra), empregando suas qualidades pessoais de inventividade e adaptação, com foco na satisfação do cliente (o “usuário” do serviço de saúde).

Tais descrições remetem à oposição – destacada pelos mesmos autores – *cadre* (racionalidade fria e calculista) x *manager* (intuição criativa) em que, para promover os valores correspondentes às novas formas de acumulação desenvolvidas a partir dos anos 1990 (terceiro momento), procede-se à desqualificação do modelo anterior (segundo momento), reatualizando assim “uma temática engajada, desde meados do século XIX aproximadamente, em um grande número de oposições taxonômicas”⁸⁶ (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011, p. 132, tradução

⁸⁵ No original: “[L’esprit du capitalisme] se transforme pour répondre au besoin de justification des personnes engagées à un moment donné dans le processus d’accumulation capitaliste mais dont les valeurs et représentations, reçues en héritage culturel, sont encore associées à des formes d’accumulation antérieures [...]”

⁸⁶ Trecho original: “Les managers se distinguent en fait des cadres selon une opposition qui est celle de l’intuition créatrice *versus* la froide rationalité calculatrice et gestionnaire, réinvestissant ainsi une thématique engagée, sous des formes multiples, depuis le milieu du XIX^e siècle environ, dans un grand nombre d’oppositions taxinomiques, qu’il s’agisse, par exemple, des formes d’intelligence (cerveau gauche/cerveau droit), de l’opposition entre les sexes, entre groupes sociaux (artistes/ingénieurs ou financiers) voire entre pays

nossa) – e que lembra, aliás, o aspecto da tensão estruturante iluminismo-romantismo (SILVA, 1999).

Na literatura acadêmica brasileira, vemos como o *burnout* vai se desenhando a partir de descrições “negativas”, opostas ao ideal de trabalho/trabalhador: ele ocorre quando há “falta de autonomia” para tomar decisões (LOPES; PONTES, 2009); é, ele mesmo, uma defesa/adaptação “mal-sucedida”; surge quando se é “impedido” de exercer o “essencial” de sua profissão (LAUTERT, 1999); o *burnout* deixa o professor “menos criativo” (RODRIGUES; CHAVES; CARLOTTO, 2010).

O conceito e as características do *burnout* condensam uma série de valores culturais sobre a Pessoa (e sobre o trabalho): pode-se dizer que ele é um *negativo do ideal de trabalhador* (LORIOU, 2000), em que a exaustão é o contrário da alta energia; a despersonalização é descrita como um “endurecimento” afetivo, oposto à “flexibilidade”, “versatilidade”; enquanto a realização pessoal (autorrealização) é perdida. O mesmo mecanismo de espelhamento é encontrado na relação do *burnout* com seus “opostos positivos”: engajamento e *hardiness*. Lembremos que, assim como o próprio conceito de *burnout*, tanto a noção de engajamento quanto a de *hardiness* (“dureza”) envolvem três dimensões: no primeiro caso, trata-se das dimensões *energia, envolvimento e eficácia*; no segundo, elas são denominadas *compromisso, controle e desafio*. Considera-se que quanto maior o engajamento ou *hardiness*, menor o *burnout* (KOBASA, 1979; SCHAUFELI; MASLACH; LEITER, 2009).

Na medida em que o *burnout* representa o negativo do ideal de trabalhador, ele contém em si mesmo as prescrições normativas não só de uma ética do trabalho, mas de uma ética social, que tem a particularidade de ser também uma ética indissociável da pessoa (SILVA, 1999), e que é orientada para a autorrealização, o conhecimento de si e o desenvolvimento pessoal. Tais considerações têm a ver com o alerta de Boltanski e Chiapello (2011) a respeito do caráter paradoxal das orientações da neogestão. Comumente apresentadas como um esforço para orientar o mundo do trabalho num sentido mais “humano”, elas produzem, porém (ou ao mesmo tempo), o efeito contrário:

[...] os novos dispositivos, que reclamam um engajamento mais completo e que se apoiam sobre uma ergonomia mais sofisticada, integrando os aportes da psicologia pós-behaviorista e das ciências cognitivas, de certa forma, precisamente porque eles são mais humanos, também penetram mais profundamente na interioridade das pessoas, de quem se espera que se “doem” – como se diz – a seu trabalho, e tornam

(la France opposée à l’Allemagne au XIX^e siècle), les pays latins opposés aux pays anglo-saxons aujourd’hui, etc.”

possível uma instrumentalização dos homens naquilo que eles têm de propriamente humano. (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011, p. 164, tradução nossa)⁸⁷

⁸⁷ No original: [...] les nouveaux dispositifs, qui réclament un engagement plus complet et qui prennent appui sur une ergonomie plus sophistiquée, intégrant les apports de la psychologie postbéhavioriste et des sciences cognitives, précisément, d'une certaine façon, parce qu'ils sont plus humains, pénètrent aussi plus profondément dans l'intériorité des personnes, dont on attend qu'elles se 'donnent' – comme on dit – à leur travail et rendent possible une instrumentalisation des hommes dans ce qu'ils ont de proprement humain.”

CONCLUSÃO

A presente tese investigou o processo de construção social da categoria *burnout* no Brasil, tomando a produção científica sobre este fenômeno como seu objeto privilegiado. A razão desta escolha se deve a que muito dessa construção passa pela possibilidade de definir o “esgotamento profissional” cientificamente: lembremos que o conceito de *burnout* foi introduzido em nosso país já como um termo técnico (tendo a expressão, em inglês mesmo, obtido mais sucesso do que a proposta tradução para “estafa”, por exemplo – talvez porque esta última remeta a uma figura “datada”, mais próxima à ideia de neurastenia); além disso, aqui a chamada síndrome do esgotamento profissional também figurou precocemente como categoria diagnóstica (constando da lista de doenças relacionadas ao trabalho junto aos transtornos mentais).

Em função desse elo original do *burnout* com o campo das ciências médico-psicológicas, optamos por estudá-lo sob a perspectiva da medicalização, ou da medicalização/psicologização, como viemos a preferir. Essa denominação pareceu mais adequada para compreender o *burnout* em uma dimensão histórica e cultural mais abrangente, que leva em conta suas relações com o processo de individualização. De fato, a configuração de valores do individualismo mostrou-se um importante vetor de construção e difusão sociocultural da ideia de fadiga/esgotamento pelo trabalho. Dessa forma, procurou-se examinar o contexto sociocultural da emergência do *burnout*, tanto o mais geral quanto aquele específico brasileiro.

Foi possível realizar um mapeamento da pesquisa brasileira, em termos de suas obras e pesquisadores principais, áreas de conhecimento, características gerais dos trabalhos.

Destaca-se, em primeiro lugar, a opção por pesquisar os *human services* (especialmente profissões da saúde) e a educação. O fato de 80% das publicações terem como objeto profissionais de saúde e professores aponta para a persistência de um enfoque tradicional do *burnout*, no sentido de vê-lo como um fenômeno praticamente restrito às atividades tidas como sendo de “intenso contato humano”. Isso ocorre contrariamente à tendência internacional de expansão conceitual, refletida na renomeação das dimensões do *burnout* com o intuito de destacar a relação com o trabalho em si, e não necessariamente a relação com as pessoas com quem se trabalha. Porém, a escolha por pesquisar profissionais de saúde e professores não deve ser entendida como aleatória nem estatística, parecendo antes indicar uma preocupação de

ordem social e cultural: é como se o *burnout* fosse um tema especialmente “sensível” para esses trabalhadores.

As “emoções” aparecem fortemente na literatura nacional, revelando um foco de tensão importante para esses profissionais. O contato direto, constante, próximo, é não apenas físico, mas principalmente emocional e até “afetivo” (em especial para os educadores). E, por ser considerado justamente a essência dessas profissões, não pode ser simplesmente suprimido, obrigando à realização de um trabalho emocional (HOCHSCHILD, 2013) que visa a adequar o próprio sentimento às expectativas sociais. Desse modo, a regulação das emoções se torna um problema central nesses meios profissionais.

O interesse pelo *burnout* pode ainda ser compreendido dentro de um contexto cultural mais amplo de valorização das emoções (MARTIN, 2007). Essa valorização está ligada ao individualismo, especialmente a seu componente “romântico”, como por exemplo a ênfase na criatividade, considerada derivada das emoções “irracionais” e “primitivas” e, por isso, “autênticas”. No domínio do trabalho, a criatividade, bem como outras qualidades pessoais como a iniciativa, a “energia”, a “paixão” e o entusiasmo se tornam, cada vez mais, bens a serem negociados no mercado. Porém, é na combinação do valor das emoções com o do controle de si (REZENDE; COELHO, 2010) – o componente “iluminista” que, existindo em tensão com o elemento “romântico”, constitui o cerne da ideologia individualista ocidental moderna (SILVA, 1999) – que se pode encontrar a fonte da atual inquietação generalizada ligada ao mundo do trabalho, da qual o *burnout* pode ser visto como exemplo. Nesse sentido, ao condensar valores caros à cultura ocidental de hoje, o *burnout* toca em temas sensíveis não só para os profissionais de saúde/educação (expressos na tensão saber-sentir) (BONET, 1999), mas para a sociedade em geral.

As duas principais estratégias de construção da cientificidade do *burnout* acompanham aquelas identificadas na pesquisa internacional, e consistem na adoção de escalas diagnósticas e na ligação com a noção de estresse. Apesar da predominância do uso do MBI, chama a atenção a variabilidade da interpretação de seus resultados, geralmente indicando o *burnout* em termos de “risco”. A escala mostra-se problemática, não conseguindo prover inequivocamente um estatuto de realidade desta condição clínica. Há também a questão da posição relativa dos pesquisadores de *burnout* no campo científico, determinada pela distribuição diferencial do capital científico (BOURDIEU, 2004), que por sua vez depende dos critérios oficiais de qualidade da pesquisa (por exemplo, a classificação Qualis dos periódicos, ou campos “periféricos” x campos *mainstream*) – em tudo o que têm de objetivo e, principalmente, de subjetivo. Tudo isso faz que a pesquisa tenha que, por assim dizer, começar sempre do início.

Contudo, tamanha imprecisão não representa apenas desvantagens. Se a fragilidade teórica não permite reconhecer o *burnout* como um conceito consolidado, seu *status* indefinido entre risco e doença possibilita que ele deslize por vários campos, principalmente em função de sua proximidade com a ideia de estresse.

A associação conceitual com o estresse é outro ponto de apoio para o estabelecimento de um estatuto científico para o *burnout*. Porém, apesar da origem nas ciências físicas, a força da categoria estresse se deve muito menos a seu caráter técnico (teórico) que a seu aspecto simbólico. Sobressaindo em toda sua complexidade, a noção de estresse, além de promover uma linguagem comum entre biologização e psicologização, é capaz de circular nos mais diversos meios, do acadêmico ao senso comum, integrando em um código próprio ora representações psicologizadas, ora representações não psicologizadas de pessoa e perturbação. Pode assim funcionar como uma categoria “biopsicossocial” (ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016). São essas características que “abrem caminho” para o *burnout*, na medida em que ele é concebido como um tipo de estresse laboral – uma experiência que se encontra, hoje em dia, extremamente difundida, sendo vivenciada como parte da vida (VÄÄNÄNEN et al., 2012).

Uma ideia que se delineou ao longo da tese é a de que a possibilidade de o *burnout* se estabelecer como conceito se deve não só à sua associação com a noção de estresse, mas também à assimilação do hospital e da escola ao nível de “organização” (empresa), de acordo com uma certa ideia de trabalho (o trabalho na empresa) e de trabalhador (o empreendedor ou executivo). Com base nesse pressuposto, foi possível observar uma oposição implícita entre um modelo “velho” de organização do trabalho, ao qual são atribuídas as características de hierarquia e burocracia (representado pela instituição hospitalar e escolar) e um modelo “novo”, de equipes multidisciplinares atuando em rede (representado pela Estratégia Saúde da Família, por exemplo). Essa oposição aparece também nas descrições do serviço público (“velho”, “rígido”) x privado (“novo”, “dinâmico”). Nota-se ainda uma ambivalência quanto às transformações do trabalho, às vezes vistas como desejáveis e inevitáveis, porque resultado do progresso, às vezes como nocivas, porque produtoras de sofrimento e de perda de liberdade e de autonomia.

Nesse sentido, é interessante observar o contexto de emergência do *burnout* no país. As primeiras publicações em caráter mais sistemático datam de meados dos anos 1990, e são críticas com relação ao que se percebe como uma piora das condições de trabalho, decorrente, por um lado, de novas práticas econômicas associadas ao neoliberalismo, e por outro lado, do sucateamento do sistema público de educação e de saúde. No que diz respeito especificamente

às profissões de saúde, este é o importante momento de implementação do SUS, após sua formulação legal na Constituição de 1988. Muitas pesquisas cujo objeto são os próprios profissionais de saúde (especialmente enfermeiros) são tradicionalmente desenvolvidas no campo da Saúde do Trabalhador. Na Saúde Pública/Coletiva, o interesse se volta para a formação profissional para o SUS e a gestão desses trabalhadores. Nota-se ainda a influência da Psicologia Organizacional, a partir de conceitos como percepção de suporte organizacional, cultura, clima e valores organizacionais. A adaptação (inserção, pertencimento social pelo trabalho) é a principal meta, e a teoria do estresse, o suporte. A “aliança” psicologia-administração – cujo principal fruto foi a noção de estresse laboral – representa a fusão entre cultura psicológica e discurso gerencial (LORIOLO, 2000).

Considerando a ideia das transformações do espírito do capitalismo e seus três momentos históricos (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011), é possível perceber uma diferença entre os contextos norte-americano e brasileiro. No cenário norte-americano dos anos 1970, o *burnout* surge como reflexo da contracultura – que representaria, naquela ocasião, uma crítica de tipo “artista” (romântica) ao segundo estágio do capitalismo, marcado pela grande organização e pela figura do *cadre*. Já em nosso país, o *burnout* emerge como conceito na década de 1990, quando os valores românticos já estariam incorporados à lógica capitalista – correspondendo, portanto, ao seu terceiro momento, caracterizado pela organização em rede e pelas figuras do líder e do *coach*, com o propósito de alcançar o pleno desenvolvimento pessoal através do trabalho.

Sob esta perspectiva, é mais fácil entender a ambivalência e o aspecto por vezes paradoxal encontrado na pesquisa nacional. Ao mesmo tempo que o *burnout* serve como base para uma crítica ao sistema capitalista, esta crítica se vê muitas vezes dirigida a um momento anterior, visto como “obsoleto”, e que deve ser superado em favor de novos modelos “dinâmicos” e “flexíveis”, aos quais o indivíduo deve se adaptar a fim de manter-se engajado, motivado e realizado. A não adaptação seria um sinal de *burnout*, agora tomado como um problema em si mesmo. A tendência à pesquisa com estudantes (considerando a atividade de estudo como “atividade pré-profissional”) pode ser vista como um dos reflexos desse contexto, bem como o foco na prevenção do *burnout* por meios individuais (psicoterapia, desenvolvimento de “competências” – sobretudo “habilidades emocionais” –, estratégias de *coping*, lazer ou hábitos considerados saudáveis).

Um aspecto interessante levantado durante a elaboração desta tese é que, do ponto de vista sociocultural, talvez seja o cinismo, e não a exaustão (como comumente se considera), a dimensão mais importante do *burnout*. A existência de várias denominações pode ser vista

como indicativa dessa maior preocupação ou atenção “simbólica” conferida ao componente do distanciamento e da indiferença no trabalho: despersonalização, cinismo, desumanização, desengajamento, descrença e até indolência (segundo a escala CESQT, alternativa ao MBI). O problema de sua nomeação seria mais um reflexo da “sensibilidade” que o tema *burnout* provoca. Uma das razões dessa dificuldade parece estar na carga moral que o cinismo possui; afinal, trata-se de um conjunto de sentimentos e comportamentos muitas vezes difíceis de admitir (especialmente nas profissões de cuidado). Outra razão, porém, pode estar na relação entre cinismo e engajamento, tendo a ver, assim, com a questão do interesse socioeconômico relativo à produtividade e à adesão ao sistema capitalista (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 2011; MARTIN, 2007; SCHAUFELI; LEITER; MASLACH, 2009). Significativamente, identifica-se a tendência recente de reformular conceitualmente o *burnout* como “erosão do engajamento”.

Dessa forma, ao reunir uma série de valores culturais sobre a Pessoa e o trabalho, o *burnout* se constrói como uma espécie de “antimodelo” do trabalho e do trabalhador (LORIOL, 2000), revelando e escondendo, ao mesmo tempo, o seu oposto ideal: o trabalhador “maníaco”, engajado, infatigável, eufórico, eficiente (MARTIN, 2007). No entanto, ao racionalizar a vocação, o sistema capitalista transforma vocação em engajamento, através da transformação da criatividade em uma espécie de motivação intensa.

Por fim, talvez possamos falar em um *burnout* “brasileiro”. Mais do que levantar a questão de ser ou não uma entidade nosológica, no Brasil, o conceito de *burnout* tem sido uma oportunidade/veículo para debater as condições de trabalho, para conhecer o perfil de uma categoria profissional (e, nesse sentido, conhecer-se a si mesmo), para expressar uma ética social e do trabalho conforme a determinados ideais da cultura. Vai, portanto, bem além da medicalização, e bem além da fadiga.

REFERÊNCIAS

- AHOLA, K. et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J. Psychosom. Res.*, v. 64, n. 2, p. 185-193, 2008.
- AHOLA, K. et al. The relationship between job related burnout and depressive disorders: results from the Finnish Health 2000 Study. *J. Affect. Disord.*, v. 88, n. 1, p. 55-62, 2005.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud. Psicol. (Natal)*, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- ARONOWITZ, R. A. From myalgic encephalitis to yuppie flu: a history of chronic fatigue syndromes. In: ROSENBERG, C. E.; GOLDEN, J. (Orgs.) *Framing disease: studies in cultural history*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992. p. 155-180.
- ARONOWITZ, R. A. The converged experience of risk and disease. *Milbank Q.*, v. 87, n. 2, p. 417-442, 2009.
- AWA, W. L.; PLAUMANN, M.; WALTER, U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ. Couns.*, v. 78, n. 2, p. 184-190, 2010.
- AZIZE, R. L. Desemprego executivo: a crítica ao terceiro espírito do capitalismo no cinema contemporâneo. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, v. 24, n. 69, p. 81-92, 2009.
- BATISTA, J. B. V. et al. Síndrome de *burnout*: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Psicol. Estud.*, v. 16, n. 3, p. 429-435, 2011.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O estado da arte do burnout no Brasil. *Rev. Eletrônica InterAção Psy*, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003 apud CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *PSICO*, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2008.
- BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. *Le nouvel esprit du capitalisme*. 2. ed. Paris: Gallimard, 2011. 971 p.
- BONET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. El ofício de sociólogo. Buenos Aires: Siglo XXI, 1975 apud SILVA, R. C. M. *Pessoa e trabalho: ética e saberes nas organizações industriais do ocidente contemporâneo*. 1999. 274 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. Tradução de Denice Barbara Catani. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 86 p.

BRENNINKMEIJER, V.; VAN YPEREN, N. How to conduct research on burnout: advantages and disadvantages of a unidimensional approach in burnout research. *Occup. Environ. Med.*, v. 60, supl. 1, p. 16-20, 2003.

BUSCATTO, M.; LORIOL, M.; WELLER, J. M. (Orgs). *Au-delà du stress au travail: une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2008. 287 p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 9, 12 mai. 1999a, Seção I, p. 8-157.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/MS nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 221, 19 nov. 1999b, Seção I, p. 21-29.

BRIGHT, T. *Traité de la mélancolie*. Grenoble: Editions Jérôme Millon, 1996 apud LORIOL, M. *Le temps de la fatigue: la gestion sociale du mal-être au travail*. Paris: Anthropos, 2000. 293 p.

BROWN, P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J. Health Soc. Behav.*, v. 35 (Extra Issue), p. 34-52, 1995.

CAMARGO, D. A. F. *O abolicionismo escolar: reflexões a partir do adoecimento e da deserção dos professores*. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CAMPBELL, C. A ética romântica e o espírito do consumismo moderno. Tradução de Mauro Gama. Rio de Janeiro: Rocco, 2001. 400 p.

CAPLAN, R. D. et al. *Job demands and worker health: main effects and occupational differences*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1975. 342 p.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *PSICO*, v. 39, n. 2, p. 152-158, 2008.

CARLOTTO, M. S. et al. Síndrome de Burnout e coping em estudantes de psicologia. *Bol. Psicol.*, v. 59, n. 131, p. 167-178, 2010.

CARVALHO, A. M. P.; CAMARGO, G. V. P. A. A psicologia na produção científica nacional de enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v. 9, n. 2, p. 61-66, 2001.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J. Pers. Soc. Psychol.*, v. 56, p. 267-283, 1989 apud CARLOTTO, M. S. et al. Síndrome de Burnout e coping em estudantes de psicologia. *Bol. Psicol.*, v. 59, n. 131, p. 167-178, 2010.

CHIAVENATO, I. *Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 634 p.

CLARKE, A. E. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations on health, illness, and U.S. biomedicine. *Am. Sociol. Rev.*, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.

COCHRAN, S. D. et al. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull. World Health Organ.*, v. 92, p. 672-679, 2014.

CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.*, v. 18, p. 209-232, 1992.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. 204 p.

CONRAD, P. The shifting engines of medicalization. *J. Health Soc. Behav.*, v. 46, n. 1, p. 3-14, 2005.

CONRAD, P.; BARKER, K. K. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J. Health Soc. Behav.*, v. 51, supl., p. 67-79, 2010.

COX, T. *Stress*. London: Macmillan, 1978 apud VÄÄNÄNEN, A. et al. Formulation of work stress in 1960-2000: analysis of scientific works from the perspective of historical sociology. *Soc. Sci. Med.*, v. 75, p.784-794, 2012.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int. J. Health Serv.*, v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980.

DAHNFHOF-PONT, M. B.; VAN VEEN, T.; ZITMAN, F. G. Biomarkers in burnout: a systematic review. *J. Psychosom. Res.*, v. 70, n. 6, p. 505-524, 2011.

DARNELL, J. Free clinics in the United States: a nationwide survey. *Arch. Intern. Med.*, v. 170, n. 11, p. 946-953, 2010.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez, 1992. 168 p.

DE MEIS, L. et al. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. *Braz. J. Med. Biol. Res.*, v. 36, n. 9, p. 1135-1141, 2003.

DEMEROUTI, E. et al. The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethod analysis. *Eur. J. Psychol. Assess.*, v. 19, n. 1, p. 12-23, 2003.

DE VENTE, W. et al. Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J. Occup. Health Psychol.*, v. 13, n. 3, p. 214-231, 2008.

DUARTE, L. F. D. Introdução: a análise da Pessoa moderna pela história e etnografia dos saberes psicológicos. In: *Cadernos do IPUB n° 8: Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 1-10.

DUARTE, L. F. D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 43-73, 1993.

- DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 83-90.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 290 p.
- DUARTE, L. F. D. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.
- DUARTE, L. F. D. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, M. L. (org). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p. 21-30.
- DUARTE, L. F. D. O paradoxo de Bergson: diferença e holismo na antropologia do Ocidente. *Mana*, v. 18, n. 3, p. 417-448, 2012.
- DUMIT, J. Introduction. In: DUMIT, J. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Durham: Duke University Press, 2012. p. 1-25.
- DUMONT, L. Introdução. In: DUMONT, L. *Homo hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. Tradução de Carlos Alberto da Fonseca. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992. p. 49-67.
- ELIAS, N. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v. 1.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.
- FASSIN, D.; RECHTMAN, R. *The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood*. Tradução de Rachel Gomme. Princeton: Princeton University Press, 2009. 305 p.
- FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Tradução de Georg Otte e Mariana Camilo de Oliveira. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. 205 p.
- FLEURY, A. C. C. Produtividade e organização do trabalho na indústria. *Rev. Adm. Emp.*, v. 20, n. 3, p. 19-28, 1980.
- FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, n. 18, p. 167-194, 2010.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992. p. 79-98.
- FRANÇA, H. H. A síndrome de “burnout”. *RBM Rev. Bras. Med.*, v. 44, n. 8, p. 197-199, 1987.

- FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *J. Soc. Issues*, v. 30, p. 159-165, 1974.
- FREUDENBERGER, H. J.; RICHELSON, G. *L'épuisement professionnel: la brûlure interne*. Ottawa: Gaëtan-Morin, 1987. 190 p.
- FRIBERG, T. Burnout: from popular culture to psychiatric diagnosis in Sweden. *Cult. Med. Psychiatry*, v. 33, n. 4, p. 538-558, 2009.
- FRIBERG, T. *Diagnosing burn-out: an anthropological study of a social concept in Sweden*. Lund: Lund University, 2006. 193 p.
- GARVEY, J.; STANGROOM, J. Questões modernas. In: GARVEY, J.; STANGROOM, J. *A História da Filosofia*. Tradução de Cristina Cupertino. São Paulo: Octavo, 2013. p. 233-291.
- GLINA, D. M. R. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Orgs). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p. 3-30.
- GOODWIN, J.; JASPER, J. M.; POLLETTA, F. Introduction: why emotions matter. In: GOODWIN, J.; JASPER, J. M.; POLLETTA, F. (Eds.) *Passionate politics: emotions and social movements*. Chicago and London: The University of Chicago Press. 2001. p. 1-24.
- GREENE, J. A. *Prescribing by numbers: drugs and the definition of disease*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007. 318 p.
- GROSSI, G.; SANTELL, B. Quasi-experimental evaluation of a stress management programme for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *J. Rehabil. Med.*, v. 41, n. 8, p. 632-638, 2009.
- GÜNÜSEN N. P.; ÜSTÜN B. An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *Int. Nurs. Rev.*, v. 57, p. 485-492, 2010.
- HACKING, I. *The social construction of what?* Cambridge and London: Harvard University Press, 1999. 261 p.
- HÄTINEN, M. et al. Burnout during a long-term rehabilitation: comparing low burnout, high burnout-benefited, and high burnout-not benefited trajectories. *Anxiety Stress Coping*, v. 22, n. 3, p. 341-360, 2009.
- HOBFOLL, S. E. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *Am. Psychol.*, v. 44, n. 3, p. 513-524, 1989.
- HOCHSCHILD, A. R. Trabalho emocional, regras de sentimento e estrutura social. In: COELHO, M. C. (org., apresentação e tradução) *Estudos sobre interação: textos escolhidos*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013, p. 169-209.
- HONKONEN, T. et al. The association between burnout and physical illness in the general population: results from the Finnish Health 2000 Study. *J. Psychosom. Res.*, v. 61, n. 1, p. 59-66, 2006.

IACOVIDES, A. et al. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J. Affect. Disord.*, v. 75, n. 3, p. 209-221, 2003.

JARDIM, S. R.; SILVA-FILHO, J. F. O desemprego do trabalho na saúde mental: campo e poder do diagnóstico psiquiátrico na assistência aos trabalhadores. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.) *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001. p. 193-214.

KAHILL, S. Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Can. Psychol.*, v. 29, n. 3, p. 284-297, 1988.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm. Sci. Q.*, v. 24, p. 285-307, 1979.

KOBASA, S. C. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *J. Pers. Soc. Psychol.*, v. 37, n. 1, p. 1-11, 1979.

KRISTENSEN, T. S. et al. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*, v. 19, n. 3, p. 192-207, 2005.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. 1996. 432 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LALLEMENT, M. et al. Maux du travail: degradation, recomposition ou illusion? *Sociol. Trav.*, v. 53, p. 3-36, 2011.

LATOUR, B.; WOOLGAR, S. *A vida de laboratório: a construção dos fatos científicos*. Tradução de Angela Ramalho Vianna. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. 312 p.

LAZARUS, R. S. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu. Rev. Psychol.*, v. 44, p. 1-21, 1993.

LAZARUS, R. S. Psychological stress in the workplace. *J. Soc. Behav. Pers.*, v. 6, n. 7, p. 1-13, 1991. Special Issue.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress appraisal, and coping*. Nova York: Springer, 1984. 456 p.

LEÃO, L. H. C. Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais, *ECOS*, v. 2, n. 2, p. 291-305, 2012.

LEITER, M. P. Conceptual implications of two models of burnout. *Group Organ. Stud.*, v. 14, n. 1, p. 15-22, 1989.

LEITER, M. P.; MASLACH, C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J. Occup. Behav.*, v. 9, p. 297-308, 1988.

LEONE, S. S. et al. Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burnout. *Psychol. Health.*, v. 26, n. 4, p. 449-464, 2011.

LEVI, L. Psychosocial factors, stress and health. In: ILO – International Labour Organization. *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: International Labour Organization, 2012. v. 2, part. V, chapter 34. Disponível em: <<http://www.iloencyclopaedia.org/component/k2/item/10-psychosocial-factors-stress-and-health>>. Acesso em: 03 dez 2016.

LIMA FILHO, L. M. A. Correlação e Regressão. 2013. 24 f. Departamento de Estatística – Universidade Federal da Paraíba. Disponível em: <<http://www.de.ufpb.br/~l Luiz/AED/Aula9.pdf>>. Acesso em: 24 jul 2016.

LINDBLOM, K. et al. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int. J. Behav. Med.*, v. 13, n. 1, p. 51-59, 2006.

LÓPEZ-RUIZ, O. J. O “ethos” dos executivos das transnacionais e o espírito do capitalismo. 2004. 375 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

LORIOU, M. *La construction du social: souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l’action publique*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2012. 214 p.

LORIOU, M. La construction sociale de la fatigue au travail: l’exemple du *burn out* des infirmières hospitalières. *Travail et Emploi*, v. 94, p. 65-74, 2003.

LORIOU, M. La reconnaissance juridique du stress au travail. In: BUSCATTO, M.; LORIOU, M.; WELLER, J. M. (Orgs). *Au-delà du stress au travail: une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Ramonville-Ste-Agne: Éditions Érès, 2008. p. 91-109.

LORIOU, M. *Le temps de la fatigue: la gestion sociale du mal-être au travail*. Paris: Anthropos, 2000. 293 p.

MARTIN, E. *Bipolar expeditions: mania and depression in American culture*. Princeton: Princeton University Press, 2007. 370 p.

MARX, K. O capital: crítica da economia política. v. 1. Livro primeiro: O processo de produção do capital. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996. 496 p.

MASLACH, C. Burned-out. *Human Behav.*, v. 5, n. 9, p. 16-22, 1976.

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

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.; LEITER, M. P. *Maslach Burnout Inventory manual*. 3. ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist’s Press, 1996.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, 1997. 186 p.

- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B. Historical and conceptual development of burnout. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds.). *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993. p. 1-16.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, v. 52, p. 397-422, 2001.
- MEDRONHO, R. A. et al. (Eds). *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 493 p.
- MELAMED, S. et al. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol. Bull.*, v. 132, n. 3, p. 327-353, 2006a.
- MELAMED, S. et al. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom. Med.*, v. 68, p. 863-869, 2006b.
- MELO, M. P. P.; ASSUNÇÃO, A. A. A decisão pericial no âmbito da previdência social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p. 105-127, 2003.
- MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Públ.*, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 21-32, 1997.
- NEVES, M.Y.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção. In: ARAÚJO, A. et al (Orgs). *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 19-49.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão*. Volume 1. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000.
- PETERSON, U. et al. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J. Adv. Nurs.*, v. 63, n. 5, p. 506-516, 2008.
- PINES, A. M.; ARONSON, E. *Burnout: from tedium to personal growth*. Nova York: Free Press, 1981. 229 p.
- REZENDE, C. B.; COELHO, M. C. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 136 p.
- ROSENBERG, C. E. Contested boundaries: psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspect. Biol. Med.*, v. 49, n. 3, p. 407-424, 2006.
- ROMANO, J. O. As mediações na produção das práticas: o conceito de *habitus* na obra de Pierre Bourdieu. In: RIBEIRO, I. (Org). *Sociedade brasileira contemporânea: família e valores*. São Paulo: Edições Loyola, 1987. p. 43-84.

- RUOTSALAINEN, J. H. et al. Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand. J. Work Environ. Health*, v. 34, n. 3, p.169-178, 2008.
- RUSSO, J. Os três sujeitos da psiquiatria. In: *Cadernos do IPUB nº 8: Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 11-21.
- RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. Classificando a pessoa e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM-III. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.
- SADOCK, B. J., SADOCK V. A. (Orgs). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 9. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. 1460 p.
- SANDSTRÖM, A. et al. Cognitive deficits in relation to personality type and hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis dysfunction in women with stress-related exhaustion. *Scand. J. Psychol.*, v. 52, p. 71-82, 2011.
- SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Rev. Saúde Públ.*, v. 40, p. 101-111, 2006. Número especial.
- SARTI, C. A vítima como figura contemporânea. *Cad. CRH*, v. 24, n. 61, p. 51-61, 2011.
- SARTI, C. A.; BARBOSA, R. M.; SUAREZ, M. M. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 167-183, 2006.
- SAUTER, S. L. et al. Psychosocial and organizational factors. In: ILO – International Labour Organization. *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: International Labour Organization, 2012. v. 2, part. V, chapter 34. Disponível em: <<http://www.iloencyclopaedia.org/component/k2/item/9-psychosocial-and-organizational-factors>>. Acesso em: 17 mai 2016.
- SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 869-878, 2005.
- SCHAUFELI, W. B. et al. Burnout and engagement in university students: a cross-national study. *J. Cross Cult. Psychol.*, v. 33, n. 5, p. 464-481, 2002.
- SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P.; MASLACH, C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev. Int.*, v. 14, n. 3, p. 204-220, 2009.
- SCHAUFELI, W. B.; TARIS, T. W. The conceptualization and measurement of burnout: common grounds and worlds apart. *Work Stress*, v. 19, n. 3, p. 256-262, 2005.
- SCHULZ, M. Da acídia à preguiça: um voo iconográfico sobre uma encruzilhada medieval. *Aedos*, v. 3, n. 9, p. 24-48, 2011.
- SCHWARTZ, P. H. Risk and disease. *Perspect. Biol. Med.*, v.51, n. 3, p. 320-334, 2008.
- SCHWARTZMANN, L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: estamos hablando de lo mismo? *Cienc. Trab.*, v. 6, n. 14, p. 174-184, 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez Editora/UFRJ, 1994 apud JARDIM, S. R.; SILVA-FILHO, J. F. O desemprego do trabalho na saúde mental: campo e poder do diagnóstico psiquiátrico na assistência aos trabalhadores. In: VENÂNCIO, A. T.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.) *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001. p. 193-214.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. *Rev. Bras. Saúde Ocupac.*, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2009. 204 p.

SHIROM, A. Burnout in work organizations. In: COOPER, C. L.; ROBERTSON, I. (Eds). *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Nova York: Wiley, p. 26-48, 1989.

SHIROM, A. Job-related burnout: a review. In: QUICK, J. C.; TETRICK, L. E. (Eds). *Handbook of occupational health psychology*. Washington, DC: American Psychological Association, 2003. p. 245-265.

SHIROM, A. et al. Burnout and health review: current knowledge and future research directions. *Int. Rev. Ind. Organ. Psychol.*, v. 20, p. 269-308, 2005.

SILVA, R. C. M. *Pessoa e trabalho: ética e saberes nas organizações industriais do ocidente contemporâneo*. 1999. 274 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SIMMEL, G. As grandes cidades e a vida do espírito (1903). *Mana*, v. 11, n. 2, p. 577-591, 2005.

SOLAR O.; IRWIN, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization, 2010.

SONNENTAG, S. Burnout research: adding an off-work and day-level perspective. *Work Stress*, v. 19, n. 3, p. 271-275, 2005.

SOUZA, P. C. Z.; ATHAYDE, M. A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho. *Estud. Pesqui. Psicol.*, v. 6, n. 1, p. 6-19, 2006.

STENLUND, T. et al. Effects of Qigong in patients with burnout: a randomized controlled trial. *J. Rehabil. Med.*, v. 41, p. 761-767, 2009.

STENLUND, T.; NORDIN, M.; JÄRVHOLM, L. S. Effects of rehabilitation programmes for patients on long-term sick leave for burnout: a 3-year follow-up of the REST study. *J. Rehabil. Med.*, v. 44, p. 684-690, 2012.

TABORDA, J. G. V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. (Orgs). *Psiquiatria forense*. Porto Alegre: Artmed, 2004, 350 p.

THEORELL, T; KARASEK, R. A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J. Occup. Health Psychol.*, v. 1, n. 1, p. 9-26, 1996.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.

VÄÄNÄNEN, A. et al. Formulation of work stress in 1960-2000: analysis of scientific works from the perspective of historical sociology. *Soc. Sci. Med.*, v. 75, p.784-794, 2012.

VARGAS, E. V. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de “drogas”*. 2001. 600 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

VENÂNCIO, A. T.; RUSSO, J.; DUARTE, L. F. D. Apresentação. In: DUARTE, L. F. D.; RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. (Orgs.) *Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p. 7-17.

VERTHEIN, M. A. R. *Jogos de poder instituindo saber sobre as lesões por esforços repetitivos: as redes discursivas da recusa do nexo*. 2001. 239 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

VIEIRA, I. *Utilidade clínica do conceito de burnout: revisão sistemática de estudos longitudinais*. 2009. 123 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA, I. et al. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 28, n. 3, p. 352-356, 2006.

WEBER, A.; WELTLE, D.; LEDERER, P. Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, v. 78, p. 325-331, 2005.

WEBER, M. *A ética protestante e o “espírito” do capitalismo*. Tradução de José Marcos Mariani de Macedo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 336p.

WESSON, D. Psychedelic drugs, hippie counterculture, speed and phenobarbital treatment of sedative-hypnotic dependence: a journey to the Haight Ashbury in the sixties. *J. Psychoactive Drugs*, v. 43, n. 2, p. 153-164, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO's Business Plan for Classifications: building blocks of health information*. Version 1.1. Geneva: World Health Organization, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.

YOUNG, A. *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1995. 327 p.

ZORZANELLI, R. T. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. *Psicol. Estud.*, v. 16, n. 1, p. 25-31, 2011.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.

ZORZANELLI, R.; VIEIRA, I.; RUSSO, J. A. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. *Interface (Botucatu)*, v. 20, n. 56, p. 77-88, 2016.

APÊNDICE – Lista das 187 publicações selecionadas

ABREU, K. L. et al. Estresse ocupacional e síndrome de burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicol. Ciênc. Prof.*, v. 22, n. 2, p. 22-29, 2002.

AFFECTO, M. C. P.; TEIXEIRA, M. B. Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo. *Online Braz. J. Nurs.*, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2107/453>>. Acesso em: 11 ago 2015.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; ARAÚJO NETO, J. L. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 25, n. 3, p. 542-549, 2012.

ALMEIDA, K. M.; SOUZA, L. A.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em funcionários de uma fundação de proteção e assistência social. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, v. 9, n. 2, p. 86-96, 2009.

ANDRADE, P. S.; CARDOSO, T. A. O. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. *Saúde Soc.*, v. 21, n. 1, p. 129-140, 2012.

ANDRADE, T. et al. Síndrome de Burnout e suporte social no trabalho: a percepção dos profissionais de enfermagem de hospitais públicos e privados. *Organ. Soc.*, v. 19, n. 61, p. 231-251, 2012.

ARAÚJO JÚNIOR, R. P.; COUTINHO, C. C. C. Prevalência da síndrome de burnout em acadêmicos de fisioterapia. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde.*, v. 16, n. 3, p. 379-384, 2012.

ARICE, G. et al. Correlação entre sintomatologia depressiva e Burnout em um grupo de servidores públicos. *Psicol. Argum.*, v. 22, n. 37, p. 53-62, 2004.

ASAIAG, P. E. et al. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 34, n. 3, p. 422-429, 2010.

BAPTISTA, M. N. et al. Avaliação de depressão, síndrome de burnout e qualidade de vida em bombeiros. *Psicol. Argum.*, v. 23, n. 42, p. 47-54, 2005.

BARBOZA, J. I. R. A.; BEREZIN, R. A síndrome de burnout em graduandos de enfermagem. *Einstein (São Paulo)*, v. 5, n. 3, p. 225-230, 2007.

BARROS, D. S. et al. Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.*, v. 20, n. 3, p. 235-240, 2008.

BARROSO, S. M.; GUERRA, A. R. P. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. Saúde Colet.*, v. 21, n. 3, p. 338-345, 2013.

- BATISTA, J. B. V. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 13, n. 3, p. 502-512, 2010.
- BATISTA, J. B. V. et al. Síndrome de Burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Psicol. Estud.*, v. 16, n. 3, p. 429-435, 2011.
- BATISTA, J. B. V. *Síndrome de Burnout em professores do ensino fundamental: um problema de saúde pública não percebido*. 2010. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- BEMFICA, T. E. B. et al. Efeito da temporada sobre a percepção da síndrome de burnout por atletas de futebol profissional. *Rev. Bras. Ciênc. Mov.*, v. 21, n. 4, p. 142-150, 2013.
- BENETTI, E. R. et al. Variáveis de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência hospitalar. *Cogitare Enferm.*, v. 14, n. 2, p. 269-277, 2009.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *A saúde mental de profissionais de saúde mental: uma investigação da personalidade de psicólogos*. Maringá: Eduem, 2001.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça a saúde do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. *Bol. Psicol.*, v. 62, n. 137, p. 155-168, 2012.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. MBI – Maslach Burnout Inventory – e suas adaptações para o Brasil. In: ANAIS DA XXXI REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA, 2001, Rio de Janeiro.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O estado da arte do burnout no Brasil. *InterAção Psy.*, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003.
- BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; GONÇALVES, M. B. Transtornos emocionais e a formação em Medicina: um estudo longitudinal. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 33, n. 1, p. 10-23, 2009.
- BEZERRA, R. P.; BERESIN, R. A síndrome de Burnout em enfermeiros da equipe de resgate pré-hospitalar. *Einstein (São Paulo)*, v. 7, n. 3, p. 351-356, 2009.
- BÖCK, V. R.; SARRIERA, J. C. O grupo operativo intervindo na síndrome de burnout. *Psicol. Esc. Educ.*, v. 10, n. 1, p. 31-39, 2006.
- BORGES, A. M. B.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e fatores de estresse em estudantes de um curso técnico de enfermagem. *Aletheia*, n. 19, p. 45-56, 2004.
- BORGES, L. O. et al. A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T.; BAKER, M. C. S. Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 19, n. 1, p. 34-43, 2006.

BOTH, J.; NASCIMENTO, J. V. Intervenção profissional na Educação Física escolar: considerações sobre o trabalho docente. *Movimento (Porto Alegre)*, v. 15, n. 2, p. 169-186, 2009.

BRAUN, A. C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em professores de ensino especial. *Barbarói*, n. 39, p. 53-69, 2013.

CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 20, n. 1, p. 661-667, 2012.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Burnout em dentistas do serviço público: ter ou não ter, eis a questão! *Rev. Odontol. UNESP*, v. 39, n. 2, p. 109-114, 2010.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 15, n. 1, p. 155-165, 2012.

CAMPOS, J. A. D. B.; MAROCO, J. Adaptação transcultural Portugal-Brasil do Inventário de Burnout de Maslach para estudantes. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 5, p. 816-824, 2012.

CARLOTTO, M. S. A síndrome de Burnout e o trabalho docente. *Psicol. Estud.*, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2002.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout: diferenças segundo níveis de ensino. *Psico (Porto Alegre)*, v. 41, n. 4, p. 495-502, 2010.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout em professores de instituições particulares de ensino. *Aletheia*, n. 17-18, p. 53-61, 2003.

CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout em professores: prevalência e fatores associados. *Psicol. Teor. Pesqui.*, v. 27, n. 4, p. 403-410, 2011.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicol. Estud.*, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF*, v. 11, n. 2, p. 167-173, 2006.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Preditores da Síndrome de Burnout em estudantes universitários. *Pensam. Psicol.*, v. 4, n. 10, p. 101-109, 2008b.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Preditores da Síndrome de Burnout em professores. *Psicol. Esc. Educ.*, v. 11, n. 1, p. 101-110, 2007.

- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud. Psicol. (Campinas)*, v. 24, n. 3, p. 325-332, 2007.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores de escolas públicas e privadas. *Psicol. Educ.*, n. 26, p. 29-46, 2008a.
- CARLOTTO, M. S. et al. Síndrome de Burnout e coping em estudantes de psicologia. *Bol. Psicol.*, v. 59, n. 131, p. 167-178, 2010.
- CARLOTTO, M. S.; GOBBI, M. D. Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *Aletheia*, n. 10, p. 103-114, 1999.
- CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico (Porto Alegre)*, v. 37, n. 1, p. 57-62, 2006.
- CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.
- CARVALHO, M. M. B. *O professor: um profissional, sua saúde e a educação em saúde na escola*. 1995. 237 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- CASTRO, F. G. Burnout e complexidade histórica. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, v. 13, n. 1, p. 49-60, 2013.
- CASTRO, F. G.; ZANELLI, J. C. Burnout e perspectiva clínica: contribuições do existencialismo e da sociologia clínica. *Rev. Psicol. Organ. Trab.*, v. 10, n. 2, p. 38-53, 2010.
- CASTRO, F. G.; ZANELLI, J. C. Síndrome de burnout e projeto de ser. *Cad. Psicol. Soc. Trab.*, v. 10, n. 2, p. 17-33, 2007.
- CHRISTOFOLETTI, G. et al. Síndrome de burnout em acadêmicos de fisioterapia. *Fisioter. Pesqui.*, v. 14, n. 2, p. 35-39, 2007.
- CODO, W. (Org.). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- COSTA J. C; LIMA, R. A. G. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v. 13, n. 2, p. 151-157, 2005.
- COSTA, L. S. T. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 26, n. 4, p. 636-642, 2013.
- CUNHA, L. H. C. S. A desinserção do campo da subjetividade na experiência de trabalho de profissionais de saúde. *aSEPHallus*, v. 6, n. 11, p. 177-192, 2011.
- CUNHA, L. H. C. S. Nem todo dia eles fazem tudo igual: a psicanálise de um sintoma médico. *aSEPHallus*, v. 7, n. 13, p. 72-84, 2012.

- CUNHA, K. W. V. *A produção científica no Brasil nos anos de 2003 a 2008 sobre Síndrome de Burnout e Docência*. 2009. 57 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- DALMOLIN, G. L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. *Texto & Contexto Enferm.*, v. 21, n. 1, p. 200-208, 2012.
- DAL PAI, D. *Violência no trabalho em pronto socorro: implicações para a saúde mental dos trabalhadores*. 2011. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- DANTAS, E. A. M.; BORGES, L. O. Saúde organizacional e síndrome de burnout em escolas e hospitais. *Estud. Pesqui. Psicol. (Impr.)*, v. 12, n. 1, p. 116-144, 2012.
- DIAS, S.; QUEIRÓS, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, n. 32, p. 4-21, 2010.
- EZAIAS, G. M. et al. Síndrome de Burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 18, n. 4, p. 524-529, 2010.
- EZAIAS, G. M.; HADDAD, M. C. L.; VANNUCHI, M. T. O. Manifestações psico-comportamentais do Burnout em trabalhadores de um hospital de média complexidade. *Rev. RENE*, v. 13, n. 1, p. 19-25, 2012.
- FELICIANO, K. V. O.; KOVÁCS, M. H.; SARINHO, S. W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.
- FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 5, n. 3, p. 319-328, 2005.
- FERREIRA, N. N. *Síndrome do esgotamento profissional e fatores associados em técnicos de Enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo*. 2012. 93 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.
- FERREIRA, T. C. et al. Enfermagem em nefrologia e Síndrome de Burnout. *Cogitare Enferm.*, v. 17, n. 1, p. 44-49, 2012.
- FOGAÇA, M. C. et al. Burnout em estudantes de psicologia: diferenças entre alunos iniciantes e concluintes. *Aletheia*, n. 38-39, p. 124-131, 2012.
- FOGAÇA, M. C. et al. Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.*, v. 20, n. 3, p. 261-266, 2008.
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas, 2011.

FRANÇA, F. M. *Estudo sobre síndrome de burnout em profissionais de enfermagem em dois hospitais de médio porte no município de Cáceres – MT*. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

FRANÇA, F. M.; FERRARI, R. Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, v. 25, n. 5, p. 743-748, 2012.

FRANÇA, H. H. A síndrome de “burnout”. *RBM Rev. Bras. Med.*, v. 44, n. 8, p. 197-199, 1987.

FRANÇA, S. P. S. et al. Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paul. Enferm.*, v. 25, n. 1, p. 68-73, 2012.

FRANCO, G. P. et al. Burnout em residentes de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45, n. 1, p. 12-18, 2011.

GALINDO, R. H. et al. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 2, p. 420-427, 2012.

GARBIN, C. A. S.; SALIBA, O.; GONÇALVES, P. E. Síndrome de Burnout: o estresse do cirurgião-dentista moderno. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v. 60, n. 2, p. 131-133, 2006.

GIANASI, L. B. S.; BORGES, L.O. Síndrome de burnout no setor de transporte de Natal. *Psicol. Teor. Pesqui.*, v. 25, n. 3, p. 297-305, 2009.

GIL-MONTE, P. R.; CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Validação da versão brasileira do "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" em professores. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 140-147, 2010.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. 1. ed. São Paulo: Roca, 2010.

GONÇALVES, T. B. et al. Prevalência de síndrome de burnout em professores médicos de uma universidade pública de Belém do Pará. *Rev. Bras. Med. Trab.*, v. 9, n. 2, p. 85-89, 2011.

GOULART, C. B. et al. Fatores predisponentes da síndrome de burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. *Espaç. Saúde*, v. 11, n. 2, p. 48-55, 2010.

GOUVEIA, V. V. et al. Teoria funcionalista dos valores humanos: aplicações para organizações. *RAM, Rev. Adm. Mackenzie*, v. 10, n. 3, p. 34-59, 2009.

GUIDO, L. A. et al. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 6, p. 1477-1483, 2012.

HAHNMARY, K.; CARLOTTO, S. Síndrome de Burnout em monitores de uma fundação de proteção especial. *Diversitas Perspectiv. Psicol.*, v. 4, n. 1, p. 53-62, 2008.

- HYEDA, A.; HANDAR, Z. Avaliação da produtividade na síndrome de burnout. *Rev. Bras. Med. Trab.*, v. 9, n. 2, p. 78-84, 2011.
- JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul. Enferm.*, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009.
- KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde (Impr.)*, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010.
- LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 20, n. 2, p. 50-64, 1999.
- LAUTERT, L. *O desgaste profissional do enfermeiro*. 1995. 276 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, 1995.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 18, n. 2, p. 133-144, 1997.
- LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 18, n. 2, p. 83-93, 1997.
- LEVY, G. C. T. M.; NUNES SOBRINHO, F. P.; SOUZA, C. A. A. Síndrome de *Burnout* em professores da rede pública. *Prod.*, v. 19, n. 3, p. 458-465, 2009.
- LIMA, F. D. et al. Síndrome de Burnout em residentes da Universidade Federal de Uberlândia – 2004. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 31, n. 2, p. 137-146, 2007.
- LIMA, R. A. S. et al. Vulnerabilidade ao burnout entre médicos de hospital público do Recife. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, 2013.
- LOPES, A. P.; PONTES, E. A. S. Síndrome de Burnout: um estudo comparativo entre professores das redes pública estadual e particular. *Psicol. Esc. Educ.*, v. 13, n. 2, p. 275-281, 2009.
- LORETTO, N. R. M.; MARTINS, I. A. F.; ABATAYGUARA, M. M. F. Burnout em estudantes de odontologia: coorte comparativa de dois modelos curriculares. *Odontol. Clín.-Cient.*, v. 10, n. 2, p. 147-152, 2011.
- LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 56, n. 1, p. 81-91, 2010.
- LOUZADA, R. C. R.; SILVA FILHO, J. F. Quem paga o impacto: algumas observações sobre saúde. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 26, n. 2, p. 137-138, 2004.
- MAIA, L. D. G.; SILVA, N. D.; MENDES, P. H. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v. 36, n. 123, p. 93-102, 2011.

MAGALHÃES, R. A. C.; GLINA, D. M. R. Prevalência de burnout em médicos de um hospital público de São Paulo. *Saúde, Ética & Justiça*, v. 11, n. 1/2, p. 29-35, 2006.

MAGNABOSCO, G. et al. Síndrome de Burnout em trabalhadores de um hospital público de média complexidade. *REME Rev. Min. Enferm.*, v. 13, n. 4, p. 506-514, 2009.

MALLAR, S. C.; CAPITÃO, C. G. Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF.*, v. 9, n. 1, p. 19-29, 2004.

MALLMANN, C. S. et al. Fatores associados à síndrome de burnout em funcionários públicos municipais. *Psicol. Teor. Prát.*, v. 11, n. 2, p. 69-82, 2009.

MATHEUS, M. C. C.; CHAVES, E. C.; BIANCHI, E. R. F. A relação professora-aluna e os mecanismos de stress coping e burnout nas primeiras experiências práticas. *Acta Paul. Enferm.*, v. 12, n. 3, p. 51-58, 1999.

MAZON, V.; CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores. *Arq. Bras. Psicol.*, v. 60, n. 1, p. 55-66, 2008.

MENDONÇA, V. L. G.; COELHO, J. A. P. M.; JÚCA, M. J. Síndrome de Burnout em Médicos Docentes de uma Instituição Pública. *Psicol. Pesq.*, v. 6, n. 2, p. 90-100, 2012.

MENEGALI, T. T. et al. Avaliação da síndrome de burnout em policiais civis do município de Tubarão (SC). *Rev. Bras. Med. Trab.*, v. 8, n. 2, p. 77-81, 2010.

MENEGAZ, F. D. L. *Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública*. 2004. 94 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.*, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2011.

MESQUITA, A. A. et al. Estresse e síndrome de burnout em professores: Prevalência e causas. *Psicol. Argum.*, v. 31, n. 75, p. 627-635, 2013.

MILLAN, L. R. A síndrome de Burnout: realidade ou ficção? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 53, n. 1, p. 5, 2007.

MONIZ, A. L. F.; ARAÚJO, T. C. C. F. Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e burnout. *Interação (Curitiba)*, v. 10, n. 2, p. 235-243, 2006.

MONTEIRO, J. K. et al. Adoecimento psíquico de trabalhadores de unidades de terapia intensiva. *Psicol. Ciênc. Prof.*, v. 33, n. 2, p. 366-379, 2013.

MOREIRA, D. S. et al. Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1559-1568, 2009a.

MOREIRA, H. R. et al. Qualidade de vida no trabalho e síndrome de Burnout em professores de educação física do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde.*, v. 14, n. 2, p. 115-122, 2009b.

MORENO, F. N. et al. Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 19, n. 1, p. 140-145, 2011.

MORENO-JIMENEZ B. et al. A avaliação do Burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicol. Estud.*, v. 7, n. 1, p. 11-19, 2002.

MORI, M. O.; VALENTE, T. C. O.; NASCIMENTO, L. F. C. Síndrome de Burnout e rendimento acadêmico em estudantes da primeira à quarta série de um curso de graduação em medicina. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 36, n. 4, p. 536-540, 2012.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latinoam. Enferm.*, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. et al. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 34, n. 1, p. 106-115, 2010.

NOVAES, M. R.; CÉSAR, B.; MOURA, T. Desgaste laboral em docentes de medicina: uma revisão de literatura. *Brasília Med.*, v. 50, n. 2, p. 111-117, 2013.

OLIVEIRA, J. R.; SLAVUTZKY, S. M. B. A síndrome de burnout nos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, RS. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, v. 43, n. 2, p. 45-50, 2001.

OLIVEIRA, R. K. M.; COSTA, T. D.; SANTOS, V. E. P. Síndrome de Burnout em enfermeiros: uma revisão integrativa. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, v. 5, n. 1, p. 3168-3175, 2013.

PALAZZO, L. S.; CARLOTTO, M. S.; AERTS, D. R. G. C. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 6, p. 1066-1073, 2012.

PEREIRA, E. F. et al. Qualidade de vida e saúde dos professores de educação básica: discussão do tema e revisão de investigações. *Rev. Bras. Ciênc. Mov.*, v. 17, n. 2, p. 100-107, 2009.

PINTO, D. R.; ALMEIDA, T. E. P.; MIYAZAKI, M. C. O. S. A saúde e estresse ocupacional em médicos. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 17, n. 4, p. 201-205, 2010.

PIRES, D. A. et al. A Síndrome de Burnout no esporte brasileiro. *Rev. Educ. Fís.*, v. 23, n. 1, p. 131-139, 2012.

PORTO-MARTINS, P. C.; BASSO-MACHADO, P. G.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Engagemnto no trabalho: uma discussão teórica. *Fractal Rev. Psicol.*, v. 25, n. 3, p. 629-644, 2013.

RAMALHO, M. A. N.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicol. Estud.*, v. 12, n. 1, p. 123-132, 2007.

REIS, E. J. F. B. et al. Docência e exaustão emocional. *Educ. Soc.*, vol. 27, n. 94, p. 229-253, 2006.

RISSARDO, M. P.; GASPARINO, R. C. Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 17, n.1, p. 128-132, 2013.

RITTER, R. S.; STUMM, E. M. F.; KIRCHNER, R. M. Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. *Rev. Eletrônica Enferm.*, v. 11, n. 2, p. 236-248, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a02.htm>. Acesso em: 11 ago 2015.

ROAZZI, A.; CARVALHO, A. D.; GUIMARÃES, P. V. Análise da estrutura de similaridade da síndrome de burnout: Validação da escala “Maslach Burnout Inventory” em professores. In: ANAIS DO V ENCONTRO MINEIRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: TEORIZAÇÃO E PRÁTICA & VIII CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: FORMAS E CONTEXTOS, 2000, Belo Horizonte.

ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 20, n. 4, p. 526-532, 2012.

RODRIGUES, C. D.; CHAVES, L. B.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout em professores de educação pré-escolar. *Interação Psicol.*, v. 14, n. 2, p. 197-204, 2010.

RODRIGUES, R. T. S.; BARBOSA, G. S.; CHIAVONE, P. A. Personalidade e resiliência como proteção contra o Burnout em médicos residentes. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 37, n. 2, p. 245-253, 2013.

RUIZ, L. M.; SILVA, N. R. Indicadores de burnout em docentes de terapia ocupacional: um estudo piloto. *Rev. Ter. Ocup.*, v. 20, n. 2, p. 101-109, 2009.

RUVIARO, M. F. S.; BARDAGI, M. P. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. *Barbarói*, n. 33, p. 194-216, 2010.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem que trabalham em uma UTI. *Nursing (São Paulo)*, v. 13, n. 153, p. 92-98, 2011.

SANTINI, J.; MOLINA NETO, V. A síndrome do esgotamento profissional em professores de educação física: um estudo na rede municipal de ensino de Porto Alegre. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.*, v. 19, n. 3, p. 223-232, 2005.

SANTOS, A. A.; NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. Revisão sistemática da prevalência da síndrome de Burnout em professores do ensino fundamental e médio. *Rev. Baiana Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 299-319, 2011.

SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estud. Psicol. (Campinas)*, v. 27, n. 1, p. 67-74, 2010.

SANTOS, C.; PEREIRA, K. W.; CARLOTTO, M. S. Burnout em profissionais que trabalham no atendimento a vítimas de violência. *Barbarói*, n. 32, p. 69-81, 2010.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 66, n. 1, p. 13-17, 2013.

SCHULKE, A. P. et al. A Síndrome de Burnout em Estagiários de Fisioterapia. *Diversitas Perspectiv. Psicol.*, v. 7, n. 1, p. 167-177, 2011.

SERRALHEIRO, F. C. et al. Prevalência da síndrome de Burnout em anesthesiologistas de Instituição de Ensino Superior em Medicina. *Arq. Bras. Ciênc. Saúde*, v. 36, n. 3, p. 140-143, 2011.

SILVA, A. T. C. *Estudo sobre esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde no município de São Paulo*. 2008. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008.

SILVA, G. N.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de burnout: um estudo com professores da rede pública. *Psicol. Esc. Educ.*, v. 7, n. 2, p. 145-153, 2003.

SILVA, J. L. L.; DIAS, A. C.; TEIXEIRA, L. R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan.*, v. 12, n. 2, p. 144-159, 2012.

SILVA, L. C. F.; LIMA, F. B.; CAIXETA, R. P. Síndrome de Burnout em profissionais do corpo de bombeiros. *Mudanças*, v. 18, n. 1-2, p. 91-100, 2010.

SILVA, M. E. P. Burnout: por que sofrem os professores? *Estud. Pesqui. Psicol. (Impr.)*, v. 6, n. 1, p. 89-98, 2006.

SILVEIRA, N. M. et al. Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 27, n. 2, p.159-163, 2005.

SILVA, N. O. mal-estar da professora alfabetizadora: contribuições de D. Winnicott. *Rev. Mal-Estar Subj.*, v. 5, n. 1, p. 11-44, 2005.

SILVA, N. R.; ALMEIDA, M. A. As características dos alunos são determinantes para o adoecimento de professores: um estudo comparativo sobre a incidência de Burnout em professores do ensino regular e especial. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, v. 17, n. 3, p. 373-394, 2011.

SOARES, L. R. et al. Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 36, n. 1, p. 77-82, 2012.

SOUSA, I. F.; MENDONÇA, H. Burnout em professores universitários: impacto de percepções de justiça e comprometimento afetivo. *Psicol. Teor. Pesqui.*, v. 25, n. 4, p. 499-508, 2009.

SOUZA, F. G.; BAPTISTA, M. N.; XIDIECH, G. F. Burnout: definição e características. *Infanto Rev. Neuropsiquiatr. Infanc. Adolesc.*, v. 9, n. 3, p. 100-102, 2001.

SOUZA, R. S. *Síndrome de burnout: um estudo com guias de turismo regional em Natal – RN*. 2011. 92 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

SOUZA, W. C.; SILVA, A. M. M. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Estud. Psicol. (Campinas)*, v. 19, n. 1, p. 37-48, 2002.

SUDA, E. Y. et al. Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de burnout em professores universitários. *Fisioter. Pesqui.*, v. 18, n. 3, p. 270-274, 2011.

TABELEÃO, V. P.; TOMASI, E.; NEVES, S. F. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de Ensino Médio e Fundamental no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 27, n. 12, p. 2401-2408, 2011.

TAMAYO, M. R. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 22, n. 3, p. 474-482, 2009.

TAMAYO, M. R. *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. 1997. Dissertação não publicada (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estud. Psicol. (Natal)*, v. 14, n. 3, p. 213-221, 2009.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estud. Psicol. (Natal)*, v. 7, n.1, p. 37-46, 2002.

TELLES, H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc.*, v. 18, n. 3, p. 467-478, 2009.

TIRONI, M. O. S. *A síndrome de burnout em médicos pediatras: um estudo em duas organizações hospitalares*. 2005. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

TIRONI, M. O. S.; FERNANDES, S. R. P. Síndrome de burnout em médicos pediatras: estudo em dois hospitais de Salvador. *Rev. Baiana Pediatría*, v. 3, n. 1, p. 31-42, 2007.

- TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. et al. Manifestações da síndrome de burnout entre estudantes de graduação em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.*, v. 22, n. 3, p. 754-762, 2013.
- TOURINHO FILHO, H.; ROCHA, C. M. Síndrome de Burnout. *Rev. Méd. Hosp. São Vicente de Paulo*, v. 11, n. 24, p. 33-38, 1999.
- TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Arch. Clin. Psychiatry*, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.
- TRINDADE, L. L. *O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para Saúde do Trabalhador*. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm.*, v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010.
- TRINDADE, L. L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.
- TUCUNDUVA, L. T. C. M. et al. A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 52, n. 2, p. 108-112, 2006.
- VERARDI, C. E. L. et al. Esporte, stress e burnout. *Estud. Psicol. (Campinas)*, v. 29, n. 3, p. 305-313, 2012.
- VIEIRA, I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v. 35, n. 122, p. 269-276, 2010.
- VIEIRA, I. et al. Burnout na clínica psiquiátrica: relato de um caso. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 28, n. 3, p. 352-356, 2006.
- VIEIRA, L. F. et al. Análise da síndrome de "burnout" e das estratégias de "coping" em atletas brasileiros de vôlei de praia. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.*, v. 27, n. 2, p. 269-276, 2013.
- VILELA, S. C.; PACHECO, A. E.; CARLOS, A. L. S. Síndrome de Burnout e estresse em graduandos de enfermagem. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.*, v. 3, n. 3, p. 780-787, 2013.
- ZANATTA, A. B. *A prevalência da síndrome de Burnout em profissionais da saúde trabalhadores de um hospital oncohematológico infantil na cidade de Campinas/SP*. 2013. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

ANEXO – Capítulo XXI: Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (CID-10 Z00-Z99)

- Z00-Z13 Pessoas em contato com os serviços de saúde para exame e investigação
- Z20-Z29 Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com doenças transmissíveis
- Z30-Z39 Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas à reprodução
- Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para cuidados e assistência à saúde específicos
- Z55-Z65 Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais**
- Z55 Problemas relacionados com a educação e com a alfabetização
- Z56 Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego**
- Z57 Exposição ocupacional a fatores de risco**
- Z58 Problemas relacionados com o ambiente físico
- Z59 Problemas relacionados com a habitação e com as condições econômicas
- Z60 Problemas relacionados com o meio social
- Z61 Problemas relacionados com eventos negativos de vida na infância
- Z62 Outros problemas relacionados com a educação da criança
- Z63 Outros problemas relacionados com o grupo primário de apoio, inclusive com a situação familiar
- Z64 Problemas relacionados com algumas outras circunstâncias psicossociais
- Z65 Problemas relacionados com outras circunstâncias psicossociais
- Z70-Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias**
- Z70 Aconselhamento relativo a atitudes, comportamento e orientação em matéria de sexualidade
- Z71 Pessoas em contato com os serviços de saúde para outros aconselhamentos e conselho médico, não classificadas em outra parte
- Z72 Problemas relacionados com o estilo de vida
- Z73 Problemas relacionados com a organização do modo de vida**
- Z73.0 Esgotamento (estado de exaustão vital) – *burnout***
- Z73.1 Acentuação de traços de personalidade (comportamento tipo A)
- Z73.2 Falta de repouso e de lazer
- Z73.3 “Stress” não classificado em outra parte (sofrimento físico e mental SOE)
- Z73.4 Habilidades sociais inadequadas, não classificadas em outra parte
- Z73.5 Conflito sobre o papel social, não classificado em outra parte
- Z73.6 Limites impostos às atividades por invalidez
- Z73.8 Outros problemas relacionados com a organização do modo de vida
- Z73.9 Problema relacionado com a organização do modo de vida, não especificado
- Z74 Problemas relacionados com a dependência de uma pessoa que oferece cuidados de saúde

- Z75 Problemas relacionados com as facilidades médicas e outros cuidados de saúde
- Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias
- Z80-Z99 Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com história familiar e pessoal e certas afecções que influenciam o estado de saúde