ANDRÉA CARLA FRANCHINI MELANI

Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia

São Paulo
2015

ANDRÉA CARLA FRANCHINI MELANI

Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia

Versão Corrigida

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutora no Programa de Ciências Odontológicas.

Área de Concentração Odontologia Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ercília de Araújo

São Paulo

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Melani, Andréa Carla Franchini.

Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia / Andréa Carla Franchini Melani ; orientadora Maria Ercília de Araújo. -- São Paulo, 2015.

143 p. : fig., tab., quadros.; 30 cm.

Tese (Doutorado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas.
Área de Concentração: Odontologia Social. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão corrigida.

1. Estresse profissional. 2. Burnout. 3. Trabalho. 4. Odontologia. 5. Cirurgiões-dentistas. I. Araújo, Maria Ercília de. II. Título.

Melani ACF: Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: / /2015

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

AGRADECIMENTOS

A **Jesus**, meu Pai, Amigo e Conselheiro que sempre se dispõe à conversar comigo e faz-me sentir tão fortemente a Tua Presença.

À **Maria**, que me cobre com o seu Manto Sagrado, acalenta e protege, sem o qual seria impossível superar todas as adversidades.

À Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo – **FOUSP** e ao Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas.

À todos os **professores** do Departamento de Odontologia Social da FOUSP.

Aos **membros da Banca Examinadora**, que cederam o seu tempo precioso para a leitura desse trabalho e, certamente prestarão contribuições valiosas à minha apresentação.

À **Doutora Olga Maria Dias Agostinho Pires** (Coordenadora de Saúde Bucal) e à Secretaria de Saúde do município de **Embu das Artes** pela possibilidade de utilizar o seu território como objeto de estudo.

Aos **profissionais cirurgiões-dentistas** da rede pública do município de Embu das Artes, pela disponibilidade em servir de objeto para esse estudo.

À **Professora Doutora Julie Silvia Martins**, agradeço a inestimável colaboração nesse trabalho com seus conhecimentos de estatística e a paciência que teve comigo durante todo esse período.

Ao **Professor Doutor Edgard Michel Crosato** pela possibilidade do convívio e os ensinamentos em epidemiologia e estatística.

A todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta na execução desse trabalho, seja na biblioteca, na gráfica e na secretaria da pós-graduação.

Aqueles que, por ventura, eu tenha esquecido de agradecer.

À Disciplina de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde e Saúde Coletiva em Odontologia, na pessoa dos professores **Ercília, Bottazzo, Julie, Fernanda, Celso, Simone** e **Sonia** e colaboradores, obrigada pela oportunidade do convívio, aprendizado e troca de experiências.

Às secretárias **Sonia, Andréia e Carmem** pela pronta disponibilidade em atender e orientar sobre os trâmites burocráticos e pelo cafezinho e boa conversa nos momentos de folga.

Às bibliotecárias **Glauci e Vânia**, que sempre estão à nossa disposição para auxiliar nas nossas intermináveis buscas. Obrigada pela atenção a mim dispensada.

Aos colegas de pós-graduação **Glaucio, Graciela, Alana, Mariana Gabriel, Mari Lopes, Jaqueline, Marcia, Janaína**. Cada um de vocês é especial e que possamos desfrutar dessa amizade por muito anos.

Aos meus pais **Marilza e Carlos**, meu amor ontem, hoje, amanhã ...ternamente e eternamente...

MAPS, melhores amigas para sempre: Val, Ana e Cibeles.

À amiga e irmã do coração **Valéria Rodrigues de Lacerda**, minha vida ficou mais alegre depois que te conheci. Você sempre faz falta no meu dia-a-dia.

À amiga e irmã **Ana Paula Pinto de Souza**, em cujo coração pude depositar as minhas alegrias e tristezas e de quem só ouvi palavras de apoio e compreensão. Que progresso espiritual partilhar da tua companhia nessa atual jornada.

À amiga e irmã **Cibele Bonfim de Rezende Zárte**, sem a qual esse momento não seria possível. Sempre será insuficiente expressar todo o amor e gratidão por você e sua família. A distância entre nós não existe, pois você estará sempre no meu coração, aonde quer que eu esteja.

Ao meu orientador de mestrado **Professor Doutor Paulo Zárte Pereira**, pelo despertar de novas inquietações. Ao meu amigo **Paulo**, obrigada pela amizade carinhosa.

Ao querido **Prof. Dr. Antonio Carlos Bombana (in memoriam)**, exemplo de pessoa humana e dedicada em servir ao próximo. O senhor me deu asas e me ensinou a voar. Sem a tua intervenção física e, agora espiritual, talvez esse momento não estivesse acontecendo hoje de maneira tão especial. Deixo registrada a minha grande admiração e a saudade que permanece.

Especialmente à Professora Doutora Maria Ercília de Araújo, o meu sincero agradecimento. A oportunidade, confiança e autonomia que você me proporcionou foram muito importantes nesse recomeçar... Minha gratidão pelo convívio com uma pessoa inteligente e à frente do seu tempo, que busca sempre nas suas atitudes estimular o despertar de sujeitos autônomos (parafraseando Paulo Freire), e que o faz com extrema maestria, pois dispõe-se a compartilhar seu conhecimento e experiências conosco. A minha admiração pela **Mestra** e pessoa humana, com características tão ímpares.

Quando me amei de verdade, parei de desejar que a minha vida fosse diferente e comecei a ver que tudo o que acontece contribui para o meu crescimento.

Hoje chamo isso de... Amadurecimento.

Quando me amei de verdade, comecei a perceber como é ofensivo tentar forçar alguma situação ou alguém apenas para realizar aquilo que desejo, mesmo sabendo que não é o momento ou a pessoa não está preparada, inclusive eu mesmo.

Hoje sei que o nome disso é... Respeito.

Quando me amei de verdade, desisti de querer sempre ter razão e, com isso, errei muitas menos vezes.

Hoje descobri a... Humildade.

Quando me amei de verdade, percebi que minha mente pode me atormentar e me decepcionar. Mas quando a coloco a serviço do meu coração, ela se torna uma grande e valiosa aliada.

Tudo isso é... Saber viver!

(Charles Spencer Chaplin)

RESUMO

Melani ACF. Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia; 2015. Versão Corrigida.

A Síndrome de Burnout, definida por Maslach e Jackson, é decorrente do estresse crônico ligado ao trabalho, acarretando em prejuízo na realização da atividade laboral, nos meios profissional, familiar e social e, conseqüentemente na qualidade de vida do trabalhador. Burnout é muito comum em profissionais que mantêm contato direto com as pessoas, como é o caso dos profissionais da área da saúde, incluindo os cirurgiões-dentistas, os quais estão constantemente expostos à situações desafiadoras, como a sobrecarga de trabalho, os riscos físicos, químicos e biológicos do ambiente ocupacional, as relações de trabalho entre profissional/paciente e profissional/equipe odontológica, bem como as dificuldades de organização do processo de trabalho. Compreender o processo que envolve o desenvolvimento de Burnout e os determinantes biopsicossociais envolvidos é importante para evitar o surgimento ou minimizar os efeitos desse transtorno mental. No Brasil, ainda são escassos os estudos que relacionam a Síndrome de Burnout e Odontologia, quando comparados àqueles publicados em outros países, e assim, o objetivo do presente trabalho foi conhecer os níveis de Burnout de cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde do município de Embú das Artes - São Paulo, Brasil por meio da aplicação da versão brasileira do instrumento denominado Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI). O CBI é uma das ferramentas disponíveis para estimar preditivos da Síndrome, que contém dezenove questões distribuídas nas dimensões Burnout pessoal, Burnout relacionado ao trabalho e Burnout relacionado ao paciente, que utiliza-se da escala Likert com pontuação que varia de 0 a 100 (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente, sempre) para avaliar as respostas. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, cujos sujeitos da pesquisa foram todos os 35 cirurgiões-dentistas que atuam no serviço público do município de Embu das Artes/SP, Brasil, para os quais foi aplicado um instrumento de perfil sociodemográfico e de formação técnico-científica, que continha questões

relativas à idade, gênero, local de moradia e graduação, renda declarada, tipo de especialização ou aperfeiçoamento, carga horária de trabalho, tempo de experiência profissional, tempo de férias, prática de atividade física e o pensamento em mudar de profissão. A seguir, essas variáveis foram associadas com cada uma das questões do CBI. Para o CBI, agrupou-se as respostas em categoria zero (0) para os itens relativos aos escores 0, 25 e 50% respectivamente, considerando esses os níveis mais baixos e categoria um (1) para os itens relativos aos escores 75 e 100%, respectivamente, considerando esses os níveis mais altos. Os dados foram analisados por meio do Programa Epiinfo versão 7.1.5. Epi Info™ e utilizou-se os testes de associação pelo qui-quadrado não corrigido e Fisher. Foram encontrados níveis de Burnout elevados, para aqueles participantes do estudo que estavam na categoria 1 (escore 75 e 100%), na proporção de 31,9% para a dimensão pessoal, 37,96% para a dimensão relacionada ao trabalho, e 25,71% para a dimensão relacionada ao paciente. A média das três dimensões de Burnout foi 48,35, com desvio padrão de 19,70. Nesse estudo, as variáveis de exposição relacionadas ao Burnout, foram: o pensamento em mudar de profissão, a idade e a pós-graduação em saúde coletiva. Pode-se observar que existem fatores peculiares do exercício da Odontologia que podem desencadear Burnout. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com essa categoria ocupacional, e que os resultados advindos desses estudos possam contribuir na elaboração de estratégias para o enfrentamento da Síndrome de Burnout.

Palavras-chave: Trabalho. Burnout. Odontologia. Cirurgião-dentista.

ABSTRACT

Melani ACF. Contribution to the study of Burnout Syndrome in Dentistry [thesis]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia; 2015. Versão Corrigida.

Burnout Syndrome, as defined by Maslach and Jackson, is the result of chronic stress related to work, resulting in the loss of labor productivity, professional environment, family and social environment, and therefore, in the worker's quality of life. Burnout is very common among health professionals, who work directly with people, including surgeon dentists, who are constantly exposed to challenging situations, such as heavy workload, physical, chemical and biological risks coming from the work environment, the relationships between the professional and the patient, the professional and his/her staff, as well as the difficulties with works' organizational processes. Understanding the process that triggers the development of Burnout and the related biopsychosocial determinants is rather important in order to avoid the issue and/or minimize its effects of this mental disorder. In Brazil, there are few studies that relate the Burnout Syndrome and Dentistry, when compared to those published in other countries, thus, the objective of this study was to assess the levels of Burnout in dentists who work in the public sector in Embu das Artes, São Paulo, Brazil, through the application of the Brazilian version of the instrument called the Copenhagen Burnout Inventory (CBI). The CBI is one of the available tools used to estimate the Syndrome. It contains nineteen questions distributed in the following dimensions: personal Burnout, Burnout related to work, and Burnout related to patient. The instrument contains a Likert's scale with scores ranging from 0 to 100 (never, rarely, sometimes, often, always) to evaluate the responses. This is a quantitative and cross-sectional study, whose subjects were all 35 dentists working in the public service in Embu das Artes / São Paulo, SP, Brazil. An instrument of socio-demographic profile and technical-scientific training, which contained questions related to age, gender, place of residence and graduation, income, specialization, continuing education training, working schedule, years of working experience, vacation time, physical education activities, and thought of changing profession. The answers were grouped into two categories, as follows: for low levels of Burnout, the

answers were classified in zero (0) for scores 0, 25 and 50%, respectively, and one (1) for scores of 75 and 100%, which are considered high levels of Burnout. The data was analyzed using the Epiinfo Program (version 7.1.5.) Epi Info™, and the Chi-Square and Fisher's tests. High levels of Burnout were found in the group related to Category Level one (1) - with the scores ranging to 75 and 100%. The distribution were as follows: personal Burnout (31,9%), Burnout work-related (37,96%), and Burnout client-related (25,71%). The average of these three dimensions was 48,35, with standard deviation of 19.70. In this study the exposable variables related to Burnout were the desire to change the profession, the age and a graduate degree in public health. There are specific conditions in dentistry practice that can lead to Burnout Syndrome. In light of this, it is suggested that additional studies should be completed in order to help with the creation of strategies aimed at ways to avoid or minimize the effects of this syndrome.

Keywords: Work. Burnout. Dentistry. Dentist.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4.1-	Mapa da região sudoeste da Grande São Paulo, com o Município de Embu das Artes.....	63
Figura 4.2-	Pirâmide etária do município de Embu das Artes	63
Figura 4.3-	Localização das Unidades de Saúde –Embu das Artes.....	65
Quadro 4.1-	Índice CPO-D em escolares com 12 anos de idade do município de Embu das Artes.....	67
Quadro 4.2-	Total do número de procedimentos e exames clínicos no município de Embu das Artes, ano 2014	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 6.1-	Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos na pesquisa, de acordo com as características sociodemográficas. Embu das Artes, 2014/15	75
Tabela 6.2-	Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos no estudo, de acordo com a formação técnico-científica. Embu das Artes, 2014/15	76
Tabela 6.3-	Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos no estudo, de acordo com a formação técnico-científica na área de Saúde Coletiva. Embu das Artes, 2014/15	76
Tabela 6.4-	Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos na pesquisa, de acordo com as características relativas à execução da atividade profissional. Embu das Artes, 2014/15	77
Tabela 6.5-	Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos na pesquisa, de acordo com características de relevância para o estudo. Embu das Artes, 2014/15	77
Tabela 6.6-	Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI): escalas, itens e frequências de respostas	78
Tabela 6.7-	Média e desvio padrão das dimensões de Burnout do CBI. Embu das Artes 2014/15	81
Tabela 6.8-	Relação entre as variáveis de exposição e a questão 1 do CBI: “ Com que frequência você se sente cansado(a)?” (Burnout Pessoal). Embu das Artes 2014/15	82
Tabela 6.9-	Relação entre as variáveis de exposição e a questão 2 do CBI: “Com que frequência você se sente fisicamente exausto(a)?” (Burnout pessoal). Embu das Artes 2014/15	83
Tabela 6.10-	Relação entre as variáveis de exposição e a questão 3 do CBI: “Com que frequência você se sente emocionalmente exausto(a)?” (Burnout Pessoal). Embu das Artes 2014/15	84

Tabela 6.11- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 4 do CBI: “Com que frequência você pensa: “eu não aguento mais”?” (Burnout Pessoal). Embu das Artes 2014/15.....	85
Tabela 6.12- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 5 do CBI: “Com que frequência você se sente esgotado(a)?” (Burnout Pessoal). Embu das Artes 2014/15	86
Tabela 6.13- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 6 do CBI: “Com que frequência você se sente fraco e susceptível a adoecer?” (Burnout Pessoal). Embu das Artes2014/15	87
Tabela 6.14- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 7 do CBI: “Você se sente esgotado(a) ao final de um dia de trabalho?” (Burnout relacionado ao trabalho). Embu das Artes 2014/15	88
Tabela 6.15- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 8 do CBI: “ Você se sente exausto pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho pela frente?” (Burnout relacionado ao trabalho). Embu das Artes 2014/15	89
Tabela 6.16- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 9 do CBI: “Você sente que cada hora de trabalho é cansativa para você?” (Burnout relacionado ao trabalho). Embu das Artes 2014/15	90
Tabela 6.17- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 10 do CBI:” Você tem energia para a família e amigos durante o seu tempo de lazer?” (Burnout relacionado ao trabalho). Embu das Artes2014/15.....	91
Tabela 6.18- Relação entre as variáveis de exposição e a Questão 11 do CBI: “O seu trabalho é emocionalmente exaustivo?” (Burnout relacionado ao trabalho). Embu das Artes 2014/15.....	92
Tabela 6.19- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 12 do CBI: “O seu trabalho lhe causa frustrações?” (Burnout relacionado ao trabalho). Embu das Artes 2014/15.....	93
Tabela 6.20- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 13 do CBI: “Você se sente esgotado(a) por causa do trabalho?” (Burnout relacionado ao trabalho. Embu das Artes 2014/15	94

Tabela 6.21- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 14 do CBI: “Você acha difícil trabalhar com seus clientes/pacientes?”(Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15.....	95
Tabela 6.22- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 15 do CBI: “Trabalhar com seus clientes/pacientes esgota a sua energia?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15	96
Tabela 6.23- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 16 do CBI: “Você acha frustrante trabalhar com seus clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15.....	97
Tabela 6.24- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 17 do CBI: “Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com seus clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15	98
Tabela 6.25- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 18 do CBI: “ Você está cansado de trabalhar com clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15.....	99
Tabela 6.26- Relação entre as variáveis de exposição e a questão 19: “Você, às vezes se pergunta por quanto tempo será capaz de trabalhar com clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF	Constituição Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
ObservaRH	Rede Observatório Recursos Humanos em Saúde
MS	Ministério da Saúde
ObservaRHOdonto	Observatório de Recursos Humanos Odontológicos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo
SB	Síndrome de Burnout
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde
CCEI	Índice Experimental de Crown-Crisp
EE	Exaustão emocional
DP	Despersonalização
PA	Reduzida realização no trabalho
PUMA	Projeto de pesquisa em Burnout, motivação e satisfação profissional
NIOH	Instituto Nacional de Saúde Ocupacional
MBI-HSS	Inventário de Burnout de Maslach – versão serviços humanos
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory – versão estudantes
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory – General Survey
OLBI	Inventário de Burnout de Oldenburg
CBI	Inventário de Burnout de Copenhagen
SF-12	Questionário de Pesquisa em Saúde
BSCQ-12	Questionário Clínico do Sub-tipo de Burnout
OLBI-S	OLBI-versão estudantes
CBI –SS	CBI versão estudantes
DEWESS	Escala de Stress no Trabalho para Dentistas
AUDIT	Teste Indicativo do Uso de Álcool
UBOS-C	Escala de Burnout de Utrechtse

VOEG	Questionário de Saúde Holandês
BDI	Inventário de Depressão de Beck
GDES30	Graduate Dental Environment Stress
OIT	Organização Internacional do Trabalho
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BBO	Bibliografia Brasileira de Odontologia
SciELO	Scientific Electronic Library Online
PSF	Programa de Saúde da Família
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NR	Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho
PIB	Produto Interno Bruto
UBS	Unidade Básica de Saúde
CPO-D	Índice de Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
IES	Instituição de Ensino Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço Atendimento Médico de Urgência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEFOR	Centro Formador em Recursos Humanos
TSB	Técnico em Saúde Bucal
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CD	Cirurgião-dentista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 O stress	22
2.2 O stress e a Odontologia	23
2.3 A conceituação da Síndrome de <i>Burnout</i>	27
2.4 Instrumentos de medida de Burnout	31
2.5 Síndrome de Burnout e Odontologia	36
2.5.1 Síndrome de Burnout em estudantes	36
2.5.2 Síndrome de Burnout em cirurgiões-dentistas	39
2.6 A Saúde do Trabalhador da Saúde	47
2.7 A formação para o trabalho em Odontologia	55
3 OBJETIVO	61
4 MATERIAL E MÉTODO	62
4.1 Tipo de pesquisa	62
4.2 Sujeitos da Pesquisa	62
4.3 Local da pesquisa	62
4.4 Instrumento da pesquisa	68
4.4.1 Questionário sociodemográfico (Apêndice A)	68
4.4.2 Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI): (Apêndice B)	70
4.5 Método de aplicação do instrumento da pesquisa	71
4.6 Critérios de inclusão	72
4.7 Critérios de exclusão	72
4.8 Análise dos dados	72
5 ASPECTOS ÉTICOS	74
6 RESULTADOS	75
7 DISCUSSÃO	102
8 CONCLUSÃO	118
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES	130
ANEXOS	133

1 INTRODUÇÃO

O trabalho está na essência do ser humano, constrói a sua identidade, proporciona auto-confiança, estabelece vínculos interpessoais, e tem um papel decisivo no desenvolvimento dos potenciais humanos, quanto na preservação e incremento da vitalidade e, assim, da própria saúde. Porém, algum fato que impeça que o trabalho adquira e assuma todos esses significados, e na hipótese desse fato perdurar, a saúde mental do homem estará ameaçada (Seligmann-Silva, 2013).

As mudanças ocorridas nos processos de trabalho, desde o século XVIII até as primeiras décadas do século XXI, apontam para a necessidade de reflexão, discussão, planejamento e implementação de Políticas Públicas que garantam condições de trabalho propícias à manutenção da saúde do trabalhador e evitem o seu adoecimento, afastamento e retirada precoce do mercado de trabalho, uma vez que esses fatores interferem diretamente na produção e conseqüentemente na economia das organizações e do Estado.

Em 1988, a Constituição Federal (CF), por meio do artigo 196, ao afirmar que:

[...] A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação de saúde.

facultou a criação do SUS ou Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988), cuja força motriz, são os trabalhadores das diversas áreas da saúde.

Na perspectiva do cuidado integral à saúde, o SUS incluiu a atenção em saúde bucal por meio da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) denominada Brasil Sorridente, cujas diretrizes são: ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, por meio de duas linhas: 1. reorganização da atenção básica em saúde bucal e, 2. ampliação da atenção especializada (Brasil, 2004).

O trabalho em saúde pode ser definido como:

[...] um trabalho relacional e de caráter coletivo; mistura trabalho intensivo e tecnológico com troca de saberes e de afetos, coloca em xeque diariamente subjetividades na interação e no lidar com o sofrimento humano (Minayo-Gomez et al., 2011).

Uma vez que os profissionais de saúde estão diretamente envolvidos no cuidado às pessoas e, à medida que vão assumindo desafios maiores nessas profissões, aumentam o grau de responsabilidade e, conseqüentemente a pressão por resultados positivos com o mínimo grau de erro nas decisões a serem tomadas, fatores que podem gerar muita tensão no âmbito profissional (Alaujan; Alzahem, 2004; Gorter et al., 2007; Ripp et al., 2010).

No campo da saúde do trabalhador, considera-se a questão “saúde mental” pouco discutida e, é imprescindível trazer à tona o debate em torno do adoecimento, o nexos causal entre trabalho e adoecimento, e os desafios que o SUS têm pela frente na reorganização da atenção à saúde do trabalhador (Minayo-Gomez et al., 2011).

No Brasil, a implantação da Rede Observatório Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH), por meio do Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Políticas Públicas, tem por objetivo geral propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos na área de saúde no País, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas setoriais. Além disso, espera-se que essa rede também contribua para o desenvolvimento de processos de controle social sobre a dinâmicas e as tendências dos sistemas de educação e trabalho no campo da saúde (Santana, 2003).

Uma das “estações de trabalho” da rede ObservaRh é o Observatório de Recursos Humanos Odontológicos da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (ObservaRHOdonto), cujo objetivo é conhecer o perfil sociodemográfico, de formação técnico-científica e do mercado de trabalho, bem como compreender outras características exigidas ao exercício da profissão e contribuir para o planejamento e a política de formação e inserção profissional no campo da saúde e, assim possibilitar a cooperação internacional em recursos humanos na área de saúde. (Morita et al., 2010).

As demandas do trabalho podem levar ao surgimento do stress, que pode ser tolerado por meio de mecanismos intrínsecos da personalidade de cada um. No entanto, quando o stress prolongado e constante induz o indivíduo a acreditar que não será capaz de lidar com as situações, provocando sensações de ansiedade, frustração e irritação (Maslach, Jackson, 1981; Rada, Johnson-Leong, 2004; Ripp et al., 2010), pode propiciar o surgimento e desenvolvimento da *Síndrome de Burnout* (SB), definida por Maslach e Jackson como:

[...] uma síndrome do meio laboral caracterizada por um processo de resposta de cronificação ao estresse ocupacional, quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes, trazendo consigo consequências negativas tanto no âmbito individual, como profissional, familiar e social. (Maslach, Jackson 1981).

A SB está inserida no grupo III de doenças da classificação de Schilling (Schilling, 1984), equivalente às doenças nas quais o trabalho age como um provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida e, conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID) (Brasil, 2001a) está incluída no grupo V sob o código Z73.0, e também é reconhecida no Brasil como uma doença laboral conforme o decreto 3.048 de 6 de maio de 1999 (Brasil, 1999), permitindo o afastamento do trabalhador diagnosticado, temporária ou definitivamente (Brasil, 2001b).

O exercício da odontologia apresenta especificidades que podem potencializar o stress ocupacional, como a carga de trabalho, os movimentos repetitivos, o ambiente laboral com muitos ruídos, a exposição aos riscos biológicos, químicos e físicos e ainda as questões relacionadas à administração e finanças e relações inter-pessoais quer seja com pacientes, colegas e outros membros da equipe odontológica (O'Shea et al., 1984; Freeman et al., 1995a; Freeman et al., 1995b; Cooper et al., 1987).

O nível de stress elevado e crônico considerado um possível fator de risco para o desenvolvimento da SB nos profissionais da área da saúde, principalmente nos estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas, bem como o estudo de estratégias de enfrentamento para lidar com esse nível de stress, na prevenção dessa síndrome, são aspectos importantes a serem estudados na formação

continuada de recursos humanos em Odontologia (Freeman et al., 1995b; Denton et al., 2008; Campos et al., 2012a; Badran et al., 2010).

Alguns estudos foram conduzidos no sentido de verificar se a Síndrome de Burnout atingia os estudantes e profissionais de Odontologia, sendo positivas as respostas para esse questionamento. Essas pesquisas utilizaram como instrumentos, questionários direcionados, que por meio de escores, podem estimar a prevalência de Burnout, possibilitando assim a elaboração de estratégias que possam atuar na prevenção do aparecimento do stress, o qual se mal tolerado, pode dar início à síndrome (Murtomaa et al., 1990; Pohlmann et al., 2005; Denton et al., 2008; Badran et al., 2010).

Assim, levanta-se a hipótese de que o nível de stress elevado decorrente das pressões cotidianas no exercício da Odontologia possa desencadear a Síndrome de Burnout e em virtude da gravidade de conseqüências que pode provocar, merece cuidadoso estudo a fim de que se possam implantar estratégias de prevenção e enfrentamento ainda no início e transcorrer da graduação e durante o exercício da vida profissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Stress

O médico Hans Selye, em 1936, foi o primeiro a utilizar o conceito de “*stress*” na área da saúde, à partir de experiências realizadas em laboratório com ratos submetidos à situações adversas como calor excessivo, traumas cirúrgicos, injeções subletais de drogas como adrenalina, morfina e formaldeído, descrevendo-a inicialmente como a “síndrome do mal-estar” após a observação dos fenômenos biológicos ocorridos, diferenciando três fases distintas:

- Na primeira fase (reação de alarme), o organismo libera várias substâncias na tentativa de combater o agente agressor.
- Na segunda fase (reação de resistência), o organismo submetido às novas condições impostas pelo agente agressor, tenta adaptar-se ou eliminar esse agente, recuperando-se.
- A terceira fase (exaustão) ocorre quando o organismo sucumbe ao agente agressor, verificado por uma série de sinais e sintomas (Selye, 1936).

Posteriormente, o conceito de stress foi definido como a resposta fisiológica ou psicológica do indivíduo a vários estímulos internos ou externos - físicos, químicos e emocionais. Usualmente, esse termo é usado com conotação negativa, mas os agentes estressores podem ser desafiadores ou estimulantes, dependendo da maneira como o indivíduo reage. Caso as reações de compensação sejam inadequadas, propiciarão consequências ruins. A tolerância ao stress está intimamente relacionada à frequência e intensidade do agente estressor, mas também depende da personalidade, experiências passadas, maneiras adquiridas para o seu enfrentamento, suporte familiar e psicológico, entre outros (George et al., 1986).

Situações prolongadas de stress podem levar ao surgimento de outras patologias como a SB e a depressão (Abreu et al., 2002; Madsen et al., 2015).

2.2 O stress e a Odontologia

Um estudo realizado com 977 cirurgiões-dentistas americanos na década de 80, teve por objetivo elencar fatores específicos de stress por meio de um questionário, assim como a percepção do nível de stress no exercício da atividade profissional, a percepção do stress em relação aos colegas e quais os métodos utilizados para o seu enfrentamento. Três quartos da amostra respondeu que a profissão é mais estressante que outras, mas numa proporção igual também considerou estar sob menor influência do stress em relação aos colegas de profissão e um quarto da amostra reportou não fazer nada para lidar com o stress ocupacional. Os fatores de stress nominados pelos sujeitos da pesquisa foram aqueles relacionados ao paciente: ansiedade, pouca ou nenhuma cooperação, dor extrema; problemas relacionados à equipe de trabalho; o desgaste físico em decorrência do tempo excessivo de trabalho e da ausência de ergonomia adequada; fatores econômicos; e a pressão por resultados absolutamente perfeitos. Os autores concluíram que é imprescindível a educação do aluno e futuro profissional para lidar com o stress ocupacional (O'Shea et al., 1984).

No Reino Unido, uma pesquisa investigou a etiologia do stress relacionando-a à satisfação profissional e à manifestação de saúde-doença mental. A amostra continha 484 clínicos gerais (399 homens e 85 mulheres), com idade entre 20 e 60 anos e tempo de experiência profissional de até 15 anos, com jornada integral de trabalho. Os dados sociodemográficos foram analisados juntamente com o Questionário de Comportamento Tipo A/B de Bortner e Rosenman, e com o Inventário de Stress formulado pelos autores do estudo, além do Índice Experimental de Crown-Crisp (CCEI). Os resultados permitiram compor seis dimensões de fatores que podem gerar o stress: pressão decorrente do tempo de trabalho e agendamento de pacientes, finanças, percepção desfavorável dos pacientes em relação ao profissional, problemas técnicos e com a equipe de trabalho, dificuldades ao lidar

com o paciente – principalmente em urgências e pacientes não cooperativos, fatores que afetam o resultado final do trabalho. Dois terços da amostra revelou estar satisfeita com a profissão e foram observadas algumas desordens mentais como ansiedade fóbica, somática, obsessões, depressão e histerismo, sendo encontrados maiores valores em indivíduos do gênero feminino. Concluiu-se que a profissão de cirurgião-dentista apresenta níveis de stress e pressão sob três aspectos: profissional/cliente, cirurgião-dentista/paciente, e o desenvolvimento e prática das habilidades da profissão, afetando o seu bem-estar psicológico, destacando a necessidade de ajudar os profissionais a lidar com o stress, ou mesmo com os fatores que podem desencadeá-lo (Cooper et al., 1987).

Em 1993, uma revisão da literatura sobre o stress ocupacional teve como base trabalhos publicados no Reino Unido e nos Estados Unidos e elencou os fatores potencializadores do stress em categorias:

1. fatores intrínsecos à profissão:

- a sobrecarga de trabalho,
- o modelo de remuneração recebida – principalmente aquela relacionada aos convênios e seguros-saúde,
- os movimentos repetitivos das atividades ,
- o curto tempo de consulta X demanda de pacientes,
- o ambiente ocupacional com ruídos das canetas, exposição à luz intensa, odor dos materiais de trabalho, ventilação inadequada, arranjo espacial inadequado e anti-ergonômico,
- a dificuldade de trabalhar num reduzido espaço (boca) – que exige demais da capacidade visual e pode provocar consequências nessa área.
- a necessidade de estar em constante atualização, fator que por um lado é importante no ganho de conhecimento e estimulação intelectual, mas que por outro lado obriga o profissional a se ausentar do consultório por longos períodos e também repassar o custo do investimento ao paciente.
- o risco biológico que o profissional e sua equipe estão expostos.

2. as relações de trabalho:

- atribuição de cada membro da equipe e a falta de colaboração, com consequente prejuízo ao cuidado do paciente e da clínica.

3. a dificuldade de crescimento na carreira:

- a imagem de que a profissão traz status e segurança financeira, contraposta à diminuição dos problemas de saúde bucal, devido aos avanços na prevenção e promoção de saúde e aos métodos predominantes de pagamento.
- a insegurança profissional e a falta de oportunidades.

O surgimento da SB como consequência do stress mal superado no trabalho, está associado à performance ruim e aparecimento de doenças. Concluiu-se que é necessário reconhecer todos os fatores causais como um primeiro passo para implementar estratégias de redução do stress (Freeman et al., 1995a).

Um estudo descritivo, buscou rastrear os métodos de enfrentamento do stress, enfatizando a necessidade do diagnóstico dos fatores desencadeantes e o processamento emocional que inclui: a aceitação de que existem tarefas que o profissional não se sente competente em realizar; comunicar-se com o seu paciente, buscando um estabelecer uma relação de confiança; estabelecer boas relações no ambiente de trabalho por meio de ferramentas de comunicação, razoabilidade e organização, trabalhar com organização de agenda de trabalho, lidar com faltas e atrasos de pacientes, evitar “overbooking” de agenda; estabelecer estratégias de organização financeira; estabelecer na rotina de atendimento pequenos períodos de relaxamento. Foi possível concluir que o stress ocupacional é passível de controle, a fim de minimizar ou eliminar os seus efeitos (Freeman et al., 1995b).

Além do diagnóstico do stress, alguns estudos apontaram para estratégias de manejo individual do stress que referem-se à abordagem física por meio de técnicas de relaxamento e respiração, bem como readequação postural. As técnicas de abordagem comportamental do stress incluem a auto avaliação por parte do profissional em relação às habilidades cognitivas necessárias para o exercício da profissão – comunicação, preparo para enfrentamento e resolução de problemas, atividade social e interpessoal - e o treinamento das mesmas. A abordagem cognitiva reestrutural consiste em trabalhar aspectos inerentes da própria pessoa, no caso o cirurgião-dentista e, sensibilizá-lo a trabalhar com as ferramentas que possui como ficar mais tempo com a família, afastar pensamentos negativos. Por fim, a abordagem social, na qual o convívio familiar e com os amigos são importantes para evitar o isolamento tão característico da profissão. Concluiu-se que seria interessante a introdução dessa temática no currículo escolar e acadêmico, enfatizando a realização de atividades extra-muros para vivenciar e lidar com situações passíveis de stress, bem como aplicar as ferramentas para o seu manejo a fim de evitar o choque quando saírem para o mercado de trabalho (Alaujan; Alzahem, 2004; Moss; Gaughf, 2006).

Na Nova Zelândia, com o objetivo de conhecer a frequência e os fatores relacionados ao stress e as possíveis estratégias de enfrentamento, foi aplicado um questionário modificado do Inventário de Cooper, numa amostra de 677 profissionais em todo o país. Os resultados foram analisados e cruzados com dados sociodemográficos - gênero, idade, ano de graduação, país de graduação profissional e localidade de trabalho no país. Os dados submetidos à análise estatística mostraram que os principais fatores de stress para a amostra estudada foram: tratamento em crianças não cooperativas, controle do tempo do paciente na cadeira, dificuldade em manter níveis de concentração adequados, lidar com pacientes difíceis e extremamente nervosos. Os profissionais estrangeiros apresentaram um nível de stress mais elevado em relação aos nativos, e esse fator foi explicado pelo fato de estarem longe de seus familiares, num país de cultura e língua diferentes. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram interação social, práticas de esportes e desligar-se do trabalho, enquanto que, as menos utilizadas foram o uso do fumo e drogas. Os tipos de estratégias utilizadas pelo gênero feminino diferiram para o gênero masculino, e o uso de álcool por essa

última categoria foi de mais de 25%. Concluiu-se que são vários os fatores de stress e, os profissionais deveriam ser estimulados a incorporar as estratégias de enfrentamento de maneira mais rotineira, assim como da necessidade de maior suporte especializado para esses profissionais (Ayers et al., 2008).

Um artigo de 2009, com base numa pesquisa nacional realizada na Irlanda, discorreu acerca de condições relacionadas ao stress pelos cirurgiões-dentistas, e reconheceu que as consequências do stress são ruins tanto para os profissionais quanto para os seus pacientes. O alerta atribui ao stress uma condição inevitável para profissões relacionadas ao cuidado das pessoas, como é o caso da Odontologia. Porém, os cirurgiões-dentistas não devem ter receio de procurar ajuda e aprender a utilizar estratégias do manejo do stress e esse tema deveria ser introduzido currículo universitário do aluno de graduação em Odontologia. Os resultados da pesquisa permitiram concluir que os profissionais de Odontologia sempre alegam não terem tempo para cuidar de si, mas, enquanto profissionais da área da saúde cuja obrigação é oferecer o melhor cuidado para os seus pacientes, será tanto melhor quando os próprios profissionais estiverem em sua melhor condição física e psíquica (Rogers, Malone; 2009-2010).

2.3 A conceituação da Síndrome de *Burnout*

O termo *Burnout* foi introduzido no século XX, em 1970, pelo psicólogo clínico Herbert Freudenberger, nos Estados Unidos, em referência às pessoas que trabalhavam nas denominadas *free clinics* - locais que ofereciam gratuitamente prestação de serviços de ordem médica, psicológica e assistência social a indivíduos em situação de vulnerabilidade (jovens viciados em drogas, portadores de doenças venéreas, pessoas que precisavam de auxílio psicológico, etc.) e, acabavam por considerar frustradas as suas expectativas em relação ao resultado desse trabalho. Nessa primeira descrição sobre o fenômeno, Freudenberger - por meio da observação desses profissionais, e também da sua própria experiência, conceituou *Burnout* como uma falha ou desgaste decorrente de excessivas demandas de energia e recursos, que leva o indivíduo à exaustão e fadiga, tornando-o inoperante

para os seus propósitos de trabalho. O autor descreveu que Burnout se revela por meio de sinais físicos - exaustão e fadiga, manifestações de cefaléia e distúrbios gastrointestinais, insônia e depleção respiratória, bem como de sinais comportamentais como irritação, agressividade, introspecção, cinismo em relação à tarefa desempenhada e depressão. Burnout também afeta aqueles que são os mais dedicados e envolvidos com a atividade que realizam e se expõem e trabalham por períodos longos sem descanso, ou executam sempre as mesmas atividades, fato que acaba gerando uma monotonia no trabalho. Destacou também, possíveis medidas para prevenção de Burnout: trabalhar em equipe, evitar a rotina, limitar o número de horas trabalhadas, ter momentos de lazer, praticar exercícios físicos e o afastamento do trabalho por um certo período e auxílio psicológico são importantes para quem é diagnosticado com Burnout (Freudenberger, 1974).

Maslach e Jackson (1981), psicólogas da Universidade da Califórnia, ao observarem e estudarem os fenômenos que ocorriam com trabalhadores de instituições prestadoras de serviços em que o ser humano era o objeto do trabalho, fundamentaram o conceito clássico da Síndrome de *Burnout* (SB), descrevendo-a como:

[...] uma síndrome do meio laboral caracterizada por um processo de resposta de cronificação ao estresse ocupacional, quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes, trazendo consigo consequências negativas tanto no âmbito individual, como profissional, familiar e social.

O construto Burnout é de caráter multidimensional, e, afeta frequentemente profissionais da área da saúde, que trabalham direta e continuamente com seres humanos (pacientes), e é baseado em três preditivos:

1. *Exaustão emocional* (EE), que é o componente individual, na qual o profissional sente-se emocionalmente esgotado e incapaz de suportar e lidar com situações da prática profissional.
2. *Despersonalização* (DP), caracterizada pelo desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas para com os seus pacientes, o que pode levar à desumanização no trabalho, constituindo a dimensão interpessoal de Burnout.

3. *Baixa realização no trabalho (PA)*, dimensão na qual o profissional tende a autoavaliar-se negativamente, demonstrando a sua insatisfação e frustração em relação às atividades executadas (Maslach, Jackson, 1981).

Tal conceituação foi durante muitos anos, aquela determinada por Maslach e Jackson, porém, outros pesquisadores propuseram novas definições e dimensões para a SB, questionando inclusive a maneira como Burnout era mensurado pelo instrumento desenvolvido pelas pesquisadoras da Califórnia (Pines, Aronson, 1981; Demerouti et al., 2001; Schaufeli, Greenglass, 2001; Kristensen et al., 2005).

Na Alemanha, foi apresentada outra conceituação para SB, baseada em duas dimensões, com a assertiva de que poderia ser estendida a outros grupos ocupacionais, incluindo aqueles que realizam trabalho físico e, igualmente para aqueles que trabalham com o processamento de informações, sob o argumento de que há algo mais relacionado a sentimentos de exaustão do que apenas emoções, até mesmo no setor de serviços. As duas dimensões do construto Burnout são:

1. *Exaustão*, que é a consequência da exposição à tensão física, afetiva e cognitiva por um longo período.
2. *Desengajamento do trabalho*, que é o distanciamento do trabalho e a adoção de atitudes negativas frente ao trabalho, quer seja um objeto ou conteúdo.

Alegou-se que o aparecimento e desenvolvimento de Burnout decorre das demandas de trabalho extremas, as quais propiciam sobrecargas constantes resultando em exaustão e, simultaneamente, a falta de recursos para lidar com essas demandas, desencadeiam um comportamento de aversão ao trabalho, caracterizado como desengajamento, quesitos importantes do construto SB (Demerouti et al., 2001).

Burnout foi também definido como um “*estado de esgotamento físico, mental e social resultante de um prolongado envolvimento no trabalho em situações emocionalmente exigentes*”, evidenciando que o conceito de Burnout está em constante renovação (Pines; Aronson, 1981; Schaufeli; Greenglass, 2001).

Em 1997, teve início na Dinamarca, um estudo denominado PUMA, acrônimo dinamarquês para Project on Burnout, motivation and job satisfaction e cuja tradução semântica para o português é Projeto de pesquisa em Burnout, motivação e satisfação profissional. O PUMA foi desenvolvido por pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga – Dinamarca (NIOH), desencadeado pela união representativa de trabalhadores em serviços humanos, uma espécie de sindicato dos trabalhadores daquele país, que verificou um afastamento frequente daqueles profissionais das suas atividades e aposentadoria precoce dos mesmos. O Projeto PUMA foi delineado para ser um estudo longitudinal de cinco anos, e o objetivo era estimar a prevalência e distribuição de Burnout, bem como suas causas e consequências, e aplicar possíveis medidas de intervenção para a sua redução, se necessário. Na concepção do estudo PUMA, Burnout é caracterizado pela evidência de fadiga e exaustão em domínios específicos da vida do indivíduo, que seriam o trabalho e o trabalho relacionado ao cliente, aliado à uma parte genérica.

1. Parte genérica - *Burnout Pessoal*: relacionado ao grau de fadiga e/ou exaustão, quer seja física ou psicológica, que o indivíduo está experimentando, independentemente do caráter ocupacional (por isso, pode abranger trabalhadores, jovens, desempregados, aposentados, etc). A intenção é saber o quanto aquele indivíduo apresenta fadiga ou exaustão, ou qualquer outro termo similar.
2. *Burnout relacionado ao trabalho*: ligado ao grau de fadiga e/ou exaustão, quer seja física ou psicológica, que o indivíduo percebe em seu trabalho e que pode ser verificada em todos os trabalhadores. A intenção é saber como as pessoas estabelecem a conexão entre os sintomas de fadiga e/ou exaustão física ou psicológica com a sua atividade ocupacional.
3. *Burnout relacionado ao cliente*: ligado ao grau de fadiga e/ou exaustão, quer seja física ou psicológica, que o indivíduo percebe no desenvolvimento do seu trabalho com os clientes, isto é, o grau com que as pessoas estabelecem uma relação entre os sinais e sintomas de fadiga

e exaustão física ou psicológica com o trabalho relacionado ao cliente, termo esse que pode ser ampliado para pacientes, crianças, estudantes, professores, etc.

A construção das dimensões Burnout relacionado ao trabalho e ao cliente/paciente, foi baseada em teorias sobre a maneira com que as pessoas percebem, entendem e interpretam seus próprios sintomas psicológicos ou somáticos. As pessoas tendem a experimentar sintomas como cefaleias, náuseas, dores musculares, ou fadiga prolongada, mas usualmente não prestam muita atenção a isso, a não ser que esses sintomas ou distúrbios alcancem um patamar fora-de-controle, então torna-se necessário identificar quais são os fatores causais – internos ou externos. Esses aspectos foram considerados importantes para entender as causas atribuídas ao surgimento e desenvolvimento da SB, a fim de que os pesquisadores do projeto PUMA pudessem elaborar estratégias para evitar o surgimento dessa síndrome. Outro item importante para os pesquisadores do NIOH foi compreender como as pessoas convivem com os diferentes níveis de Burnout, na rotina diária – por meio do uso de medicamento, conversando com outras pessoas, adquirindo atitudes passivas ou defensivas, etc, bem como os aspectos relacionados ao desempenho, produtividade e absenteísmo do trabalho (Kristensen et al., 2005).

2.4 Instrumentos de medida de Burnout

O primeiro instrumento de medida da SB foi proposto por Maslach e Jackson, nos Estados Unidos, denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) e tem sido o instrumento mais amplamente difundido no âmbito da saúde ocupacional para avaliar a SB (Maslach et al., 2001; Preciado-Serrano; Vázquez-Goni, 2010).

O *Maslach Burnout Inventory* – Human Services Surveys (MBI – HSS) ou traduzido para o português como Inventário de Burnout de Maslach – versão serviços humanos, foi a primeira versão do instrumento de Maslach e Jackson, indicada para aplicação em profissionais da área de saúde e contém 22 itens. A segunda versão, com igual número de itens da primeira, está indicada para os profissionais da área educativa, denominada *Maslach Burnout Inventory* – Educators

Survey (MBI-SS) ou Inventário de Burnout de Maslach –versão estudantes e uma terceira versão aplicável aos trabalhadores em geral denominada *Maslach Burnout Inventory* – General Survey (MBI-GS), que contém apenas 16 itens. Todos os inventários apresentam uma estrutura tri-fatorial com a linha de conceitualização do *Burnout* e foram avaliados quanto às suas características psicométricas, apresentando fidelidade e validade que lhes permitiram e permitem até hoje medir a SB (Maslach, 2009).

O aumento crescente da internacionalização de instrumentos de pesquisa que mensuram o status de determinadas situações de saúde - incluindo a SB, demonstrou que era necessário adaptá-los para o uso em outras culturas e linguagem, a fim de que tais instrumentos quando utilizados sejam eficazes em pesquisar e medir o mesmo objeto de estudo (Guillemin, 1995).

Portanto, é interessante que um instrumento de pesquisa passe por um processo denominado “adaptação trans-cultural” que consiste na sua tradução, adaptação e validação de suas características psicométricas, as quais devem obedecer a critérios rigorosos, de modo a manter a equivalência entre a semântica, idiomática e o conceitualismo, obedecendo a fidedignidade do instrumento original. (Beaton et al., 2000).

No processo de adaptação trans-cultural, para produzir equivalência entre a cultura do idioma original para a cultura alvo, é importante não negligenciar o impacto cultural do instrumento, seja ele qual for – inventários, questionários ou testes (Wild et al., 2005).

Sob o argumento de que as perguntas do MBI eram muito “americanizadas”, e as dimensões dos instrumentos MBI-SS e MBI-GS não eram muito claras, outros pesquisadores propuseram a criação de novos instrumentos de medida de Burnout (Demerouti et al., 2001; Kristensen et al., 2005).

Na Alemanha, um outro instrumento de medida da SB foi desenvolvido, o Inventário de Burnout de Oldenburg (OLBI), indicado para aplicação em qualquer contexto ocupacional – trabalhadores em contato direto com pessoas, trabalhadores de linha de produção e aqueles que lidam com informações. Contendo dezesseis itens, nas subescalas exaustão e desengajamento, o OLBI apresentou boas

características psicométricas. Uma das críticas ao MBI, que encorajou a criação do OLBI, é que o instrumento de Maslach considera apenas aspectos emocionais da exaustão excluindo os elementos físicos e cognitivos da SB. Esse instrumento foi aplicado em trabalhadores na Grécia simultaneamente ao MBI-GS e os resultados comparados, atestando a validade das suas propriedades psicométricas. O OLBI foi aplicado na Grécia, em trabalhadores (n=350) de diferentes atividades ocupacionais dos setores público (128 participantes) e privado, sendo que os níveis de Burnout foram mais altos para o setor público, no OLBI nas dimensões exaustão e desengajamento (Demerouti et al., 2003; Halbesleben; Demerouti, 2005).

Como parte do estudo PUMA, foi desenvolvido o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ou Inventário de Burnout de Copenhagen, que contém três dimensões: Burnout pessoal, Burnout relacionado ao trabalho e Burnout relacionado ao cliente/paciente. Esse instrumento foi aplicado em trabalhadores de serviços humanos de diferentes profissões na Dinamarca (n=1914), para validação e confiabilidade, com resultados encorajadores e mostrou-se um instrumento confiável, válido e flexível para ser utilizado em várias profissões da área da saúde e outras profissões. Os pesquisadores apresentaram o CBI e críticas ao MBI, que até então era amplamente aceito. As razões apresentadas para a não utilização do MBI foram:

1. O primeiro instrumento MBI desenvolvido restringia a medir a SB apenas em trabalhadores que trabalham diretamente com pessoas.
2. O conceito desenvolvido por Maslach e Jackson, caracterizava a SB quando as três dimensões - exaustão emocional, despersonalização e baixa realização no trabalho ocorriam simultaneamente, mas o manual do MBI relatava que essas três dimensões poderiam ser medidas separadamente, então em cada dimensão poderia ser medido um nível de Burnout.
3. A dimensão despersonalização consistiria numa estratégia de enfrentamento de Burnout e a baixa realização no trabalho seria uma consequência do stress crônico, e portanto, não seriam adequadas para a construção do conceito.

4. O estudo PUMA realizou um teste-piloto com aproximadamente setenta trabalhadores aplicando o MBI e algumas perguntas sobre despersonalização e realização no trabalho causaram reações muito negativas na população-alvo, que consideraram-nas muito “americanizadas”.

5. Quando uma nova versão denominada MBI-GS foi introduzida nos anos 1990, houve uma readequação da conceituação da SB, definindo-a como uma condição mental, o que contraria a definição clássica de Maslach e Jackson.

6. Os três instrumentos MBI-HSS, MBI-ES e MBI-GS não são mais de domínio público e atualmente distribuídos por uma companhia comercial, e assim não podem ser avaliados em periódicos científicos, enquanto que o CBI pode ser utilizado livremente por qualquer pessoa que manifeste interesse, uma vez que o NIOH, é uma instituição mantida com dinheiro público e, portanto, tem o dever de publicizar suas pesquisas.

O instrumento CBI, contém dezenove itens, sendo seis, sete e seis itens para as dimensões pessoal, relacionado ao trabalho e relacionado ao cliente respectivamente, e foi aplicado em trabalhadores adultos de serviços humanos, dos setores de psiquiatria prisional, escritórios de bem-estar social, enfermaria, enfermaria de uma ala psiquiátrica, instituições que cuidam de pacientes com graves deficiências e serviços de homecare. Os autores utilizaram dois tipos de formato de resposta, um para intensidade – do “nível muito alto” para um “nível muito baixo”, e outro para frequência – “sempre para nunca/quase nunca”. Os resultados foram encorajadores, pois apresentaram boa fidelidade interna, com alpha de Cronbach maior que 0.85 para as três dimensões. Também foi descartado um ponto de corte para medir a SB, uma vez que, para os autores todos os níveis detectados – do mais baixo ao mais alto - são considerados importantes, por que esses podem variar com o passar do tempo. Uma outra justificativa para o CBI apresentar três escalas distintas não é estatística, mas teórica e metodológica, e essas três escalas podem ser usadas em diferentes domínios (todas as pessoas, as pessoas que trabalham e as pessoas que fazem trabalho com cliente), de forma independente, em

conformidade com as populações em estudo e as questões teóricas a serem elucidadas (Kristensen et al., 2005).

Um estudo, realizado com um grupo de enfermeiras ($n=707$) de um hospital universitário no Japão teve por objetivo investigar a relação entre Burnout e fatores estressores específicos da profissão bem como comportamentos de enfrentamento, e o CBI mostrou ser um instrumento confiável para verificar preditivos da SB. Os autores concluíram que cargas de trabalho quali e quantitativas são susceptíveis de estimular o surgimento de Burnout relacionado ao paciente e sugeriram que medidas devem ser tomadas no sentido de prestar especial atenção ao volume e natureza do trabalho desses profissionais (Shimizutani et al., 2008).

O CBI foi traduzido e validado na Nova Zelândia, numa amostra de recém-formados em medicina ($n=277$), 52 mulheres e 225 homens com idade média de 39 anos. Foram encontrados valores de Burnout pessoal (26,7%), Burnout relacionado ao trabalho (20,2%) e Burnout relacionado ao paciente (6,1%) para os níveis mais altos da síndrome. Os médicos de menor idade apresentaram tendência a níveis mais altos de Burnout, enquanto que as mulheres apresentaram níveis de Burnout pessoal mais elevados que os homens. Os médicos que trabalhavam mais de 60 horas por semana apresentaram também níveis mais elevados da síndrome. Os que trabalhavam no serviço público e privado apresentaram escores mais elevados em relação aqueles que trabalhavam em apenas um tipo de serviço (Benson et al., 2009).

Na China, o CBI foi aplicado a 348 das diversas áreas ocupacionais de duas empresas, juntamente com outro instrumento que verifica o perfil sociodemográfico, com média de idade de 39,8 anos, e revelou escores elevados de Burnout nas dimensões pessoal e relacionado ao trabalho quando comparados ao CBI do estudo PUMA. Concluiu-se que o instrumento apresentava boas características psicométricas, mas para fins de comparação outros estudos faziam-se necessários. (Wahn-Yu et al., 2007).

O CBI também foi aplicado a professores na Nova Zelândia, demonstrando propriedades psicométricas adequadas a essa categoria (Milfont et al., 2008).

No Brasil o CBI foi adaptado, testado e validado em estudantes de odontologia e de várias áreas da saúde (Maroco; Campos, 2012; Campos et al., 2013ab).

2.5 Síndrome de Burnout e Odontologia

2.5.1 Síndrome de Burnout em estudantes

Um estudo realizado com alunos (n=161) dos quartos e quintos anos de graduação de odontologia das Universidades de Dresden, Freiburg e Bern foi realizado para averiguar se essa amostra apresentava stress e prevalência de Burnout e a sua relação com problemas físicos, por meio da aplicação dos Inventários Psicossocial de Stress (PSSI), Inventário de Burnout de Maslach – versão estudantes (MBI-SS) e outro instrumento denominado Questionário de Pesquisa em Saúde. (SF-12). Os resultados mostraram que a falta de tempo para o lazer, ansiedade com provas, dificuldade de integração social, medo em relação ao desenvolvimento de competência profissional foram os fatores mais frequentes em relação ao aparecimento do stress. A disciplina de Endodontia foi considerada a mais estressante pelos alunos. Do total de estudantes, 10% sofriam de exaustão emocional (EE), 17% sentiam-se incapazes de uma boa performance nas atividades relacionadas ao trabalho em odontologia e 28% reportaram altos níveis de despersonalização (DP). Sugeriu-se a implementação de medidas de enfrentamento no decorrer do curso em benefício dos estudantes (Pohlmann et al., 2005).

Um estudo com sessenta estudantes de graduação do quinto ciclo de Odontologia de uma Universidade Pública no México utilizou o Questionário de Perfil de Stress de Novak e o MBI-SS no intuito de verificar se as variáveis do perfil de stress se relacionavam com a SB e eram preditoras da doença. Os resultados mostraram que as três dimensões de Burnout (despersonalização, exaustão

emocional e baixa realização no estudo) atingiram níveis altos, assim como foram altas as taxas das variáveis negativas para o perfil de stress como hábitos não saudáveis para a saúde e ausência de bem-estar psicológico, e atribuíram isso aos exames acadêmicos, à instabilidade financeira e à etapa de desenvolvimento na qual se encontram e a ansiedade de um futuro ainda incerto. Por outro lado, houve resposta positiva para as variáveis consideradas para o enfrentamento de Burnout como a presença de redes de apoio social e estratégias de enfrentamento, como bom humor, auto afirmação, concentração no problema e ausência de pensamentos negativos (Preciado-Serrano, Vázquez-Goni, 2010).

Uma pesquisa cujo objetivo era confirmar se as três dimensões de Burnout estavam presentes em 314 alunos de Odontologia das Universidades de Santiago e Uesca - 70,7% mulheres, com idade média de 22 anos, fez uso do Questionário Clínico do Sub-tipo de Burnout (BSCQ-12) e do MBI-SS, adaptado e validado para o Espanhol. Os resultados mostraram que as três dimensões de Burnout foram encontradas nesses estudantes e concluiu-se que é importante elencar os fatores preditivos de Burnout e estabelecer estratégias para lidar com as condições apresentadas, devido às consequências que a SB pode acarretar na saúde e economia (Montero-Marin et al., 2011).

O MBI-SS foi aplicado a estudantes (n=300) de Odontologia de duas universidades na Jordânia, e os resultados constataram que os estudantes apresentavam um nível significativo de exaustão emocional, confirmando que a SB estava presente nesses estudantes. Foi possível concluir que era necessário investigar quais seriam os fatores preditivos de Burnout, e sugeriu-se a implantação e implementação de medidas de enfrentamento para os alunos (Badran et al., 2010).

No Brasil, realizou-se o primeiro estudo para estimar a SB em estudantes brasileiros, cujos sujeitos da pesquisa (n=514) pertenciam a vários cursos da área da saúde (Psicologia, Enfermagem, Medicina, Odontologia, Farmácia, Biomedicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia) de uma instituição universitária da região metropolitana de Porto Alegre. Foi utilizado o MBI – SS, que já havia sido traduzido para o português do Brasil, o qual demonstrou ser um instrumento válido e confiável para ser utilizado, detectando níveis de Burnout nas dimensões exaustão emocional (31,8%), baixa realização no trabalho (13,61%) e despersonalização (8,82%). Pelo

fato de ser a primeira pesquisa realizada no Brasil, sugeriu-se a realização de novos estudos para fins de comparação (Carlotto et al., 2006).

Em 2009, alunos da Faculdade de Odontologia de Araraquara (n=235) foram avaliados por meio do MBI - SS, com o propósito de averiguar a prevalência da SB e relacioná-la com características sociodemográficas. Burnout era prevalente em 17% dos estudantes, valor considerado alto em decorrência da amostra estudada e havia relação significativa entre a SB e o desempenho no curso, o consumo de medicação devido aos estudos e a existência do pensamento em desistir do curso (Campos et al., 2012a).

O instrumento OLBI foi traduzido e adaptado para a Língua Portuguesa, simultaneamente no Brasil e em Portugal, seguindo diretrizes de um processo de adaptação trans-cultural, e aplicou-se a ferramenta denominada OLBI-versão estudantes (OLBI-S) numa amostra de estudantes universitários brasileiros (n=958) e portugueses (n=556) para verificação de suas propriedades psicométricas, bem como verificar a prevalência da SB e relacionar os achados com dados sociodemográficos importantes ao estudo como gênero, idade, área cursada, financiamento dos estudos, tipo de instituição de ensino, condições de moradia, uso de medicamentos devido aos estudos, e pensamento em desistir do curso. Nesse estudo foram encontradas limitações quanto às suas propriedades psicométricas, demonstrando ausência de validade trans-cultural (Campos et al., 2012b).

O instrumento OLBI-S foi aplicado a 235 estudantes da Faculdade de Odontologia de Araraquara com o objetivo de estimar a prevalência da SB e relacioná-la com variáveis sociodemográficas. Os resultados mostraram prevalência de Burnout (61,7%), com 21% na dimensão exaustão e 4,7% na dimensão distanciamento, e que os estudantes também já haviam consumido medicamentos devido aos estudos. (Jordani et al., 2012).

Uma vez que o instrumento CBI ainda não havia sido traduzido para a Língua Portuguesa, o mesmo passou pelo processo de adaptação trans-cultural simultaneamente em Portugal e no Brasil, e a sua confiabilidade e validade foram testadas numa amostra de estudantes universitários brasileiros (n=958) e portugueses (n=556). Às dimensões Burnout pessoal (6 questões), Burnout relacionado aos estudos (7 questões), Burnout relacionado aos colegas (6 questões)

foi acrescentada a dimensão Burnout relacionado aos professores (6 questões) à versão original. Os autores do estudo declararam ser essa a primeira vez na literatura que a ferramenta CBI era aplicada aos estudantes e analisada quanto às suas características psicométricas, cujos resultados mostraram corroborar com os autores do instrumento original de que o CBI pode ser utilizado em diferentes contextos ocupacionais, e recomendaram o uso dessa ferramenta para rastreamento da SB nos estudantes de graduação (Campos et al., 2013a).

Em 2013, o CBI - SS e o OLBI-SS foram aplicados numa amostra de 235 estudantes de Odontologia para comparar a efetividade de cada um dos instrumentos na detecção da Síndrome de Burnout, tomando-se como padrão ouro o MBI-SS. Os resultados obtidos revelaram que ambos os instrumentos apresentaram adequada confiabilidade e validade, sendo necessário remover três questões do OLBI-SS e uma do CBI-SS. Os autores concluíram que o CBI-SS apresentou capacidade discriminante superior à do OLBI-SS na detecção da SB (Campos et al., 2013b).

2.5.2 Síndrome de Burnout em cirurgiões-dentistas

Em 1990, um estudo propôs pesquisar os aspectos da SB em cirurgiões-dentistas finlandeses (n=232) sendo 71% do gênero masculino, com média de idade de 39 anos, sob o argumento que haviam poucos estudos científicos para o entendimento daquela patologia. Utilizou-se o MBI, único instrumento disponível à época, e um outro questionário referentes a aspectos sociodemográficos – como gênero, idade, relações familiares, condições do ambiente de trabalho, atividade mais executada pelo profissional, para então relacionar à prevalência da SB às variáveis descritas. O MBI foi validado para aquele grupo de profissionais e mostrou fiel ao original quanto aos objetivos propostos. Os resultados encontrados mostraram não haver diferenças significativas no que tange ao ritmo e condições laborais. Profissionais do gênero feminino que trabalham em consultórios privados mostraram-se maior indiferença em relação ao trabalho, porém relataram maior satisfação em lidar com os seus pacientes. O número de horas trabalhadas não

mostrou ser significativo para o aparecimento da SB. Pode-se concluir que o MBI serviu aos objetivos da investigação, sugeriu-se o desenvolvimento de novos estudos comparativos (Murtomaa et al., 1990).

Em 1991, por meio da revisão de literatura, foram abordados alguns aspectos da SB e a sua ocorrência em cirurgiões-dentistas, ressaltando que aqueles mais dedicados são mais suscetíveis, ao perceberem que trabalham esforçadamente, por longos períodos e estão sempre sob a pressão incessante e à cobrança – do paciente e de si próprio, de que há mais por fazer na menor previsão de tempo possível e que o trabalho executado é praticamente de cunho individual e solitário. À luz da satisfação no trabalho, o incessante ritmo de trabalho e a pressão pelo melhor resultado fazem com que a motivação, entusiasmo e a energia sejam drenadas. A incerteza e inconstância da situação financeira da profissão são situações nas quais o profissional adquire o pensamento de que o controle das suas finanças está na mão dos pacientes e das companhias de seguro-saúde, propiciando uma condição de ansiedade exacerbada. No topo dos elementos que podem desencadear a SB, está o “paciente”, isto é, pacientes mais medrosos e ansiosos em relação ao tratamento, tendem a considerar o profissional como uma ameaça, e essa experiência negativa para ambos – paciente e cirurgião-dentista, traz à tona uma situação de constante tensão no ambiente laboral. O isolamento da profissão faz com o profissional não tenha alguém para compartilhar as dúvidas e questionamentos impondo uma condição de solidão e, por fim, sem entender o por que dessas situações e como controlá-las, o cirurgião-dentista sente-se cada vez mais pressionado e frustrado, descontrolando-se com a equipe de trabalho – auxiliares e secretárias, fator de constante rodízio da equipe que acarreta em maior sobrecarga de trabalho para o profissional. Os cirurgiões-dentistas tendem a adquirir um comportamento desumanizado perante os pacientes, bem como a considerar a profissão chata, cansativa e monótona, sem reconhecimento e podem recorrer a algumas estratégias para driblar essas sensações como o uso de álcool, drogas, fumo ou desistir da profissão. Outros profissionais acabam podendo adquirir certo cinismo e dureza perante a profissão e, passam a executar as atividades automaticamente, aguardando apenas o momento da aposentadoria. Algumas estratégias podem ser adotadas para o enfrentamento da SB, como admitir o problema e procurar ajuda, refletir sobre as atividades que consegue ou não

executar, estabelecer metas para a sua execução e ao atingí-las, celebrar e traçar novas metas. Como prevenção da SB, é aconselhável que o cirurgião-dentista realize outras atividades como exercício físico, tire férias regularmente, evite isolar-se e busque relacionar-se com seu círculo familiar e amigos, estabeleça uma rede de contato profissional com a qual possa trocar ideias sobre a profissão, participe de cursos de educação continuada e procure ajuda profissional que possa apontar caminhos na busca de solução dos seus problemas (Pride,1991).

Uma pesquisa realizada na Holanda, teve por objetivo investigar se fatores ocupacionais tinham relação com os níveis de Burnout de cirurgiões-dentistas, e se a pressão experimentada no trabalho tinha relação com os níveis mais baixos ou altos da síndrome. A amostra era composta de 735 profissionais -128 e 614 dos gêneros feminino e masculino respectivamente, sendo que 43,3% atendiam no serviço público. As variáveis estudadas foram as características do ambiente de trabalho, experiências de stress no trabalho – medidas pela ferramenta Escala de Stress no Trabalho para Cirurgião-cirurgiões-dentistas (DEWSS) e SB medido pelo MBI adaptado estruturalmente para aquele país. Os resultados obtidos por meio da escala DEWSS mostraram que o fator de maior stress foi o do contato com o paciente. Também, os cirurgiões-dentistas exibiram baixos índices de Burnout nas três dimensões do MBI, além de não haver diferença significativa entre os gêneros. As variáveis características do ambiente laboral não apresentaram significância quando relacionada ao MBI. Relacionando os itens da ferramenta DEWSS com o MBI, destacou-se a ausência de perspectiva na carreira como um dos fatores que mostrou maior associação com SB, seguidos pelos fatores interação profissional, tipo de atividade executada e a pressão no trabalho. Um grupo de aproximadamente 171 profissionais foi identificado no grupo de risco para SB. Foi possível concluir que a ausência de perspectiva na carreira foi o fator de risco mais evidente para Burnout naquela amostra e, tal resultado, deveria ser analisado e discutido com a academia, as associações odontológicas e cada profissional individualmente na busca de soluções (Gorter et al., 1998).

O uso abusivo de álcool associado à SB, foi objeto de um estudo realizado com cirurgiões-dentistas da região sul da Austrália, numa amostra de 312 profissionais - 228 do gênero masculino (73%) e 84 do gênero feminino (27%), com idade média de 43 anos, que trabalhavam no serviço público (n= 58), serviço privado

(n=223), academia (n=15) e convênios (n=15). O uso de álcool foi mensurado por meio do Teste Indicativo do Uso de Álcool (AUDIT), desenvolvido para a OMS e Burnout foi mensurado utilizando o CBI. Foram encontrados altos níveis de Burnout nas três subescalas do instrumento, quando comparados aos resultados do instrumento CBI aplicado no estudo PUMA com trabalhadores holandeses. Os níveis de consumo de álcool considerados de alto risco, e, portanto, prejudiciais, conforme a ferramenta AUDIT, representaram 15 a 20 por cento da amostra, em profissionais com tempo médio ou longo de carreira. Concluiu-se que Burnout e uso abusivo de álcool eram questões importantes na amostra estudada e que os profissionais não procuravam auxílio para lidar com o stress e a sua própria fragilidade, utilizando-se do álcool como suporte para essas questões (Winwood et al., 2003).

Na região Sul da Austrália, em 2004, um estudo comparativo foi realizado entre o MBI e o CBI, numa amostra de 312 cirurgiões-dentistas - 228 do gênero masculino (73%) e 84 do gênero feminino (27%), que trabalhavam no serviço público (n= 58), serviço privado (n=223), academia (n=15) e convênios (n=15). 85% dos entrevistados tinham jornada de trabalho de mais de 20 horas semanais. Ambos os instrumentos identificaram altos valores da SB, na amostra estudada, com 15,5% para o MBI e 16,0% para o CBI, e as subescalas de cada um dos instrumentos apresentou valores próximos para o MBI, em EE(16,8%), D(5,5%) e PA(6,5%), bem como para o CBI em Burnout pessoal (16,9%), relacionado ao trabalho(13,2%) e relacionado ao paciente (11, 7%). Foi possível verificar que os dois instrumentos apresentaram similaridade de valores, entretanto, os autores questionaram a consistência das dimensões do MBI, uma vez que no presente estudo não foi verificada a relação entre baixos níveis de despersonalização e reduzida satisfação no trabalho associado a elevados níveis de exaustão emocional, pilares do construto Burnout de Maslach e Jackson. Ao contrário, no CBI, as três subescalas apresentaram consistência entre si, sugerindo que a tríade exaustão/stress/Burnout seja uma experiência que afeta a saúde do trabalhador, além de outras áreas de sua vida (Winwood, Winefield, 2004).

A considerar que a profissão de cirurgião-dentista é uma das mais estressantes da área da saúde, um artigo científico discutiu os tipos de fatores estressores que o profissional de Odontologia vivencia desde a época da faculdade e no decorrer da vida profissional - impactantes no sentido negativo na sua carreira

profissional e vida pessoal, e as possíveis estratégias de manejo desses fatores, os quais se não controlados e permanecerem por tempo indeterminado podem levar ao surgimento de Burnout, ansiedade e depressão. Muitos dos sinais psicológicos do stress manifestam-se sob a forma fisiológica de dores nas costas, cefaleias e distúrbios gastrointestinais. O ambiente de trabalho com ruídos, o tamanho reduzido da área de trabalho, a necessidade de fixar os olhos num ponto específico, o trabalho solitário, são situações passíveis de stress, o qual ao tornar-se crônico, pode dar origem ao estado de Burnout, descrito também como uma gradual erosão da personalidade. A síndrome do pânico e o distúrbio de ansiedade generalizado acabam por interferir no trabalho, na qualidade do sono, e na relação com as pessoas e, tais quais a depressão, constituem-se em alertas para que o cirurgião-dentista procure por ajuda profissional especializada. No entanto, os trabalhadores da área da saúde, sentem-se muito constrangidos e envergonhados em admitir a necessidade e procura por auxílio. Concluiu-se que, algum tipo de stress é inerente a profissão, os cirurgiões-dentistas devem buscar aprender estratégias para enfrentar e minimizar os seus efeitos e, deveria haver maior esforço da academia com vistas à trabalhar o reconhecimento do stress e ensinar estratégias de enfrentamento, técnicas de comunicação, bem como estratégias de marketing e administração para que seus alunos deixem a universidade mais aptos a lidar com essas fatores estressores (Rada, Johnson-Leong, 2004).

Em 2000, nos Estados Unidos, um estudo realizado com cirurgiões-dentistas, por meio da aplicação de um questionário, teve por objetivo correlacionar as variáveis gênero, estado civil e especialidade praticada com o surgimento da depressão, a qual advinda de uma exaustão emocional intensa, um dos pilares da SB. A amostra de 560 indivíduos, continha 41,9% do gênero feminino e 50,7% do gênero masculino. Os resultados revelaram que as profissionais do gênero feminino apresentaram escores de depressão maior que o gênero masculino e que indivíduos solteiros mostraram altos escores de depressão em relação aos casados ou divorciados. Indivíduos do gênero masculino que tiveram os maiores escores de depressão encontravam-se na faixa etária de 55 a 70 anos e, para o gênero feminino a maior taxa de depressão foi encontrada no grupo com menos de 35 anos. No que concerne à especialidade, pediatras e periodontistas do gênero feminino apresentaram maiores índices de prevalência de depressão. Foi constatado que os

cirurgiões-dentistas tendem a não procurar tratamento. Carga horária, tempo de experiência profissional, número de filhos e local de trabalho não foram significativos nesse estudo. Pode-se concluir que a depressão ocorre entre os cirurgiões-dentistas e a escassa procura por tratamento é grave pois interfere em sua qualidade de vida, devendo haver maior conscientização nesse sentido (Mathias et al., 2005).

Um recorte de um estudo longitudinal realizado na Finlândia com cirurgiões-dentistas (n=2555) - 1883 profissionais do gênero feminino (74%) e 672 do gênero masculino (26%), com idade entre 26 e 73 anos, dos serviços público (62%) e privado (37%), propôs-se em medir o nível de depressão e relacionar a tensão no trabalho e à SB, por meio da reaplicação do MBI e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) na mesma amostra. Após a análise dos dados foi possível concluir que, a tensão no trabalho predispõe à depressão por meio da SB, com uma relação recíproca entre Burnout e depressão. Na atenção primária em saúde, a presença da SB é um sinal da existência de uma condição desfavorável no ambiente laboral, e soluções devem ser implementadas para reverter essa condição (Honkonen et al., 2006).

Na Holanda, uma pesquisa teve por objetivo investigar se havia diferença na amostra de 433 cirurgiões-dentistas - 359 homens (83,1%) e 81 mulheres (16,9%), idade média de 45,8 anos, no que concerne à SB e aos possíveis fatores associados, por meio da versão holandesa do MBI-HSS, denominada de Escala de Burnout de Utrechtse (UBOS-C) e dos questionários com itens de saúde – Questionário de Saúde Holandês (VOEG) e de stress laboral - o DEWSS, além de questões de cunho sociodemográfico, como idade, carga horária de trabalho, horas dedicadas ao lazer, estado civil, etc. Os resultados mostraram que os homens apresentaram níveis de despersonalização mais altos do que as mulheres e não foram encontradas diferenças entre os gêneros nas duas outras dimensões – exaustão emocional e reduzida realização no trabalho do UBOS-C, assim como nas questões relacionadas ao stress no trabalho e na saúde. No que refere-se às variáveis sócioeconômicas, profissionais do gênero feminino eram mais jovens que os homens, apresentavam carga horária de trabalho menor que a dos homens e atendiam menos pacientes também. No entanto, foi encontrado no gênero feminino maior ocorrência de cefaleia e dores osteomusculares. Concluiu-se que é necessário conhecer os aspectos que podem ou influenciam diretamente o surgimento e

desenvolvimento de Burnout (te Brake et al., 2003).

Em 2008, um trabalho realizado no Brasil com o objetivo de verificar a prevalência da SB em cirurgiões-dentistas do serviço público (n= 96), sendo 80,2% do gênero feminino, do município de Belo Horizonte, utilizou o MBI e relacionou esse instrumento às variáveis de interesse sociodemográfico: gênero, idade, estado civil, dados ocupacionais e profissionais, turnos de trabalho, últimas férias e se pensou em mudar de profissão. Os resultados dos dados submetidos à análise estatística, revelaram alta taxa de exaustão emocional (64,5%), baixa taxa de despersonalização (61,5%) e alta taxa de realização profissional (42,7%) e à partir daí, sugeriu-se a implantação de programas visando a minimizar ou reduzir a SB, assim como programas de prevenção, alertando para a importância do cuidado em saúde do trabalhador (Gontijo, 2009).

Nos Estados Unidos, um trabalho de meta-análise investigou o peso científico dos estudos sobre as taxas de suicídio em odontologia a fim de definir os possíveis fatores de stress causados pela atividade clínica odontológica, suas conseqüências e seu tratamento. Uma busca na literatura por meio das bases de dados Medline, PubMed, Wiley Interscience e Highwire Press foi realizada inserindo-se as palavras-chave “ocupação”, “suicídio” e “odontologia” combinada com outras como "saúde mental", "Burnout", "estresse", "fatores de risco", "trabalho", "trabalhadores de saúde", “ansiedade”, “depressão” ou co-variáveis demográficas. Acessou-se também, a base de dados do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional e da Associação Americana de Estudos de Suicídio com a finalidade de verificar dados estatísticos recentes e precisos relativos às taxas de suicídio dos diferentes grupos demográficos que constituem a população americana. Na literatura, encontraram-se sistematicamente, taxa de suicídio entre os cirurgiões-dentistas superiores aos de outras ocupações. Em relação a SB, entre 10 a 21% dos cirurgiões-dentistas nos artigos rastreados, encontravam-se em situação de risco, mas o grupo considerado de alto risco para SB, também apresentava alto risco de cometer suicídio. Os resultados mostraram que a ausência de tratamento dos distúrbios decorrentes dos fatores estressores por profissionais qualificados, juntamente com a falta de medidas preventivas desenvolvidas nas universidades e outras instituições pode ser um dos principais problemas que podem agravar o suicídio. Sugeriu-se que as instituições de ensino trabalhem temas como o manejo

do stress na profissão e das questões relativas ao trabalho odontológico e formas de comunicação interpessoal, bem como a realização de novos estudos que relacionassem variáveis sócio-demográficas, ocorrência de morbidade psiquiátrica anterior ao desenvolvimento da profissão e o fator perspectiva de trabalho, para subsidiar a implantação de medidas preventivas e de suporte necessárias (Sancho, Ruiz, 2010).

No Brasil, foi publicado em 2010, o primeiro estudo realizado exclusivamente com cirurgiões-dentistas (n=60) - sendo 36 do gênero feminino (60%) e 14 do gênero masculino (40%), o qual tinha como meta estimar a prevalência da SB naqueles profissionais do serviço público do município de Araraquara por meio da aplicação do OLBI e relacionar às variáveis sociodemográficas de interesse como gênero, tempo de graduação, tempo no serviço público e percepção de suas condições de trabalho no serviço público. Os resultados encontrados mostraram que 48% apresentaram SB, 11,7 % distanciamento e 13,3% exaustão. Foi possível concluir que é importante verificar a presença da SB nos profissionais e dar ênfase a estratégias de prevenção ou tratamento, minimizando os seus efeitos sobre o trabalhador (Campos et al., 2010).

A mesma amostra de cirurgiões-dentistas descrita no parágrafo anterior, e com os mesmos objetivos, teve o MBI como instrumento de verificação da prevalência da SB relacionando às mesmas variáveis sociodemográficas. Os resultados encontrados revelaram que a prevalência de Burnout foi da ordem de 17%, com associação significativa entre níveis elevados de Burnout e o tempo de atividade no serviço público para aqueles cirurgiões-dentistas com menos de 10 anos de atuação profissional. Concluiu-se que os resultados são importantes no sentido de sinalizar para a adoção de estratégias de enfrentamento (Bonafé et al., 2012).

Na Suíça, realizou-se um estudo com cirurgiões-dentistas residentes (n=36) com a finalidade de quantificar o stress percebido e medir níveis de Burnout, por meio do Questionário de Stress para Alunos de Graduação Stress (GDES30) e do MBI-HSS. A amostra era composta de 18 profissionais do gênero feminino (51%) e 17 do gênero masculino (49%), devido à perda de um elemento amostral. No que concerne a SB, encontrou-se uma taxa de 17% para exaustão

emocional, 8% para despersonalização e 36% para realização no trabalho, e os residentes mais novos e do gênero feminino apresentaram níveis desfavoráveis de Burnout e maior proporção de casos. Pode-se concluir que, novos estudos são importantes para estabelecer comparação entre esse grupo de trabalhadores e sugerir medidas que possam ser implementadas para reduzir o risco à SB (Divaris et al., 2012).

No Brasil, uma amostra de 20 cirurgiões-dentistas especialistas em cirurgia bucomaxilofacial, 14 homens e 6 mulheres, com idade média de 35 anos, foi avaliada quanto à prevalência da SB por meio do MBI-GS e a sua relação com fatores sociodemográficos como gênero, idade, tempo de experiência profissional, número de pacientes atendidos, carga horária semanal de trabalho, hábitos como fumo, álcool, prática de esportes, período de férias. Diferenças significativas foram encontradas na subescala de exaustão emocional quando relacionadas ao gênero ($p=0,002$) e na subescala reduzida realização no trabalho quanto ao uso de álcool ($p=0,035$) (Porto et al., 2014).

2.6 A Saúde do Trabalhador da Saúde

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), define que:

[...] A Saúde Ocupacional tem como finalidade incentivar e manter o mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões; prevenir todo o prejuízo causado à saúde destes pelas condições de seu trabalho; protegê-los em seu serviço contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; colocar e manter o trabalhador em um emprego que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas e, em resumo, adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho (Conferência Internacional Del Trabajo, 1959).

A prática dos trabalhadores em saúde pública, principalmente daqueles que trabalham na atenção primária em saúde pode ser prejudicada devido ao desenvolvimento de doenças ocupacionais:

[...] No entanto, através dos anos tem-se notado existir uma dicotomia bem evidente, pela qual os que praticam a saúde pública em regra não se preocupam com os problemas da saúde ocupacional. Por outro lado, os que esta praticam nem sempre o fazem dentro dos preceitos estabelecidos pela saúde pública. Disso resulta uma separação totalmente artificial entre saúde pública e saúde ocupacional, com evidente prejuízo para a microcomunidade trabalhadora que, não obstante estar incluída dentro da macrocomunidade, é muitas vezes completamente esquecida por aqueles que zelam pela saúde pública desta última (Nogueira, 1984).

A saúde do trabalhador toma por base os princípios do SUS, do acesso universal, integralidade da atenção, com ênfase nas ações de prevenção e promoção, descentralização e participação social e, em consonância com essas diretrizes a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) foi constituída para elaborar e implementar a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) no SUS, com a finalidade de articular instituições e atores sociais que compõem o campo da saúde do trabalhador em nível macro. Aliados à RENAST, estão os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de abrangência estadual, regional e municipal que devem desenvolver ações que incluam a estruturação de protocolos, linhas de cuidado, capacitação de profissionais da rede, registro, análise e disseminação da informação e outros instrumentos que favoreçam a integralidade de ações de saúde do trabalhador e o controle social (Brasil, 2009; Minayo-Gomez et al., 2011).

De 1970 a 2004, foi observado um crescimento dos temas estudados em dissertações e pós-graduações referindo-se à Patologia do Trabalho, nos quais os problemas ergonômicos e doenças osteomusculares apareceram com a maior frequência (13,9%), seguidos pela saúde mental e trabalho (5,4%), ruído e perda auditiva (5,3%), acidentes e violência no trabalho (4,9%), silicose e outras doenças respiratórias ocupacionais (2,2%), agrotóxicos e seus efeitos sobre a saúde (2,6%), riscos biológicos e doenças infecciosas (1,9%), chumbo e saturnismo (1,6%), trabalho noturno e trabalho em turnos (1,4%), benzeno e solventes (1,1%), mercúrio (1,1%) e câncer e ocupação (0,6%). Também foi relevante no campo do trabalho em saúde, os estudos com os profissionais de enfermagem, com maioria significativa de artigos sobre essa profissão, riscos, formas de adoecimento e prevenção e promoção da saúde (Santana et al., 2006).

Um rastreamento da literatura na base de dados SciELO, com os descritores “saúde do trabalhador” e “saúde ocupacional”, constatou após a análise de 170 artigos que, as publicações com os temas saúde mental apareceram em primeiro lugar (13,5%), seguidas pelas lesões osteomusculares (10,6%) e outros agravos à saúde como hipertensão, violência física, exposição a agentes químicos e biológicos e problemas auditivos. Em relação aos grupos ocupacionais, dos 170 trabalhos analisados, predominou o grupo das profissões da saúde (20,6%), seguidos por trabalhadores de serviços, da indústria, rurais e da educação (Bezerra; Neves, 2010).

Alguns aspectos relacionados à organização do trabalho são importantes para a saúde mental dos trabalhadores, como o trabalho executado sob a pressão de tempo que leva à ansiedade, assim como aquele repetitivo, que gera monotonia e tédio. Outro aspecto refere-se às metas de produção e as avaliações mal-conduzidas, as quais muitas vezes acirram competitividades e também concorrem para gerar tensão no ambiente laboral, prejudicando a colaboração intra e inter-equipes. (Seligmann-Silva, 2013).

Para alguns estudiosos do “campo” saúde do trabalhador, embora haja muito o quê comemorar em relação às demandas e conquistas relevantes, ainda existem lacunas a serem preenchidas, principalmente no que concerne à saúde do trabalhador do setor terciário da economia que assume lugar qualitativa e quantitativamente preponderantes, a construção de políticas públicas integradas, intersetoriais e capazes de orientar as linhas de ação e formas de implementação, a efetivação de um processo de indução perante as universidades e os respectivos pesquisadores por meio das suas pós-graduações a fim de que possam contribuir articulada e efetivamente, trabalhando em rede ou inter-institucionalmente, numa perspectiva propositiva e profissional para os trabalhadores (Vasconcellos, Pignati, 2006).

Ainda em relação à área acadêmica, nas transformações em favor da saúde do trabalhador:

[...] faltam propósitos implícitos ou explícitos para que os produtos do conhecimento científico produzam consequências benéficas e constituam subsídios para a elaboração de políticas públicas. Se a saúde do trabalhador é um campo aberto e em construção - eu creio que assim seja -, precisamos investir o melhor de nós mesmos no aprofundamento teórico, no encontro de todos os atores e em planos de ação que promovam o maior consenso – o que permitirá que nossa construção avance e seja sólida (Minayo-Gomez et al., 2011).

No que diz respeito ao reconhecimento dos transtornos mentais e comportamentais, esses foram incluídos especificamente no ano de 2010 pela OIT, quando da divulgação de uma nova lista com 106 doenças profissionais (Mendes, 2013)

No que refere-se à legislação no Brasil, a lista reformulada dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho, foi apresentada por meio da portaria 1.339/1999 do Ministério da Saúde (MS) e também adotada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), contempla um conjunto de doze categorias de agravos, nas quais incluem-se a Síndrome de Burnout, como “Sensação de estar acabado” ou “Síndrome do Esgotamento Profissional”, classificada como Z73.0 (Brasil, 1999; Batista et al., 2010; Seligmann-Silva, 2013)

Um levantamento quadrimestral do MPAS, referente aos anos 2004-2013, em empregados de serviços privados demonstrou que entre os benefícios por incapacidade (auxílio-doença, pensão por morte, aposentadoria por invalidez e auxílio-acidente), o auxílio-doença responde por 78% dos benefícios concedidos pelo MPAS, com um incremento de aproximadamente 36% no período. O auxílio doença para os benefícios para o grupamento CID F (Transtornos mentais e comportamentais) teve naquele período um incremento da ordem de 28% e em 2013 a concessão desse auxílio-doença foi de 51,7% para as mulheres e 48,3% para os homens. De 2004 a 2013 dos vinte agravos à saúde mais frequentes, 10 são classificações de doenças dos grupos M (Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo) e, F (Transtornos mentais e comportamentais), representando mais da metade (cerca de 55%) das concessões ligada às vinte causas mais frequentes (Brasil, 2014).

Das 36 Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho (NR), a NR-32 é a única norma que dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde em relação aos riscos biológicos, químicos e físicos, dos resíduos e formas corretas de manipulação, limpeza e manutenção de equipamentos e máquinas (Brasil, 1978).

O aumento dos agravos psíquicos relacionados ao trabalho, fez com que esses fossem reconhecidos como problema de Saúde Pública, e assim, suscitou preocupação para o Estado, em diferentes países, ao serem identificados os elevados custos econômicos e sociais devido a esses problemas, custos esses que são diretos e indiretos uma vez que recaem sobre o setor público, empresas e sobre a sociedade (Seligmann-Silva, 2013).

Classificada como uma das desordens psíquicas relacionadas ao trabalho, a Síndrome de Burnout pode ser considerada um problema de saúde pública devido às suas conseqüências para a saúde física, mental e social dos indivíduos e por ser um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais importantes na sociedade (Batista et al., 2010; Salanova; Llorens, 2008).

Uma das conseqüências da SB é a abstenção ao trabalho, atribuída a um comportamento de enfrentamento por indivíduos não diagnosticados com uma patologia específica, conquanto sintam-se limitados para o trabalho em decorrência da sua saúde. Nessa perspectiva, a falta pode ser vista como uma estratégia para o indivíduo recuperar a energia e recuperar-se da exaustão (Kristensen, 1991, Cronn et al., 2003; Borritz et al., 2006).

Um estudo de coorte com duração de três anos teve por objetivo verificar se a SB pode ser um fator de risco para gripes, resfriados e gastroenterite. A amostra (n=687) constituída por trabalhadores de 45 diferentes áreas respondeu ao MBI-GS e outro questionário com informações sobre os fatores relacionados ao trabalho, família, características individuais e a presença de sintomas de fadiga, necessidade de ausentar-se do trabalho para recuperar energia. A análise dos dados permitiu afirmar que as três patologias em algum momento ocorreram naqueles sujeitos, principalmente quando a dimensão exaustão emocional encontrava-se em escores mais elevados, trazendo à discussão de que a SB debilita o sistema autoimune, propiciando o surgimento daquelas patologias. Concluiu-se que a incidência dessas

patologias, propiciava o aumento do absenteísmo no trabalho e consequentemente perda das horas de produtividade da empresa (Mohren et al., 2003).

A SB propicia o desenvolvimento de atitudes e condutas negativas dos profissionais perante os usuários dos serviços, organizações e trabalho, e isso acarreta em problemas de ordem prática ao trabalhador e à organização (Codo, Menezes, 1999).

Um estudo teve por objetivo conhecer os fatores de risco e a qualidade de vida do cirurgião-dentista, à partir de uma revisão sistemática da literatura por meio das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com os descritores: qualidade de vida; estafa profissional; exposição ocupacional; atividades de lazer; atividade física; ergonomia; autopercepção; satisfação no emprego; jornada de trabalho; estilo de vida; estresse; pessoal de saúde; riscos profissionais; exercício; e cirurgião-dentista. Após a análise dos resultados encontrados, foi possível concluir que a qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas tem piorado ao longo do tempo, tendo em vista que houve aumento nos riscos laborais e da competitividade no mercado de trabalho. Os cursos de Odontologia devem nortear alunos e profissionais, por meio da educação em saúde e da orientação profissional, a adotarem hábitos de vida mais saudáveis. Estas práticas vinculadas à promoção de saúde e à prevenção de doenças contribuirão no futuro para a melhoria da qualidade de vida do profissional (Carvalho et al., 2008).

Um artigo sobre as condições laborais e bem-estar dos profissionais de saúde, enfatizou que os problemas de Burnout e carga de trabalho na América do Sul, são muito semelhantes na América do Norte e, tal situação está relacionada também à possibilidade de ocorrência de depressão. O alerta para os problemas que estão ocorrendo no atendimento à saúde, são produtos do formato do sistema com carga horária e jornada de trabalho excessivas, fatores que contribuem sobremaneira para colocar em risco a segurança do paciente e diminuem o bem-estar dos profissionais de saúde e é comum em muitos países do mundo (Landrigan, 2011).

Estudos no Brasil, realizado com agentes comunitários de saúde que trabalham no Programa de Saúde da Família (PSF) mostraram que esses são extremamente vulneráveis ao sofrimento, uma vez que a idealização da própria prática acaba por tornar-se frustrante, devido aos escassos recursos de que dispõem e pela escassa perspectiva do rearranjo do processo de trabalho, uma vez que esse profissional depende de outras instâncias dentro do modelo de organização do PSF (Martines; Chaves, 2007).

A violência que ocorre no setor primário em saúde contra os profissionais também foi tema de investigação de um estudo realizado com trabalhadores das equipes de saúde do PSF (médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde) e apresentaram relação direta com sintomas de depressão quando não a própria ocorrência da doença. Os resultados destacam para a atenção quanto à necessidade de modificações no processo de trabalho, de implementação de um programa para auxílio e tratamento dos profissionais (Silva et al., 2015).

Um estudo prospectivo com cirurgiões-dentistas (n=3035) na Finlândia com duração de três anos buscou estimar a relação entre as tensões no ambiente de trabalho, a SB e a depressão, com os instrumentos MBI-HSS e o BDI. Após a análise dos dados, foi possível observar que as tensões do ambiente laboral, predispõem à depressão em decorrência da SB e reciprocamente. Inferiu-se que nas profissões da área da saúde, com destaque para a Odontologia, o bem-estar mental é absolutamente necessário para um bom desempenho, para evitar a aposentadoria precoce e, nos serviços de atenção primária à saúde a detecção de elevados níveis de Burnout servem de alarme para uma possível condição desfavorável no ambiente laboral (Ahola; Hakanen, 2007).

A relação entre SB e doenças associadas com problemas cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos, diabetes, problemas de pele, alergias, foi objeto de um estudo de coorte realizado na Finlândia com trabalhadores (n=3868) de várias classes ocupacionais dos gêneros masculino e feminino e idade entre 34 e 60 anos. Pode-se observar que a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos e doenças cardiovasculares foi significativamente alta quando relacionadas às dimensões exaustão, despersonalização e realização no trabalho, sendo que as mulheres são mais afetadas pelas distúrbios musculoesqueléticos e os homens por problemas

cardiovasculares. A dimensão despersonalização foi aquela que mostrou maior correlação com essas doenças (Honkonen et al., 2006).

Uma análise de dados secundária do estudo PUMA, que utilizou o CBI para mensurar os níveis de Burnout, objetivou estabelecer a correlação entre SB e o risco da depressão, e encontrou resultados do risco de surgimento da depressão tanto em níveis mais baixos quanto nos níveis mais altos de Burnout para ambos os gêneros masculino e feminino, de trabalhadores de várias categorias ocupacionais, com efeitos mais prejudiciais ao gênero masculino, apontando para a necessidade das organizações em analisar as condições laborais com vista à prevenção da SB. (Madsen et al., 2015).

Uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Medline (PubMed), SciELO, Lilacs e Cochrane, teve por objetivo analisar as variáveis individuais e as características relacionadas ao trabalho que estão associadas à síndrome de Burnout em médicos da Atenção Primária em Saúde, utilizando os seguintes descritores: “Esgotamento Profissional”, “Pessoal da Saúde” e “Atenção Primária”, com seleção de 18 artigos, após a análise de 2416 títulos. Burnout é um fenômeno de alta prevalência entre esses profissionais, e a faixa etária acima de 40 e até 55 anos foi associada ao maior risco de Burnout. Um ponto de destaque é a associação de Burnout com doenças físicas e mentais, em particular com transtornos mentais comuns, entre eles a depressão. As associações do *Burnout* com maior número de faltas no trabalho, intenção de mudar de atividade profissional e maior gasto farmacêutico por paciente podem trazer implicações para a efetividade da Atenção Primária e gerar custos para as organizações e para o sistema de saúde (Morelli et al., 2015).

Inúmeros fatores podem perturbar a saúde mental dos trabalhadores, desde a exposição a agentes tóxicos, políticas de gestão de pessoas e das estruturas das empresas, até aspectos relacionados à organização do trabalho. Os aspectos relacionados à re-estruturação do mundo do trabalho e da economia têm, mesmo que de maneira indireta repercussões sobre a saúde psíquica e física dos trabalhadores, por que contribuirão para definir as diferentes formas como trabalho será exercido no país (Minayo-Gomez et al., 2011).

O sofrimento no trabalho pode vir a ser um instrumento de modificação na organização do trabalho ou, por outro lado, gerar um processo de alienação e conservadorismo, e nesse último após o desenvolvimento de mecanismos de defesa contra a organização do trabalho, torna-se difícil tentar uma modificação nessa situação (Dejours, 1987).

2.7 A formação para o trabalho em Odontologia

Num breve histórico da formação profissional em Odontologia no Brasil, essa pode ser dividida em três momentos. O primeiro momento artesanal, no qual a estética era muito exaltada, porém baseada no empirismo. Num segundo momento, denominado acadêmico, surgiram as primeiras faculdades de odontologia, com a inserção das disciplinas das Ciências Biológicas. O terceiro momento, ou fase humanística é o mais recente, no qual cresce em importância, conteúdos de Ciências Humanas e Sociais, aliados às Ciências Biológicas e Odontológicas (Perri de Carvalho, 2006a).

No primeiro levantamento realizado para conhecer o perfil dos cirurgiões-dentistas brasileiros, até o ano de 2009, existiam no Brasil cerca de 220.000 profissionais registrados no Conselho Federal de Odontologia, o que equivale a 20% desses profissionais do mundo, distribuídos irregularmente pelo território, cuja maior concentração de profissionais está na região sudeste onde a média é de um cirurgião-dentista para 601 habitantes, considerado um número pequeno quando comparado a outros países, cuja média mundial é de um profissional para cada 62.595 habitantes. A concentração de profissionais está lotada em sua maioria nas regiões sudeste e sul, nas capitais e municípios de maior porte e PIB *per capita*. O SUS, proponente de um modelo de reorganização da atenção à saúde e, também consolidado pela PNSB, abriu mais uma oportunidade de trabalho na rede pública para exercício da atividade na atenção primária, secundária e terciária, com um aumento de 2000 equipes de saúde bucal (ESB) em 2001, para 17818 em 2009. Esse estudo revelou dados importantes como a presença maciça das mulheres na profissão (56,3%), à partir dos anos 90, com maioria em 25 dos 27 estados da

federação, e também no SUS (57%). O maior número de profissionais encontra-se na faixa etária dos 26 a 35 anos e 57,4% com inscrição principal ativa têm até 40 anos de idade e 86% dos cirurgiões-dentistas fizeram a sua inscrição principal na mesma unidade da federação do curso de graduação. Algumas especialidades possuem maioria feminina como Odontopediatria (85%) e Saúde Coletiva (66%). Saúde Coletiva é a especialidade com menor número de especialistas registrados (1430) quando comparada à outras especialidades mais frequentes como Ortodontia, Endodontia, Odontopediatria, Periodontia, Prótese Dentária, Dentística, Radiologia, Cirurgia e Implantodontia (Morita et al., 2010).

As transformações ocorridas no serviço público em função do SUS e também aquelas ocorridas no exercício liberal da Odontologia, com o aumento crescente de sistemas de convênios, cooperativas e seguros-saúde também acabam por orientar uma mudança no perfil do profissional de odontologia para adaptar-se à nova realidade, implicando em mudanças também pelos docentes, discentes, áreas e departamentos para a transformação de suas práticas e valores (Terada; Nakama, 2004; Santos et al., 2015).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ou Brasil Sorridente, foi lançada em 2004, como uma das áreas de maior prioridade do SUS com o objetivo do cuidado integral, uma das premissas do SUS (Pucca Jr et al., 2010).

Nesses 10 anos do Brasil Sorridente, alguns resultados expressivos foram alcançados: o índice CPO-D aos 12 anos foi reduzido de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010, os adultos tiveram maior acesso aos serviços de saúde bucal, mudanças positivas no perfil epidemiológico da doença periodontal, bem como um aumento da oferta de próteses dentárias para indivíduos, entre outros. Para alcançar esses resultados positivos e ainda vencer outros desafios em relação à melhoria da qualidade da saúde bucal no país, houve um investimento de cerca de 2,6 bilhões de dólares nos últimos dez anos em áreas estratégicas, como a criação de programas como o Pró-Saúde em parcerias com instituições de ensino pública e privadas, com vistas ao treinamento dos futuros profissionais para o desenvolvimento de aptidões e habilidades referentes ao cuidado do indivíduo e da população com base na integralidade. Também configurou-se a PNSB, uma alavanca para gerar emprego aos profissionais de odontologia, uma vez que o setor

público tornar-se-ia o então o maior empregador da área da saúde no país, empregando atualmente cerca de 25% da mão-de-obra de cirurgiões-dentistas do país (em 2003 eram 43205 profissionais, e 66560 em 2010), distribuídos nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, com estimativa de crescimento até 2020 da ordem de 30% nos diferentes segmentos da Odontologia – cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal, para compor as Equipes de Saúde Bucal, que em 2003 eram 4261 espalhadas por 3184 municípios e atualmente são 23940 em 4798 cidades do país. Ainda assim, existem desafios a serem vencidos no que diz respeito à consolidação da PNSB por meio de suas redes de atenção à saúde bucal, a formação de recursos humanos para o cuidado integral à saúde bem como a distribuição desses pelo país e as diferenças sociais e culturais que ainda não foram superadas principalmente nas camadas menos favorecidas a fim de que elas reconheçam a saúde bucal como um direito. (Pucca Jr et al., 2015).

O SUS como ordenador da formação dos recursos humanos em saúde, assumiu o papel de articular a reformulação dos projetos pedagógicos dos cursos superiores em saúde, entre eles a Odontologia. O aprendizado da prática clínica deve acontecer nos ambientes das faculdades de odontologia, assim como nos demais cenários possíveis, com o enfrentamento de problemas que se apresentam nas diversas realidades, a fim de que a aquisição de conhecimentos impulse o sujeito/aluno em sua dimensão individual e social, com habilidade para criar e responder a desafios. As instituições de ensino devem buscar equilíbrio entre as diferentes disciplinas que integram a sua estrutura curricular – básicas, clínicas e humanísticas, ou àquelas relativas à epidemiologia e à administração, para a construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades (Araujo; Zilbovicius, 2008).

Atendendo às prerrogativas da reformulação na formação do cirurgião-dentista, em 2001, foram instituídas as orientações para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde, para nortear as Instituições de Ensino Superior (IES) na adequação às novas disposições (Morita; Kriger, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em Odontologia, instituídas pela Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002, preveem:

Art. 4º A formação do Cirurgião Cirurgião-dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de odontologia deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões [...]

III - Comunicação: [...] A comunicação envolve comunicação verbal [...]

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer gerenciamento e administração da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação [...] (Conselho Nacional de Educação, 2002)

No parágrafo único do artigo 5º da DCN, está definido que “A formação do Cirurgião Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (Conselho Nacional de Educação, 2002).

Ainda, a DCN em seu artigo 6º definem que os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Odontologia devem contemplar:

Parágrafo I - Ciências Biológicas e da Saúde - incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Odontologia.

I - Ciências Humanas e Sociais - incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

III - Ciências Odontológicas - incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de:

a) propedêutica clínica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia bucal, semiologia e radiologia;

b) clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais; e

c) odontologia pediátrica, onde serão ministrados conhecimentos de patologia, clínica odontopediátrica e de medidas ortodônticas preventivas. (Conselho Nacional de Educação, 2002).

Em conformação com as DCN, foram propostas e implantadas na Faculdade de Odontologia da USP, as Disciplinas de Clínica Ampliada de Saúde Coletiva e Saúde Coletiva em Odontologia, nos primeiros e terceiros anos do curso de graduação, nas quais a construção do conhecimento dá-se em ordem crescente de complexidade à partir de experiências de visitas extramuros, com observação e posterior problematização e síntese, e também no último ano, por meio dos Estágios Vivenciais, nos quais os alunos contribuirão no atendimento clínico-assistencial, no âmbito da atenção primária, nas Unidades de Saúde (US) em que se inserirem e participem do referenciamento dos pacientes, consolidando desse modo a tríade de integração docência-ensino-serviço. Outrossim, espera-se que o aluno e futuro profissional além do desenvolvimento de aptidões e habilidades biológicas e clínicas, possa usufruir também dos conhecimentos das Ciências Humanas e Sociais, e possa responder efetivamente ao perfil socioepidemiológico da população brasileira (Melani et al., 2013; Junqueira et al., 2013).

No contexto da formação do profissional que precisa adquirir conhecimentos de administração e gerenciamento como exigência da DCN, a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) após a reestruturação curricular, implantou a Disciplina de Gestão e Planejamento em Odontologia, cujo objetivo é discutir e desenvolver os temas importantes que envolvem gestão e planejamento, visando a preparar os futuros cirurgiões-dentistas para enfrentarem as várias situações com as quais irão se deparar durante o seu exercício profissional, principalmente aquelas que envolvem planejamento estratégico, organizacional, de *marketing* e ergonômico, além da gestão de recursos humanos e financeiros, qualidade e avaliação de serviços odontológicos (Mota, 2015).

A Disciplina de Gestão da FOUSP foi avaliada pelos alunos no ano de 2014, segundo os critérios de organização dos conteúdos, acessibilidade e pontualidade dos professores e conhecimento adquiridos, mediante aplicação de um instrumento contendo dez itens em 107 alunos (taxa de resposta 100%) com escala de respostas “ótimo”, “bom”, “satisfatório” e “insatisfatório”, cujos dados após a análise estatística demonstraram resposta positiva. Ainda assim, a disciplina encontra-se em processo de aprimoramento acompanhando a constante evolução do ensino (Curi et al., 2015).

Considera-se um desafio à formação profissional, o ensino da Odontologia, principalmente no sentido da utilização do SUS como cenário de prática, embora esteja comprovado que o aluno que aprende e vivencia experiências na comunidade aumenta o seu amadurecimento como cidadão e segurança como profissional, e que essas atividades devem envolver todas as áreas de conhecimento do curso, transformando-se numa política de ensino da instituição (Morita; Kriger, 2006).

Embora, as DCN indiquem caminhos para a formação de um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, observa-se que existe uma tendência por cursos de especialização quase que imediata à graduação profissional, com a sugestiva conclusão de que as condições de cursos de graduação, a situação do mercado de trabalho, e o intenso desenvolvimento científico e tecnológico são fatores que favorecem a tendência de valorização dos cursos de especialização. Sugere-se que os cursos de especialização mantenham coerência com as DCN no que diz respeito à visão integral de saúde, prevenção e promoção pertinentes à especialidade, introdução de conteúdos significativos de bioética e metodologias de pesquisa e do ensino (Perri de Carvalho, 2006b).

Aliado à formação profissional do aluno, o MS em parceria com instituições de ensino superior, o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde e a Plataforma Arouca, criou em 2010 a UNA-SUS (Universidade Aberta do SUS) com o objetivo de atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS. A UNA-SUS oferece cursos para as diversas ocupações na saúde, que podem ser realizados virtualmente e que constam de material didático e tutores, bem como interagir por meio de ferramentas como Telessaúde e, presencialmente por meio das instituições que são pólos da Universidade Aberta do Brasil (Brasil, 2015).

3 OBJETIVO

Conhecer os níveis de Burnout dos cirurgiões-dentistas do município de Embu das Artes, por meio da aplicação do CBI e analisar possíveis associações com as variáveis de perfil sociodemográfico e de formação técnico-científica, relativas à idade, gênero, local de moradia e graduação, renda declarada, tipo de especialização ou aperfeiçoamento, carga horária de trabalho, tempo de experiência profissional, tempo de férias, prática de atividade física e o pensamento de mudar de profissão.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo e transversal composto da aplicação questionário versando sobre CBI para avaliação dos níveis de Burnout dos profissionais e verificação das características socioeconômicas destes profissionais

4.2 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos dessa pesquisa foram todos os 35 cirurgiões-dentistas que atuam no serviço público do município de Embu das Artes/SP, Brasil

4.3 Local da pesquisa

O município ou Estância Turística de Embu das Artes, é uma cidade localizada na região sudoeste da Grande São Paulo, com 76km² de extensão territorial, recortada pela Rodovia Régis Bittencourt (BR-116) distante 27 km da capital paulista, fazendo limites com as regiões administrativas de São Paulo, Taboão da Serra, Itapeverica da Serra e Cotia. É um área de proteção de mananciais da bacia da Represa de Guarapiranga (59% da área), e uma cidade-dormitório, cujas principais atividades econômicas desenvolvidas são a atividade industrial (pequeno e médio porte) e comercial (fabricação de móveis rústicos, artesanatos e hortifrutigranjeiros) (Figura 4.1).

Figura 4.1 - Mapa da região sudoeste da Grande São Paulo, com o Município de Embu das Artes
Fonte: Prefeitura Municipal de Embu das Artes, 2015

Segundo o IBGE, a população em 2010-2012 era de aproximadamente 240 mil habitantes com uma densidade demográfica de 3412,5hab/km² (Figura 4.2).

Figura 4.2 - Pirâmide etária do município de Embu das Artes
Fonte: Prefeitura Municipal de Embu das Artes, 2015

O município pertence ao Colegiado de Gestão Regional dos Mananciais, e faz parte do Departamento Regional de Saúde I – Grande São Paulo.

Os equipamentos de saúde do município (Figura 4.3), segundo a Secretaria Municipal da Saúde, compreendem:

1. Pronto-socorro (2 unidades):

- Unidade Mista e Maternidade Central
- Unidade Mista Irmã Anette

2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

- CAPS II
- CAPS AD

3. Serviço de Atenção Domiciliar

4. Serviço Atendimento Médico de Urgência (SAMU)

5. Unidades Básicas de Saúde (UBS):

- UBS Embu
- UBS Pinheirinho
- UBS Vista Alegre
- UBS Santo Eduardo
- UBS Santa Emília
- UBS Santa Tereza

6. Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família:

- UBS São Marcos
- UBS Independência
- UBS São Luís
- UBS Nossa Sr^a de Fátima
- UBS Dom José
- UBS Ressaca
- UBS Itatuba
- UBS Eufrásio

7. Centro de Convivência

8. Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador

9. Centro de Especialidades Independência

10. Centro de Especialidades Médicas

Figura 4.3 - Localização das Unidades de Saúde –Embu das Artes

Fonte: Prefeitura Municipal de Embu das Artes, 2015

O modelo de gestão é compreendido pela Participação Popular e Controle Social, com representatividade no Conselho Municipal de Saúde, Conselho Gestores de Saúde, Conferência Municipal de Saúde e Ouvidoria.

A capacidade instalada da Odontologia compreende 6 clínicas modulares em UBS, 7 clínicas modulares em unidades do PSF, 2 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O município procurando responder às necessidades em saúde bucal da população e também as diretrizes do MS, tem investido na formação de recursos humanos desde 1987 até o ano de 2014 por meio da parceria com o Centro Formadores em Recursos Humanos (CEFOR), no qual foram formados Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliares em Saúde Bucal (ASB).

As ações desenvolvidas nas Unidades Básica de Saúde são a priorização do atendimento para escolares (à partir da avaliação de risco), bebês, gestante e hipertenso/diabético, a distribuição de vagas mensalmente para a população da área de abrangência da UBS, a realização dos procedimentos coletivos e triagem nas escolas da área de abrangência e o atendimento das urgências. Nas unidades onde há o PSF, as ações desenvolvidas são a priorização do atendimento para escolares, bebês, gestante e hipertenso/diabético, integração com as agentes comunitárias, distribuição de vagas através de triagem de risco para a população e realização dos procedimentos coletivos e triagem nas escolas da área de abrangência. Nos dois CEO, o atendimento é feito através do sistema de referência com as Unidades de Saúde. As especialidades oferecidas nos CEO são: Endodontia, Periodontia, Bucomaxilo, Semiologia e Pacientes Especiais, com protocolos específicos para o encaminhamento dos pacientes para as respectivas especialidades. Em nível de atenção terciária, o Hospital Geral de Pirajussara é referência para cirurgia oral a nível hospitalar e referência para atendimento a pacientes especiais sob anestesia geral. O município realiza rotineiramente a campanha de câncer bucal durante a vacinação do idoso e os pacientes com alguma alteração são encaminhados para uma retriagem no CEO. Impressos utilizados pelo Programa de Saúde Bucal são a ficha clínica, mapa diário de produção da atenção básica e do cirurgião-dentista e técnico em saúde bucal.

O mapa de produção das especialidades contém: avaliação do Programa Odontológico, o número de pacientes que iniciam o tratamento odontológico por mês, o número de tratamentos completados por mês, índice de absenteísmo, atividade por hora.

O município está desenvolvendo ações em consonância com as diretrizes da PNSB e, uma delas refere-se ao programa de redução da experiência de cárie dentária, demonstrado por meio do índice CPO-D dos escolares na idade de 12 anos (Quadro 4.1).

Ano	CPO-D
1991	6,33
1993	4,27
1995	3,52
1997	2,19
2000	1,89
2002	1,48
2004	1,26
2009	1,38
2013	0,75

Quadro 4.1 - Índice CPO-D em escolares com 12 anos de idade do município de Embu das Artes
Fonte: Prefeitura Municipal de Embu das Artes, 2015

Tipo de Atendimento	Número de Atendimentos	Número de Exames Clínicos
Atenção Primária	45362	11748
Atenção Secundária	6881	---
Total	52243	11748

Quadro 4.2 - Total do número de procedimentos e exames clínicos no município de Embu das Artes, ano 2014

Fonte: Prefeitura do Município de Embu das Artes, 2015

Até o fechamento desse estudo, a rede de saúde bucal do município contava com 35 cirurgiões-dentistas (2014/2015), em atividade nos espaços de saúde bucal. Aproximadamente 85% da população, isto é, 204 mil pessoas são SUS-dependentes. Em relação à rede privada, o município consta com 55 cadastros de serviços de saúde bucal na vigilância sanitária, entre clinicas e consultórios. A coordenadora de saúde bucal do município é uma cirurgiã-dentista que divide-se entre a parte administrativa e o trabalho na ponta do serviço. Foram realizados 52243 atendimentos e 11748 exames clínicos no ano de 2014 (Quadro 4.2).

4.4 Instrumento da pesquisa

Foram aplicados dois questionários como instrumento de pesquisa:

4.4.1 Questionário sociodemográfico (**Apêndice A**)

Dados Sociodemográficos:

Gênero: com as categorias de variável feminino e masculino.

Idade: no instrumento original as categorias foram divididas de 4 em 4 anos. Para a análise dos dados, optou-se por categorizar em 45 anos ou menos e 46 anos ou mais.

Local de moradia: no instrumento original o entrevistado escrevia o local de moradia. Para análise dos dados, foram considerados os municípios que distassem a 5km ou menos do município de Embu das Artes como próximos e, aqueles que distassem a mais de 5km, distante.

Local de graduação: esse dado serviu para posicionar sobre a migração do profissional do local de graduação para outra região, porém os dados tabulados por não serem considerados de relevância para esse estudo, não foram inseridos no resultado da pesquisa.

Renda declarada: refere-se à renda obtida e declarada em conformidade com as normas da Receita Federal do Brasil. Os dados tabulados foram agrupados em duas categorias de renda para a análise: - Até 8 salários - 9 ou mais salários

Perfil de formação técnico-científica:

Especialização: categorias não e sim - nesta última categoria, solicitava-se a área de especialização.

Aperfeiçoamento: categorias não e sim – nesta última categoria, solicitava-se a área de aperfeiçoamento.

Pós-graduação: categorias não e sim – nesta última categoria solicitava-se assinalar mestrado ou doutorado sem especificar a área.

Para fins de compilação dos dados, foram considerados área de especialização ou aperfeiçoamento aquelas relativas à:

Nomenclatura única Saúde Coletiva para as nomenclaturas referentes às áreas de Saúde da Família, Odontologia Social, Odontologia do Trabalho, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Vigilância Sanitária.

Nomenclatura única Demais áreas para o agrupamento das especializações em Cirurgia e Implantodontia, Endodontia, Periodontia, Odontopediatria, Ortodontia e Ortopedia, Pacientes Especiais, Prótese, Dentística, Estética, Semiologia e Patologia ou mesmo que o profissional assinalasse *Não possui*.

Execução da atividade profissional:

Exercício da atividade: nas categorias serviço público e serviço público e privado.

Carga horária da atividade: nas categorias até 20 horas semanais, de 20 a 40 horas semanais, mais de 40 horas semanais. Para a análise dos dados foram agrupados em duas categorias de análise: - De 20 a 40 horas - Mais de 40 horas.

Tempo de experiência profissional: nas categorias de 1 a 5 anos, de 6 a 10 anos, de 11 a 15 anos, de 16 a 20 anos, de 21 a 25 anos, de 26 a 30 anos, mais de 30 anos. Para a análise dos dados as categorias foram agrupadas em: - Entre 1 a 25 anos - Mais de 25 anos.

Outras questões relevantes ao estudo

Última vez que tirou férias: nas categorias menos de 6 meses, entre 6 meses e 1 ano, entre 1 a 2 anos, mais de 2 anos. Para a análise dos dados, as categorias foram agrupadas em: - Menos de 6 meses - Mais de 6 meses.

Prática de atividade física regular: nas categorias não e sim.

Pensou em mudar de profissão: nas categorias não e sim.

Gostaria de colocar mais alguma coisa que considerasse importante: essa questão era aberta, e o entrevistado poderia escrever algo que considerasse importante para o estudo sem a interferência da pesquisadora.

4.4.2 Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI): (**Apêndice B**)

O CBI utilizado nessa pesquisa foi aquele traduzido e validado no Brasil por Campos *et al*, 2013. Embora o instrumento seja de domínio público, solicitou-se via email (**Anexo A**, permissão para a utilização do instrumento. Realizou-se também a etapa de tradução, de acordo com as diretrizes consideradas referências para instrumentos de pesquisa (Guillemin, 1995; Beaton *et al.*, 2000; Wild *et al.*, 2005) (**Anexos B-F**), para verificar a concordância entre a semântica e ortografia.

O instrumento CBI, contém dezenove questões, sendo seis, sete e seis itens para as dimensões pessoal, relacionado ao trabalho e relacionado ao cliente respectivamente. O CBI permite dois tipos de formato de resposta, um para intensidade – do “nível muito alto” para um “nível muito baixo”, e outro para frequência – “sempre para nunca/quase nunca”.

A frequência e intensidade com que cada sentimento foi avaliada nas três dimensões e pontuada numa escala com cinco opções: ‘sempre’ ou ‘num grau muito elevado’ (100%), ‘frequentemente’ ou ‘num grau elevado’ (75%), ‘algumas vezes’ ou ‘um pouco’ (50%), ‘raramente’ ou ‘num grau muito baixo’ (25%), e ‘nunca’ ou ‘quase nunca’ (0%), conforme o instrumento original preconizava (Kristensen *et al.*, 2005).

Uma vez que o instrumento CBI não define um ponto de corte (**Apêndice B**) pois os idealizadores do instrumento consideram que Burnout pode ocorrer num nível muito baixo até um nível muito alto, e para fins de análise dos dados, nesse estudo, considerou-se agrupar as categorias em :

- **Categoria zero (0)** para os itens relativos aos escores 0, 25 e 50% respectivamente, considerando esses os níveis mais baixos.
- **Categoria hum (1)** para os itens relativos aos escores 75 e 100%, respectivamente, considerando esses os níveis mais altos. (**Apêndice C**).

4.5 Método de aplicação do instrumento da pesquisa

Após a autorização da Prefeitura Municipal de Embu das Artes para a realização da pesquisa (**Anexo G**), o projeto foi submetido à aprovação na Plataforma Brasil (**Anexo H**) conforme a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOU SP, sob parecer nº 544531 (**Anexo I**).

Uma vez que os profissionais da rede pública estavam lotados em 13 UBS diferentes, a pesquisadora marcava um ou dois períodos em cada unidade de saúde para possibilitar alcançar a meta de resposta de 100%. Portanto, o trabalho de aplicação do instrumento foi de novembro de 2014 a janeiro de 2015.

Os sujeitos da pesquisa que concordaram em participar (taxa de resposta 100%), receberam o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme o (**Anexo J**) e assinaram as duas vias do termo - uma para si e outra para o pesquisador. A seguir, receberam os dois questionários para o preenchimento em mãos. Antes de iniciar o processo de resposta, a pesquisadora fazia uma breve explanação do conteúdo dos instrumentos e solicitava que os respondentes lessem o TCLE para dirimir qualquer dúvida pendente. Não havia tempo limite para preenchimento do questionário, de modo que os respondentes pudessem ler com calma as questões. Durante o tempo que o respondente estava com o material em

mãos, a pesquisadora ausentava-se da sala. Cada respondente ficava sozinho na sala previamente designada pela gerência da UBS onde o profissional estava lotado.

4.6 Critérios de inclusão

- ✓ Possuir graduação em odontologia.
- ✓ Realizar atividade profissional clínica.
- ✓ Ser servidor público, cirurgião-dentista.

4.7 Critérios de exclusão

Possuir graduação há menos de um ano ou atuar no serviço público municipal há menos de um ano – não foi observado nesse estudo.

4.8 Análise dos dados

Os dados foram digitados em planilha do Programa Excell (versão Office 2010) e posteriormente analisados por meio do Programa Epiinfo versão 7.1.5. Epi Info™, que é composto por uma série de ferramentas de livre distribuição e utilitários da Microsoft Windows para uso por profissionais da saúde pública para conduzir investigações de surtos, gerenciar bancos de dados para a vigilância da saúde pública e outras tarefas. O programa possibilita aos médicos, epidemiologistas e outros profissionais de saúde pública e autoridades médicas desenvolver rapidamente um questionário ou formulário, personalizar o processo de entrada de dados, e entrar e analisar dados. É um programa gratuito e pode ser baixado a partir

dos Centros para Prevenção e Controle de Doenças (CDC) e no <http://www.cdc.gov/epiinfo>.

Para as análises estatísticas foi realizada a distribuição de frequência, com sua respectiva proporção (%), para cada uma das variáveis socioeconômicas, com o objetivo de caracterizar a amostra. Para as respostas do questionário CBI também foram apresentadas as frequências e respectivas proporções (%), indicando o nível de stress dos participantes. Também foi calculada a média de cada uma das questões, a média dos diferentes componentes e a média geral.

A distribuição da frequência e da proporção (%) de acordo com o nível de Burnout foi realizada para cada uma das variáveis estudadas, utilizando-se o teste de associação pelo qui-quadrado, para avaliar o relacionamento entre a variável dependente (nível de Burnout) com cada uma das variáveis independentes. A significância estatística de cada variável foi verificada pelo valor de “p” do qui-quadrado não corrigido. No caso de alguma célula apresentar valor inferior a 5, utilizou-se o teste exato de Fisher para verificar-se a sua significância estatística.

Para as variáveis em que alguma categoria apresentou frequência igual a zero, não foi possível calcular a associação entre as variáveis.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa não envolveu riscos de ordem física e/ou riscos de ordem psicológica aos participantes.

Não haverá benefício direto aos participantes da pesquisa, entretanto, os resultados servirão de base para futuros estudos sobre a Síndrome de Burnout e poderão ser utilizados para a elaboração de políticas públicas de educação e formação em recursos humanos.

Uma vez que os dados da pesquisa são importantes para avaliação do processo de trabalho, esses serão devolvidos ao município de Embu das Artes sob a forma de resultados, que poderá utilizá-los de acordo com a conveniência, para planejar e implementar medidas de prevenção e combate à SB.

6 RESULTADOS

Tabela 6.1 – Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos na pesquisa, de acordo com as características sociodemográficas. Embu das Artes, 2014/15

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Gênero	Feminino	25	71,4
	Masculino	10	28,6
Idade	26 a 30 anos	4	11,4
	31 a 35 anos	2	5,7
	36 a 40 anos	2	5,7
	41 a 45 anos	7	20,0
	46 a 50 anos	5	14,3
	51 a 55 anos	12	34,3
	56 a 60 anos	3	8,6
Local de moradia	Carapicuíba	1	2,9
	Cotia	2	5,8
	Embu das Artes	3	8,6
	Osasco	1	2,9
	São Paulo	27	77,1
	Taboão da Serra	1	2,9
Local de Graduação	Araçatuba	2	5,9
	Araraquara	1	2,9
	Bauru	1	2,9
	Mogi das Cruzes	4	11,8
	Piracicaba	1	2,9
	Ribeirão Preto	4	11,8
	Santos	2	5,9
	São Bernardo	3	8,8
	São Paulo	16	47,1
Renda declarada	até 5 salários mínimos	3	8,6
	5 a 8 salários mínimos	14	40,0
	9 a 12 salários mínimos	15	42,8
	Mais de 13 salários mínimos	3	8,6
Total		35	100,0

A equipe de saúde bucal do município de Embu das Artes é composta em sua maioria, por mulheres (71,4%). A maioria dos profissionais (34,3%) pertence à faixa etária de 51 a 55 anos e também reside no município de São Paulo (77,1%) e 100% dos componentes da pesquisa graduou-se no estado de São Paulo. 48,6% têm renda de até 8 salários-mínimos e 51,4% declararam renda maior que 9 salários-mínimos (Tabela 6.1).

Tabela 6.2 - Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos no estudo, de acordo com a formação técnico-científica. Embu das Artes, 2014/15

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Especialização	Não	11	31,4
	Sim	24	68,6
Aperfeiçoamento	Não	18	51,4
	Sim	17	48,6
Pós-graduação	Não	31	88,6
	Sim	4	11,4
Total		35	100,0

Na amostra estudada, 68,6% e 48,6% foram os dados encontrados para os cursos de especialização e aperfeiçoamento, respectivamente. Apenas 11,4% tem pós-graduação *strictu sensu* (Tabela 6.2).

Tabela 6.3 - Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos no estudo, de acordo com a formação técnico-científica na área de Saúde Coletiva. Embu das Artes, 2014/15

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Especialização em Saúde Coletiva	Não	23	65,7
	Sim	12	34,3
Aperfeiçoamento em Saúde Coletiva	Não	34	97,1
	Sim	1	2,9
Total		35	100

Em relação ao tipo de especialização, 34,3% possuem especialidade relacionada à Saúde Coletiva e 65,7% não possuem especialização na área de Saúde Coletiva. Em relação ao aperfeiçoamento 2,9%, apenas um profissional realizou especialização na área da Saúde Coletiva (Tabela 6.3).

Tabela 6.4 - Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos na pesquisa, de acordo com as características relativo à execução da atividade profissional. Embu das Artes, 2014/15

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Exercício da atividade profissional	Serviço público	18	51,4
	Serviço privado	0	0,0
	Serviço público e privado	17	48,6
Carga Horária	Até 20 horas semanais	13	37,1
	De 20 a 40 horas semanais	2	5,7
	Mais de 41 horas semanais	20	57,1
Tempo de experiência profissional	De 1 a 5 anos	6	17,1
	De 6 a 10 anos	2	5,7
	De 11 a 15 anos	1	2,9
	De 16 a 20 anos	5	14,3
	De 21 a 25 anos	11	31,4
	De 26 a 30 anos	3	8,6
	Mais de 31 anos	7	20,0
Total		35	100,0

Do total de profissionais, 51,4% atua apenas no serviço público. A jornada de trabalho de 57,1% dos componentes é de mais de 40 horas semanais e a maioria (60,0%) têm tempo de experiência profissional acima de 21 anos (Tabela 6.4).

Tabela 6.5 – Distribuição do número e proporção (%) dos profissionais envolvidos na pesquisa, de acordo com características de relevância para o estudo. Embu das Artes, 2014/15

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Última vez que tirou férias	Menos de 6 meses	3	8,5
	Entre 6 meses e 1 ano	15	42,9
	Entre 1 a 2 anos	2	5,7
	Mais de 2 anos	15	42,9
Pratica atividade física regularmente	Não	21	60,0
	Sim	14	40,0
Já pensou em mudar de profissão	Não	20	57,1
	Sim	15	42,9
Total		35	100,0

Nesse estudo, 51,4% dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município tiraram férias há menos de um ano, 60% não realizam atividade física e 42,9% já pensaram em mudar de profissão (Tabela 6.5).

Tabela 6.6 - Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI): escalas, itens e frequências de respostas

Score da categoria de resposta	Sempre^a ou num nível muito alto^b	Frequente-mente^a ou num nível alto^b	Algumas vezes^a ou Um pouco^b	Raramente^a ou num nível baixo^b	Nunca/quase nunca^a ou num nível muito baixo^b	Média (DP)
	100	75	50	25	0	
	%	%	%	%	%	
Burnout Pessoal						
1. Com que frequência você se sente cansado(a) ? ^a	14,29	34,29	42,86	8,57	0,00	63,6 (21,3)
2. Com que frequência você se sente fisicamente exausto(a) ? ^a	14,29	11,43	51,83	17,14	5,71	52,8 (26,3)
3. Com que frequência você se sente emocionalmente exausto(a) ? ^a	14,29	22,86	28,57	31,43	2,86	53,6 (27,9)
4. Com que frequência você pensa: “eu não aguento mais” ? ^a	17,14	11,43	22,86	34,29	14,29	45,7 (32,9)
5. Com que frequência você se sente esgotado ? ^a	14,29	11,43	25,71	40,00	8,57	45,7 (30,0)
6. Com que frequência você se sente fraco e susceptível a adoecer ? ^a	11,43	14,29	14,29	42,86	17,14	40,0 (31,6)
Média	14,3	17,6	31,0	29,0	8,1	50,2 (26,1)
Burnout relacionado ao trabalho						
7. Você se sente esgotado ao final de um dia de trabalho ? ^a	8,57	40,00	42,86	8,57	0,00	62,1 (19,5)
8. Você se sente exausto pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho pela frente ? ^a	5,71	14,29	31,43	42,86	5,71	42,8 (24,7)
9. Você sente que cada hora de trabalho é cansativa para você ? ^a	8,57	20,00	31,43	31,43	8,57	47,1 (27,6)
10. Você tem energia para a família e amigos durante o seu tempo de lazer ? ^b	11,43	37,14	34,29	14,29	2,86	60,0 (24,4)
11. O seu trabalho é emocionalmente exaustivo ? ^b	11,43	28,57	31,43	28,57	0,00	55,7 (25,1)
12. O seu trabalho lhe causa frustrações ? ^b	8,57	31,43	28,57	20,00	11,43	51,4 (29,0)
13. Você se sente esgotado por causa do trabalho ? ^b	11,43	28,57	37,14	20,00	2,86	56,4 (25,2)
Média	9,39	28,57	33,88	23,67	4,49	53,7 (16,3)
Burnout relacionado ao paciente						
14. Você acha difícil trabalhar com seus clientes/pacientes ? ^b	2,86	5,71	40,00	42,86	8,57	37,8 (21,3)
15. Trabalhar com seus clientes/pacientes esgota a sua energia ? ^b	20,00	28,57	45,71	5,71	0,00	40,7 (21,9)
16. Você acha frustrante trabalhar com seus clientes/pacientes ? ^b	2,86	11,43	25,71	45,71	14,29	35,0 (25,1)
17. Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com seus clientes/pacientes ? ^b	5,71	17,14	31,43	31,43	14,29	41,4 (28,4)
18. Você está cansado de trabalhar com clientes/pacientes ? ^a	8,57	17,14	22,86	25,71	25,71	38,6 (32,8)
19. Você, às vezes se pergunta por quanto tempo será capaz de trabalhar com clientes/pacientes ? ^a	17,14	17,14	25,71	22,86	17,14	47,8 (34,5)
Média	9,52	16,19	31,90	29,05	13,33	40,2 (23,2)

Escores da escala de respostas 0-100. a. categoria resposta para itens com ^a b. categoria reposta para itens com ^b

Burnout Pessoal:

Na **Questão 1** - Com que frequência você se sente cansado(a) ? a maioria das respostas 42,86% apresentou o escore “algumas vezes/um pouco” e não houve resposta para “nunca/quase nunca”.

Na **questão 2** - Com que frequência você se sente fisicamente exausto(a) ? 51,83% das respostas apresentou o escore “algumas vezes/um pouco” e, 5,71% para “nunca/quase nunca”.

Na **questão 3** - Com que frequência você se sente emocionalmente exausto(a) ? 31,43% das respostas apresentou o escore “raramente”, 2,86% para “nunca/quase nunca”.

Na **questão 4** - Com que frequência você pensa: “eu não aguento mais”? 34,29% das respostas foi para o escore “raramente” e, 11,43% para “frequentemente”.

Na **questão 5** - Com que frequência você se sente esgotado (a)? 40,0% das respostas apresentou escore “raramente” e, 8,57% para “nunca/quase nunca”.

Na **questão 6** - Com que frequência você se sente fraco(a) e susceptível a adoecer? 42,86% das respostas apresentou escore “raramente” e, 11,43% para “sempre”.

Burnout relacionado ao trabalho:

Na **questão 7** - Você se sente esgotado(a) ao final de um dia de trabalho? 42,86% das respostas apresentou escore “algumas vezes”. Não houve resposta assinalada para “nunca/quase nunca”.

Na **questão 8** - Você se sente exausto(a) pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho pela frente? 42,86% das respostas apresentou o escore “raramente” e, 5,71% para “sempre” e “nunca/quase nunca”.

Na **questão 9** – Você sente que cada hora de trabalho é cansativa para você? 31,43% das respostas apresentou o escore “algumas vezes” e “raramente” e, 8,57%, os escores “sempre” e “nunca/quase nunca”.

Na **questão 10** – Você tem energia para a família e amigos durante o seu tempo de lazer? 37,14% das respostas apresentou o escore “frequentemente” e 2,86% “nunca /quase nunca”.

Na **questão 11** – O seu trabalho é emocionalmente exaustivo? 31,43% das respostas apresentou o escore “um pouco” e não houve taxa de resposta para o escore “num nível muito baixo”.

Na **questão 12** – O seu trabalho lhe causa frustrações? 31,43% das respostas apresentou o escore “num nível alto” e, 11,43% apresentou o escore “num nível muito baixo”.

Na **questão 13** - Você se sente esgotado(a) por causa do trabalho? 37,14% das respostas apresentou o escore “um pouco” e, 2,86% “num nível muito baixo”.

Dimensão Burnout relacionado ao paciente:

Na **questão 14** - Você acha difícil trabalhar com seus clientes/pacientes? 42,86% das respostas apresentou o escore “num nível baixo” e 2,86% “num nível muito alto”.

Na **questão 15** - Trabalhar com seus clientes/pacientes esgota a sua energia? 45,71% das respostas apresentou o escore “um pouco” e não houve resposta para “num nível muito baixo”.

Na **questão 16** – Você acha frustrante trabalhar com seus clientes/pacientes? 45,71% das respostas apresentou o escore “num nível baixo” e 2,86% para “num nível muito alto”.

Na **questão 17** - Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com seus clientes/pacientes? 31,43% das respostas foram igualmente atribuídas aos escores “algumas vezes” e “raramente”.

Na **questão 18** - Você está cansado de trabalhar com clientes/pacientes? 25,71% foram as taxas de resposta atribuídas para os escores “raramente” e “nunca/quase nunca”.

Na **questão 19** - Você, às vezes se pergunta por quanto tempo será capaz de trabalhar com clientes/pacientes? 25,71% foram as taxas de resposta para “algumas vezes”.

Soma dos níveis de Burnout:

A soma das proporções para os níveis de Burnout Pessoal relacionadas à Categoria 1 (75 e 100%), isto é, para os componentes do estudo que apresentaram os níveis mais altos de Burnout foi 31,9%.

A soma das proporções para os níveis de Burnout Relacionado ao trabalho referentes à Categoria 1 (75 e 100%), ou seja, para aqueles componentes do estudo que apresentaram níveis mais elevados de Burnout, foi 37,96%.

A soma das proporções para os níveis de Burnout Relacionado ao Paciente referentes à categoria 1 (75 e 100%), isto é, aqueles que apresentaram níveis mais elevado de Burnout, foi 25,71%. (Tabela 6.6).

Tabela 6.7 - Média e desvio padrão das dimensões de Burnout do CBI. Embu das Artes 2014/15

<i>Dimensões</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Burnout Pessoal	50,2	26,1
Burnout relacionado ao trabalho	53,7	16,3
Burnout relacionado ao paciente	40,2	23,2
Total	48,35	19,70

A média da dimensão Burnout Pessoal foi de 50,2 e desvio padrão de 26,1.

A média da dimensão Burnout relacionado ao trabalho foi de 53,7 e desvio padrão de 16,3.

A média da dimensão Burnout relacionado ao paciente foi 40,2 e desvio padrão de 23,2.

A média das três dimensões de Burnout foi 48,35 e desvio padrão de 19,70. (Tabela 6.7).

Tabela 6.8 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 1 do CBI: “ Com que frequência você se sente cansado(a)?” (Burnout Pessoal). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	12	48,0	13	52,0	100	0,9148	-----
	Masculino	5	50,0	5	50,0	100		
Idade	45 anos ou menos	5	33,3	10	66,7	100	0,1183	-----
	46 anos ou mais	12	60,0	8	40,0	100		
Local de moradia	Próxima	5	50,0	5	50,0	100	0,9148	-----
	Distante	12	48,0	13	52,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	10	55,6	8	44,4	100	0,3949	-----
	9 ou mais salários	7	41,2	10	58,8	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	13	60,0	9	40,9	100	-----	0,1642
	Sim	4	30,8	9	69,2	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	17	50,0	17	50,0	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	10	55,6	8	44,4	100	0,3949	-----
	Serviço público e privado	7	41,2	10	58,8	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	7	43,8	9	56,2	100	0,6005	-----
	Mais de 26 anos	10	52,6	9	47,4	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	5	33,3	10	66,7	100	0,1183	-----
	Mais de 6 meses	12	60,0	8	40,0	100		
Pratica atividade física	Não	11	52,4	10	47,6	100	0,5807	-----
	Sim	6	42,9	8	57,1	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	4	20,0	16	80,0	100	-----	0,0001
	Sim	13	86,7	2	13,3	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	12	54,5	10	45,4	100	0,3576	-----
	Mais de 40 horas	5	38,5	8	61,5	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular.

As pessoas que apresentaram maiores níveis de stress responderam mais frequentemente (86,7%) pensarem em “mudar de profissão” do que aquelas com menores níveis de stress (13,3%), demonstrando uma diferença estatisticamente significativa ($p= 0,0001$) entre os dois grupos (Tabela 6.8).

Tabela 6.9 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 2 do CBI: "Com que frequência você se sente fisicamente exausto(a)?" (Burnout pessoal) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	7	28,0	18	72,0	100	-----	1,0000
	Masculino	2	20,0	8	80,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,2443
	46 anos ou mais	7	35,0	13	65,0	100		
Local de moradia	Próxima	2	20,0	8	80,0	100	-----	1,0000
	Distante	7	28,0	18	72,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	6	33,3	12	66,7	100	-----	0,4301
	9 ou mais salários	3	17,6	14	82,4	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	8	36,4	14	63,6	100	-----	0,1094
	Sim	1	7,7	12	92,3	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	9	26,5	25	73,5	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	6	33,3	12	66,7	100	-----	0,4430
	Serviço público e privado	2	17,7	14	82,3	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	3	18,7	13	81,3	100	-----	0,4605
	Mais de 26 anos	6	31,6	3	68,4	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	3	20,0	12	80,0	100	-----	1,0000
	Mais de 6 meses	6	30,0	14	70,0	100		
Pratica atividade física	Não	5	23,8	16	76,2	100	-----	1,0000
	Sim	4	28,6	10	71,4	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	2	10,0	18	90,0	100	-----	0,0216
	Sim	7	46,7	8	53,3	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	6	27,1	16	72,7	100	-----	1,0000
	Mais de 40 horas	3	23,1	10	76,9	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao pensamento de mudar de profissão e a questão 2, de acordo com o teste de Fisher (0,0216) (Tabela 6.9).

Tabela 6.10 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 3 do CBI: “Com que frequência você se sente emocionalmente exausto(a)?” (Burnout Pessoal) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	9	36,0	16	64,0	100	-----	1,0000
	Masculino	4	40,0	6	60,0	100		
Idade	45 anos ou menos	5	33,3	10	66,7	100	0,6863	-----
	46 anos ou mais	8	40,0	12	60,0	100		
Local de moradia	Próxima	4	40,0	6	60,0	100	-----	1,0000
	Distante	9	36,0	16	64,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	8	44,4	10	55,6	100	0,3576	-----
	9 ou mais salários	5	29,4	12	70,6	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	11	50,0	11	50,0	100	-----	0,0701
	Sim	2	15,4	11	84,6	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	13	38,2	21	61,8	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	9	50,0	9	50,0	100	-----	0,1642
	Serviço público e privado	4	23,5	13	50,0	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	6	37,5	10	62,5	100	0,9679	-----
	Mais de 26 anos	7	38,6	12	63,2	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	5	33,3	10	66,7	100	0,6863	-----
	Mais de 6 meses	8	40,0	12	60,0	100		
Pratica atividade física	Não	8	38,1	13	61,9	100	0,8864	-----
	Sim	5	35,7	9	64,3	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	3	15,0	17	85,0	100	-----	0,0038
	Sim	10	66,7	5	33,3	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	9	40,9	13	59,1	100	-----	0,7212
	Mais de 40 horas	4	30,8	9	69,2	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que refere-se ao pensamento de mudar de profissão e a questão 3, de acordo com o teste Fisher (0,0038) (Tabela 6.10).

Tabela 6.11 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 4 do CBI: “Com que frequência você pensa: “eu não aguento mais?” (Burnout Pessoal) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	8	32,0	17	68,0	100	-----	0,6858
	Masculino	2	20,0	8	80,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,1340
	46 anos ou mais	8	40,0	12	60,0	100		
Local de moradia	Próxima	2	20,0	8	80,0	100	-----	0,6858
	Distante	8	32,0	17	68,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	5	27,8	13	72,2	100	0,9148	-----
	9 ou mais salários	5	29,4	12	70,6	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	9	40,9	13	59,1	100	-----	0,0548
	Sim	1	7,7	12	92,3	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	10	29,4	24	70,6	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	6	33,3	12	66,7	100	-----	0,7112
	Serviço público e privado	4	23,5	13	76,5	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	4	25,0	12	75,0	100	-----	0,7233
	Mais de 26 anos	6	31,6	13	68,4	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	3	20,0	12	80,0	100	-----	0,4582
	Mais de 6 meses	7	35,0	13	65,0	100		
Pratica atividade física	Não	5	23,8	16	76,2	100	0,4450	-----
	Sim	5	35,7	9	64,3	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	2	10,0	18	90,0	100	-----	0,0082
	Sim	8	53,3	7	46,7	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	7	31,8	15	68,2	100	-----	0,7094
	Mais de 40 horas	3	23,9	10	76,9	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Entre a variável que refere-se à especialização em saúde coletiva e a questão 4, segundo o teste Fisher (0,0548), ficou muito próxima ao limiar de significância estatística.

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao pensamento de mudar de profissão e a questão 4 pelo teste de Fisher (0,0082) (Tabela 6.11).

Tabela 6.12 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 5 do CBI: “Com que frequência você se sente esgotado(a)?” (Burnout Pessoal). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	7	28,0	18	72,0	100	-----	1,0000
	Masculino	2	20,0	8	80,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,2444
	46 anos ou mais	7	35,0	13	65,0	100		
Local de moradia	Próxima	2	20,0	8	80,0	100	-----	1,0000
	Distante	7	28,0	18	72,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	5	27,8	13	72,2	100	-----	1,0000
	9 ou mais salários	4	23,5	13	76,5	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	8	36,4	14	63,6	100	-----	0,1094
	Sim	1	7,7	12	92,3	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	9	26,5	25	73,5	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	6	33,3	12	66,7	100	-----	0,4430
	Serviço público e privado	3	17,7	14	82,3	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	3	18,7	13	81,3	100	-----	0,4605
	Mais de 26 anos	6	31,6	13	68,4	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	3	20,0	12	80,0	100	-----	0,7003
	Mais de 6 meses	6	30,0	14	70,0	100		
Pratica atividade física	Não	5	23,8	16	76,2	100	-----	1,0000
	Sim	4	28,6	10	71,4	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	2	10,0	18	90,0	100	-----	0,0216
	Sim	7	46,7	8	53,3	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	6	27,3	16	72,7	100	-----	1,0000
	Mais de 40 horas	3	23,1	10	76,9	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que refere-se ao pensamento de mudar de profissão e a questão 5 de acordo com o teste Fisher (0,0216) (Tabela 6.12).

Tabela 6.13 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 6 do CBI: “Com que frequência você se sente fraco e susceptível a adoecer?” (Burnout Pessoal) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	7	28,0	18	72,0	100	-----	1,0000
	Masculino	2	20,0	8	80,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,2444
	46 anos ou mais	7	35,0	13	65,0	100		
Local de moradia	Próxima	2	20,0	8	80,0	100	-----	1,0000
	Distante	7	28,0	18	72,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	6	33,3	12	66,7	100	-----	0,4430
	9 ou mais salários	3	17,7	14	82,3	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	8	36,4	14	63,6	100	-----	0,1094
	Sim	1	7,7	12	92,3	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	9	26,5	25	73,5	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	4	22,2	14	77,8	100	-----	0,7112
	Serviço público e privado	5	29,4	12	70,6	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	3	18,8	13	81,3	100	-----	0,4605
	Mais de 26 anos	6	31,6	13	68,4	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,2444
	Mais de 6 meses	7	35,0	13	65,0	100		
Pratica atividade física	Não	5	23,8	16	76,2	100	-----	1,0000
	Sim	4	28,6	10	71,4	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	2	10,0	18	90,0	100	-----	0,0216
	Sim	7	46,7	8	53,3	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	6	27,3	16	72,7	100	-----	1,0000
	Mais de 40 horas	3	23,1	10	76,9	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao pensamento de mudar de profissão e a questão 6 de acordo com o teste Fisher (0,0216) (Tabela 6.13).

Tabela 6.14 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 7 do CBI: “Você se sente esgotado(a) ao final de um dia de trabalho?” (Burnout relacionado ao trabalho) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	13	52,0	12	48,0	100	-----	0,7112
	Masculino	4	40,0	6	60,0	100		
Idade	45 anos ou menos	6	40,0	9	60,0	100	0,3796	-----
	46 anos ou mais	11	55,0	6	45,0	100		
Local de moradia	Próxima	5	50,0	5	50,0	100	0,9148	-----
	Distante	12	48,0	13	52,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	10	55,6	8	44,4	100	0,3949	-----
	9 ou mais salários	7	41,2	10	58,5	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	14	63,6	8	36,4	100	-----	0,0354
	Sim	3	23,1	10	76,9	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	16	47,1	18	52,9	100	*	*
	Sim	1	100,0	0	0,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	10	55,6	8	44,4	100	0,3949	-----
	Serviço público e privado	7	41,2	10	58,8	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	8	50,0	8	50,0	100	0,8767	-----
	Mais de 26 anos	9	47,4	10	52,6	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	7	46,7	8	53,3	100	0,8452	-----
	Mais de 6 meses	10	20,0	10	50,0	100		
Pratica atividade física	Não	10	47,6	11	52,4	100	0,8902	-----
	Sim	7	50,0	7	50,0	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	5	25,0	15	75,0	100	-----	0,0020
	Sim	12	80,0	3	20,0	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	13	59,1	9	40,9	100	-----	0,1642
	Mais de 40 horas	4	30,8	9	69,2	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que se referia à realização de especialização em saúde coletiva e a questão 7, conforme o teste de Fisher (0,0354).

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao pensamento de mudar de profissão e a questão 7, segundo o teste Fisher = 0,0020 (Tabela 6.14).

Tabela 6.15 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 8 do CBI: “Você se sente exausto pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho pela frente?” (Burnout relacionado ao trabalho) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	6	24,0	19	76,0	100	-----	0,6445
	Masculino	1	10,0	9	90,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,6722
	46 anos ou mais	5	25,0	15	75,0	100		
Local de moradia	Próxima	0	0,0	10	100,0	100	*	*
	Distante	7	28,0	18	72,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	4	22,2	14	77,8	100	-----	0,0835
	9 ou mais salários	3	17,6	14	82,4	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	6	27,3	16	72,7	100	-----	0,2197
	Sim	1	7,7	12	92,3	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	7	20,6	27	79,4	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	4	22,2	14	77,8	100	-----	1,0000
	Serviço público e privado	3	17,6	14	82,4	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	3	18,7	13	81,3	100	-----	1,0000
	Mais de 26 anos	4	21,0	15	79,0	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,6722
	Mais de 6 meses	5	25,0	15	75,0	100		
Pratica atividade física	Não	5	23,8	16	76,2	100	-----	0,6760
	Sim	2	14,3	12	85,7	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	2	10,0	18	90,0	100	-----	0,1122
	Sim	5	33,3	10	66,7	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	5	22,7	17	77,3	100	-----	0,6889
	Mais de 40 horas	2	15,4	11	84,6	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Nenhuma variável estudada apresentou-se associada à questão 8 de uma forma estatisticamente significativa (Tabela 6.15).

Tabela 6.16 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 9 do CBI: "Você sente que cada hora de trabalho é cansativa para você?" (Burnout relacionado ao trabalho) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	7	28,0	18	72,0	100	-----	1,0000
	Masculino	3	30,0	7	70,0	100		
Idade	45 anos ou menos	4	26,7	11	73,3	100	-----	1,0000
	46 anos ou mais	6	30,0	14	70,0	100		
Local de moradia	Próxima	3	30,0	7	70,0	100	-----	1,0000
	Distante	7	28,0	18	72,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	5	27,8	13	72,2	100	0,9148	-----
	9 ou mais salários	5	29,4	12	70,6	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	8	36,7	14	63,6	100	-----	0,2591
	Sim	2	15,4	11	84,6	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	10	29,4	24	70,6	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	5	27,8	13	72,2	100	0,9148	-----
	Serviço público e privado	5	29,4	12	70,6	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	5	31,2	11	68,8	100	0,7475	-----
	Mais de 26 anos	5	26,3	14	73,7	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	4	26,7	11	73,3	100	0,8290	1,0000
	Mais de 6 meses	6	30,0	14	70,0	100		
Pratica atividade física	Não	6	28,6	15	71,4	100	*	1,0000
	Sim	4	28,6	10	71,4	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	4	20,0	16	80,0	100	*	0,2660
	Sim	6	40,0	9	60,0	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	5	22,7	17	77,3	100	0,3194	-----
	Mais de 40 horas	5	38,5	8	61,5	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Nenhuma variável estudada apresentou-se associada à questão 9 de uma forma estatisticamente significativa (Tabela 6.16).

Tabela 6.17 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 10 do CBI: "Você tem energia para a família e amigos durante o seu tempo de lazer?" (Burnout relacionado ao trabalho) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	11	44,0	14	56,0	100	-----	0,4705
	Masculino	6	60,0	4	40,0	100		
Idade	45 anos ou menos	8	53,5	7	46,5	100	0,6254	-----
	46 anos ou mais	9	45,0	11	55,0	100		
Local de moradia	Próxima	4	40,0	6	60,0	100	0,5211	-----
	Distante	13	52,0	12	48,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	8	44,4	10	55,6	100	0,6152	-----
	9 ou mais salários	9	52,9	8	47,1	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	11	50,0	11	50,0	100	0,8259	-----
	Sim	6	46,1	7	53,9	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	17	50,0	17	50,0	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	8	44,4	10	55,6	100	0,6152	-----
	Serviço público e privado	9	52,9	8	47,1	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	8	50,0	8	50,0	100	0,8767	-----
	Mais de 26 anos	9	47,4	10	52,6	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	10	66,7	5	33,3	100	0,0636	-----
	Mais de 6 meses	7	35,0	13	65,0	100		
Pratica atividade física	Não	11	52,4	10	47,6	100	0,5807	-----
	Sim	6	42,9	8	57,1	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	12	60,0	8	40,0	100	0,1183	-----
	Sim	5	33,3	10	66,7	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	10	45,5	12	54,5	100	0,6312	-----
	Mais de 40 horas	7	53,8	6	46,2	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Nenhuma variável estudada apresentou-se associada à questão 10 de uma forma estatisticamente significativa (Tabela 6.17).

Tabela 6.18 - Relação entre as variáveis de exposição e a Questão 11 do CBI: “O seu trabalho é emocionalmente exaustivo?” (Burnout relacionado ao trabalho) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	10	40,0	15	60,0	100	-----	1,0000
	Masculino	4	40,0	6	60,0	100		
Idade	45 anos ou menos	5	33,3	10	66,7	100	0,4857	-----
	46 anos ou mais	9	45,0	11	55,0	100		
Local de moradia	Próxima	4	40,0	6	60,0	100	-----	1,0000
	Distante	10	40,0	15	60,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	7	38,9	11	61,1	100	0,8901	-----
	9 ou mais salários	7	41,2	10	58,8	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	11	50,0	11	76,9	100	-----	0,1621
	Sim	3	23,1	10	50,0	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	14	41,2	20	58,8	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	9	50,0	9	50,0	100	0,2140	-----
	Serviço público e privado	5	29,4	12	70,6	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	7	43,7	9	56,2	100	0,6777	-----
	Mais de 26 anos	7	36,8	12	63,2	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	4	26,7	11	73,3	100	-----	0,2958
	Mais de 6 meses	10	50,0	10	50,0	100		
Pratica atividade física	Não	8	38,1	13	61,9	100	0,7781	-----
	Sim	6	42,9	8	57,1	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	4	20,0	16	80,0	100	-----	0,0132
	Sim	10	66,7	5	33,3	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	9	40,9	13	59,1	100	0,8864	-----
	Mais de 40 horas	5	38,4	8	61,5	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que refere-se ao pensamento de mudar de profissão e a questão 11, conforme o teste Fisher = 0,0132 (Tabela 6.18).

Tabela 6.19 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 12 do CBI: "O seu trabalho lhe causa frustrações?" (Burnout relacionado ao trabalho) Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	11	44,0	14	56,0	100	-----	0,7041
	Masculino	3	30,0	7	70,0	100		
Idade	45 anos ou menos	4	26,7	11	73,3	100	-----	0,2958
	46 anos ou mais	10	50,0	10	50,0	100		
Local de moradia	Próxima	4	40,0	6	60,0	100	-----	1,0000
	Distante	10	40,0	15	60,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	7	38,9	11	61,1	100	0,8901	-----
	9 ou mais salários	7	41,2	10	58,8	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	10	45,4	12	54,6	100	-----	0,4875
	Sim	4	30,8	9	69,2	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	14	41,2	20	58,5	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	8	44,4	10	55,6	100	0,5807	-----
	Serviço público e privado	6	35,3	11	64,7	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	6	37,5	10	62,5	100	0,7817	-----
	Mais de 26 anos	8	42,1	11	57,9	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	5	33,3	10	66,7	100	0,4857	-----
	Mais de 6 meses	9	45,0	11	55,0	100		
Pratica atividade física	Não	6	28,6	15	71,4	100	0,0910	-----
	Sim	8	57,1	6	42,9	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	3	15,0	17	85,0	100	-----	0,0012
	Sim	11	73,3	3	26,7	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	10	45,4	12	54,6	100	-----	0,4875
	Mais de 40 horas	4	30,8	9	69,2	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que refere-se ao pensamento de mudar de profissão e a questão 12, conforme o teste Fisher (0,0012) (Tabela 6.19).

Tabela 6.20 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 13 do CBI: “Você se sente esgotado(a) por causa do trabalho?” (Burnout relacionado ao trabalho. Embu das Artes 2014/15)

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	10	40,0	15	60,0	100	-----	1,0000
	Masculino	4	60,0	6	40,0	100		
Idade	45 anos ou menos	3	20,0	12	80,0	100	-----	0,0461
	46 anos ou mais	11	55,0	9	45,0	100		
Local de moradia	Próxima	3	30,0	7	70,0	100	-----	0,7041
	Distante	11	44,0	14	56,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	6	33,3	12	66,7	100	0,4074	-----
	9 ou mais salários	8	47,1	9	52,9	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	10	45,4	12	54,6	100	-----	0,4875
	Sim	4	30,8	9	69,2	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	13	38,2	21	61,8	100	*	*
	Sim	1	100,0	0	0,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	8	44,4	10	55,6	100	0,5807	-----
	Serviço público e privado	6	35,3	11	64,7	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	5	31,2	11	68,8	100	0,3322	-----
	Mais de 26 anos	9	47,4	10	52,6	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	4	26,7	11	73,3	100	-----	0,2958
	Mais de 6 meses	10	50,0	10	50,0	100		
Pratica atividade física	Não	8	38,1	13	61,9	100	0,7781	-----
	Sim	6	42,9	8	57,1	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	5	25,0	15	75,0	100	0,0365	-----
	Sim	9	60,0	6	40,0	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	9	40,9	13	59,1	100	0,8864	-----
	Mais de 40 horas	5	38,5	8	61,5	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável referente à idade e a questão 13, conforme o teste Fisher (0,0461).

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao pensamento em mudar de profissão e a questão 13, segundo o teste p do χ^2 (0,0365) (Tabela 6.20).

Tabela 6.21 – Relação entre as variáveis de exposição e a questão 14 do CBI: “Você acha difícil trabalhar com seus clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	2	8,0	23	92,0	100	-----	1,0000
	Masculino	1	10,0	9	90,0	100		
Idade	45 anos ou menos	1	6,7	14	93,3	100	-----	1,0000
	46 anos ou mais	2	10,0	18	90,0	100		
Local de moradia	Próxima	0	0,0	10	100,0	100	*	*
	Distante	3	12,0	22	88,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	2	11,1	16	88,9	100	-----	1,0000
	9 ou mais salários	1	5,9	16	94,1	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	2	9,1	20	90,9	100	-----	1,0000
	Sim	1	66,7	12	92,3	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	3	8,8	31	91,2	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	2	11,1	16	88,9	100	-----	1,0000
	Serviço público e privado	1	5,9	16	94,1	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	1	6,2	15	93,8	100	-----	1,0000
	Mais de 26 anos	2	10,5	17	89,5	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,5645
	Mais de 6 meses	1	5,0	19	95,0	100		
Pratica atividade física	Não	3	14,3	18	85,70	100	*	*
	Sim	0	0,0	14	100,0	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	1	5,0	19	95,0	100	-----	0,5645
	Sim	2	13,3	13	86,7	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	2	9,1	20	90,9	100	-----	1,0000
	Mais de 40 horas	1	7,7	12	92,3	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Nenhuma variável estudada apresentou-se associada à questão 14 de uma forma estatisticamente significativa (Tabela 6.21).

Tabela 6.22 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 15 do CBI: “Trabalhar com seus clientes/pacientes esgota a sua energia?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	5	20,0	20	80,0	100	-----	1,0000
	Masculino	2	20,0	8	80,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,6722
	46 anos ou mais	5	25,0	15	75,0	100		
Local de moradia	Próxima	1	10,0	9	90,0	100	-----	0,6444
	Distante	6	24,0	19	76,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	3	16,7	15	83,3	100	-----	0,6906
	9 ou mais salários	4	23,5	13	76,5	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	6	27,3	16	72,7	100	-----	0,2197
	Sim	1	7,7	12	92,3	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	7	20,6	27	79,4	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	4	22,2	14	77,8	100	-----	1,0000
	Serviço público e privado	3	17,6	14	82,4	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	4	25,0	12	75,0	100	-----	0,6772
	Mais de 26 anos	3	15,8	16	84,2	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	3	20,0	12	80,0	100	-----	1,0000
	Mais de 6 meses	4	20,0	16	80,0	100		
Pratica atividade física	Não	5	23,8	16	76,2	100	-----	0,6706
	Sim	2	14,3	12	85,7	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	1	5,0	19	95,0	100	-----	0,0274
	Sim	6	40,0	9	60,0	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	5	22,7	17	77,3	100	-----	0,6889
	Mais de 40 horas	2	15,4	11	84,6	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao pensamento de mudar de profissão e a questão 15, de acordo com o teste de Fisher (0,0274) (Tabela 6.22).

Tabela 6.23 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 16 do CBI: “Você acha frustrante trabalhar com seus clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	2	18,0	23	92,0	100	-----	0,1278
	Masculino	3	30,0	7	70,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	1,0000
	46 anos ou mais	3	15,0	17	85,0	100		
Local de moradia	Próxima	1	10,0	9	90,0	100	-----	1,0000
	Distante	4	16,0	21	84,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	2	11,1	16	88,9	100	-----	0,6581
	9 ou mais salários	3	17,6	14	82,4	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	3	13,6	19	86,4	100	-----	0,7211
	Sim	2	15,4	11	84,6	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	5	14,7	29	85,3	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	3	16,7	15	83,3	100	-----	1,0000
	Serviço público e privado	2	11,8	15	88,2	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	3	18,7	13	81,3	100	-----	0,6418
	Mais de 26 anos	2	10,5	17	89,5	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	1	8,7	14	93,3	100	-----	0,3645
	Mais de 6 meses	4	20,0	16	80,0	100		
Pratica atividade física	Não	2	9,5	19	90,5	100	-----	0,3610
	Sim	3	21,4	11	78,6	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	0	0,0	20	100,0	100	*	*
	Sim	5	33,3	10	66,7	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	3	13,6	19	83,4	100	-----	1,0000
	Mais de 40 horas	2	15,4	11	84,6	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Nenhuma variável estudada apresentou-se associada à questão 16 de uma forma estatisticamente significativa (Tabela 6.23).

Tabela 6.24 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 17 do CBI: “Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com seus clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	5	20,0	20	80,0	100	-----	0,6614
	Masculino	3	30,0	7	70,0	100		
Idade	45 anos ou menos	4	26,7	11	73,3	100	-----	0,7003
	46 anos ou mais	4	20,0	16	80,0	100		
Local de moradia	Próxima	2	20,0	8	80,0	100	-----	1,0000
	Distante	6	24,0	19	76,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	5	27,8	13	72,2	100	-----	0,6906
	9 ou mais salários	3	17,6	14	82,4	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	6	27,3	16	72,7	100	-----	0,6710
	Sim	2	15,4	11	84,6	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	8	23,5	26	76,5	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	6	33,3	12	66,7	100	-----	0,2285
	Serviço público e privado	2	11,8	15	88,2	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	5	31,2	11	68,8	100	-----	0,4236
	Mais de 26 anos	3	15,8	16	74,2	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,4193
	Mais de 6 meses	6	30,0	14	70,0	100		
Pratica atividade física	Não	4	19,0	17	81,0	100	-----	0,6853
	Sim	4	28,6	10	71,4	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	2	10,0	18	90,0	100	-----	0,0515
	Sim	6	40,0	9	60,0	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	6	27,3	16	72,7	100	0,4183	-----
	Mais de 40 horas	7	15,4	11	84,6	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Entre a questão 17 e a variável que diz respeito ao pensamento de mudar de profissão, houve uma associação muito próxima ao limiar de significância estatística conforme apontado pelo teste de Fisher (0,0515) (Tabela 6.24).

Tabela 6.25 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 18 do CBI: “Você está cansado de trabalhar com clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	7	28,0	18	72,0	100	-----	1,0000
	Masculino	2	20,0	8	80,0	100		
Idade	45 anos ou menos	2	13,3	13	86,7	100	-----	2,4444
	46 anos ou mais	7	35,0	13	65,0	100		
Local de moradia	Próxima	2	20,0	8	80,0	100	-----	1,0000
	Distante	7	28,0	18	72,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	5	27,8	13	72,2	100	-----	1,0000
	9 ou mais salários	4	23,5	13	76,5	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	7	31,8	15	68,2	100	-----	0,4311
	Sim	2	15,4	11	84,6	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	9	26,5	25	73,5	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	5	27,8	13	72,2	100	-----	1,0000
	Serviço público e privado	4	23,5	13	76,5	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	3	18,7	13	81,3	100	-----	0,4605
	Mais de 26 anos	6	31,6	13	68,4	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,2444
	Mais de 6 meses	7	35,0	13	65,0	100		
Pratica atividade física	Não	4	19,0	17	81,0	100	-----	0,4318
	Sim	5	35,7	9	64,3	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	1	5,0	19	95,0	100	-----	0,0019
	Sim	8	53,3	7	46,7	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	7	31,8	5	68,2	100	-----	0,4311
	Mais de 40 horas	2	15,4	11	84,6	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que refere-se ao pensamento de mudar de profissão e a questão 18 conforme o teste Fisher (0,0019) (Tabela 6.25).

Tabela 6.26 - Relação entre as variáveis de exposição e a questão 19: “Você, às vezes se pergunta por quanto tempo será capaz de trabalhar com clientes/pacientes?” (Burnout relacionado ao paciente). Embu das Artes 2014/15

Variável	Categorias	1		0		Total	p do χ^2	Fisher
		n.	%	n.	%			
Gênero	Feminino	8	22,0	17	68,0	100	-----	0,7062
	Masculino	4	40,0	6	60,0	100		
Idade	45 anos ou menos	4	26,7	11	73,3	100	-----	0,4885
	46 anos ou mais	8	40,0	12	60,0	100		
Local de moradia	Próxima	4	40,0	6	60,0	100	-----	0,7062
	Distante	8	32,0	17	68,0	100		
Renda declarada	Até 8 salários	4	22,2	14	77,8	100	-----	0,1642
	9 ou mais salários	8	47,1	9	52,9	100		
Especialização em Saúde Coletiva	Não	7	31,8	15	68,2	100	0,6891	-----
	Sim	5	38,5	8	61,5	100		
Aperfeiçoamento Saúde Coletiva	Não	12	35,3	22	64,7	100	*	*
	Sim	0	0,0	1	100,0	100		
Exerce atividade profissional	Serviço público	6	33,3	12	66,7	100	0,9028	-----
	Serviço público e privado	9	35,3	6	64,7	100		
Tempo experiência profissional	Entre 1 a 25 anos	5	31,3	11	68,7	100	0,7284	-----
	Mais de 26 anos	7	38,8	12	63,2	100		
Últimas férias	Menos de 6 meses	2	13,3	13	86,7	100	-----	0,0340
	Mais de 6 meses	10	50,0	10	50,0	100		
Pratica atividade física	Não	5	23,8	16	76,2	100	0,1098	-----
	Sim	7	50,0	7	50,0	100		
Já pensou em mudar de profissão	Não	3	15,0	17	85,0	100	-----	0,0107
	Sim	9	60,0	6	40,0	100		
Carga horária semanal de trabalho	De 20 a 40 horas	6	27,3	16	72,7	100	0,2555	-----
	Mais de 40 horas	6	46,2	7	52,8	100		

p: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

*Não foi possível calcular

Houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que refere-se ao pensamento de mudar de profissão e a questão 19 , segundo o teste Fisher (0,0107) (Tabela 6.26).

7 DISCUSSÃO

No município de Embu das Artes são 35 cirurgiões-dentistas na rede pública de saúde, cuja população em 2012 era de 240 mil habitantes, com aproximadamente 85% da população de SUS-dependentes (204.000 habitantes), perfazendo uma média de 5.828 habitantes/cd, número que corresponde a quase 10% do número de habitantes/cd na região sudeste, e conforme os dados do levantamento do perfil dessa categoria profissional em 2009 (Morita et al., 2010), atestam a distribuição irregular de profissionais no país. Ponderar sobre esses números também é importante para o planejamento das ações em saúde bucal a serem desenvolvidas no município e nos aspectos logísticos no que concerne à implantação dos aparelhos de saúde em locais estratégicos, na contratação e distribuição das ESB na rede de saúde pública, a fim de lidar com as demandas em saúde bucal. Tal consideração pressupõe a formação do profissional de odontologia com capacidade de visualização do macro e micro ambiente, habilidade para enfrentar as situações, articulado intra e interequipes e área de saúde, vindo de encontro ao papel do SUS como ordenador da formação de recursos humanos, bem como na necessidade da mudança do perfil do profissional de odontologia (Terada, Nakama, 2004; Araujo; Zilbovicius, 2008; Santos et al., 2015). Desse modo, torna-se oportuno ressaltar a recomendação da DCN em seu artigo 4º, parágrafos II e IV quanto à formação de profissionais aptos a tomar iniciativas, fazer gerenciamento e administração da força de trabalho, recursos físicos e materiais e de informação (Conselho Nacional de Educação, 2002). A instituição das disciplinas de ciências sociais e humanas trabalham alguns desses conteúdos, como as disciplinas de Clínica Ampliada de Promoção da Saúde, Saúde Coletiva em Odontologia e Gestão e Planejamento em Odontologia da FOU SP (Junqueira et al., 2013; Melani et al., 2013; Curi et al., 2015). No que concerne à parte referente ao gerenciamento e administração, ainda são tímidas a introdução dessa temática em muitas escolas do país (Mota, 2015).

A equipe de saúde bucal do município de Embu das Artes é composta em sua maioria, por mulheres (71,4%), confirmando dados de pesquisa quanto ao gênero, sobre perfil dos cirurgiões-dentistas no Brasil (Morita et al., 2010) e também em

relação à feminização da profissão (Campos et al., 2010; Montero-Marin et al., 2011; Bonafé et al., 2012; Campos et al., 2012b), resultado da oportunidade para o estudo e da inserção da mulher no mercado de trabalho, em decorrência da revolução social ocorrida principalmente à partir da segunda metade do século XX. Observa-se também o aumento de estudantes e profissionais do gênero feminino na Odontologia em países como a Finlândia (Murtomaa et al., 1990) e Jordânia (Badran et al., 2010).

Nesse estudo, observou-se que a maioria dos profissionais (34,33%) pertence à faixa etária de 51 a 55 anos, diferindo do encontrado para a pesquisa nacional realizada em 2009 (Morita et al., 2010).

Não obstante, a distância entre Embu das Artes e o município de São Paulo seja de 27km, a maioria dos cirurgiões-dentistas (77,1%) reside no município de São Paulo e 100% dos componentes do estudo, graduou-se nesse estado. Confirma-se a tendência verificada, na pesquisa nacional de 2009, na qual existe uma propensão dos profissionais a buscarem municípios com PIB elevado, além de ter a sua inscrição no CRO de origem da graduação (Morita et al., 2010). Há também que se considerar a existência de auto-vias e vias alternativas para o deslocamento de São Paulo até Embu das Artes.

Observa-se que 48,6% dos entrevistados tem renda de até 8 salários-mínimos e 51,4% declararam renda de 9 ou mais salários-mínimos. Um dos pontos de stress na carreira é o aspecto financeiro, (O'Shea et al., 1984; Cooper et al., 1987; Freeman et al., 1995b) principalmente para o profissional autônomo. Uma possível forma de evitar o stress em relação ao aspecto financeiro da profissão é a programação financeira, temática ainda introduzida timidamente nos cursos de graduação (Mota, 2015; Curi et al., 2015). Quase a metade dos profissionais trabalham no serviço público e privado. No presente estudo, não foi arguido pelo instrumento de pesquisa, aspectos referentes à composição familiar dos entrevistados quanto ao sustento de si e da família.

No presente trabalho, 68,6% e 48,6% foram os dados encontrados para os cursos de especialização e aperfeiçoamento respectivamente, confirmando a tendência dos profissionais em especializarem-se ou e/ou aperfeiçoarem-se após a graduação (Perri de Carvalho, 2006b; Morita et al., 2010). Fazem-se necessárias as seguintes reflexões: existem atualmente mais de 100 cursos de graduação em

Odontologia (Brasil, 2015), bem como curso de especialização e aperfeiçoamento, e, embora, haja uma série de exigências para a criação dos cursos de graduação, e ocorra a avaliação periódica dos mesmos via Ministério da Educação, ainda existem cursos que preenchem requisitos dentro do padrão “mínimo” exigido para seu funcionamento, comprometendo a qualidade do profissional formado, dispensando ao mesmo a necessidade de buscar a pós-graduação *latu sensu* para aprender o que não foi aprendido, opostamente ao significado de aperfeiçoar-se ou especializar-se quando a base do conhecimento já foi solidamente construída.

Em relação ao tipo de especialização, 34,3% possui especialidade relacionada à Saúde Coletiva e os outros 65,7% possui especialidade nas demais áreas do conhecimento ou não possui especialidade. Em relação ao aperfeiçoamento, 2,9% dos componentes do estudo, isto é, apenas um profissional contempla a área da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva é a que possui o menor número de especialistas no país quando comparada à outras áreas denominadas áreas clínicas (Morita et al., 2010). Em seus 25 anos de existência, o SUS pode ser considerado um sistema de saúde muito jovem, e provavelmente, absorveu em seu contingente de mão-de-obra, profissionais com tempo de experiência superior à sua idade, os quais não tiveram oportunidade de vivenciar a fase mais recente do ensino em Odontologia (Perri de Carvalho, 2006), na qual os conteúdos das Ciências Humanas e Sociais como exigências da DCN (Conselho Nacional de Educação, 2002) foram inseridos na graduação. Isto posto, levanta-se a questão sobre a formação desses profissionais:

1. O ensino dos conteúdos essenciais em Ciências Humanas e Sociais, os quais contribuem para prover o profissional de conhecimentos para compreender o indivíduo/sociedade e, todos os determinantes, tanto em nível individual quanto coletivo do processo saúde-doença foram contemplados? E, são suficientes para esse profissional, àquela época, aluno, entender o Sistema de Saúde do qual faz parte, cuja lógica da atenção e cuidado está centrada no indivíduo e não na patologia instalada ? (Terada; Nakama, 2004; Pucca Jr et al., 2010; Santos et al., 2015; Pucca Junior et al., 2015).

2. Esses profissionais que foram absorvidos pelo SUS, estariam dispostos a mudar a sua forma de ver e trabalhar em conformidade com essas novas diretrizes, o que implica na utilização do conhecimento pré-existente e também em capacitação e educação permanente em saúde? (Morita; Kriger, 2001; Morita; Kriger, 2006).

Outro ponto que merece reflexão é acerca dos profissionais com tempo de experiência abaixo de 25 anos, porém, durante a sua graduação não foram contemplados adequadamente com o conteúdo de Ciências Humanas e Sociais conforme a DCN de 2002 e também ingressaram no SUS, necessitam de suporte para entender, compreender e atuar nesse Sistema. Face ao exposto, as IES devem aprimorar os seus projetos pedagógicos a fim de inserir o aluno o mais precocemente possível no cenário de prática do Sistema, e uma das estratégias utilizadas pelo MS com a finalidade de aproximar ensino e serviço, foi a criação do Pró-saúde (Pucca Jr et al., 2015). Uma outra forma de preencher essa lacuna e proporcionar maior sustentação para esses profissionais, são as ações intersetoriais entre o SUS e escolas superiores de saúde, desenvolvidas de modo a oferecer a formação continuada e permanente aos profissionais de saúde da rede pública, por meio da UNA-SUS (Araujo, Zilbovicius, 2008; Conselho Nacional de Educação, 2002; Brasil, 2015).

É oportuno salientar que a lógica do SUS está baseada na premissa antagônica ao modelo medicocentrado e, não subestimando os créditos dos cursos de especialização e aperfeiçoamento nas áreas denominadas técnicas e/ou clínicas, é indispensável, estimular e investir na graduação, enfaticamente, nos conteúdos de Ciências Sociais (Conselho Nacional de Educação, 2002, artigo 6, p. II), tanto na sua parte teórica, quanto na prática, extrapolando esse aprendizado para além das fronteiras da Universidade (Morita; Kriger, 2006; Araujo; Zilbovicius, 2008). Nesse contexto, o SUS configura-se como um ambiente extremamente profícuo para viabilização dessas experiências e construção de conhecimento, com experiências contundentes como as disciplinas de Clínica Ampliada de Promoção de Saúde (Melani et al., 2013), Saúde Coletiva em Odontologia e Estágios Vivenciais (Junqueira et al., 2013).

Do total de profissionais, 51,4% dos componentes do estudo atua apenas no serviço público, demonstrando que o SUS tornou-se e é um expressivo empregador de mão-de-obra em saúde (Morita et al., 2010) e, a despeito da renda declarada e do tipo da composição financeira familiar, muitos profissionais estão optando apenas por seguir carreira no serviço público. Configura-se então, o SUS como uma organização cujo produto é a “saúde”, na qual os profissionais/trabalhadores desempenham as mais variadas formas de cuidado e atenção. A atenção integral à saúde requer aptidão e habilidade para reconhecer o indivíduo, ou grupo de indivíduos, o território no qual estão inseridos e as características desse território, os determinantes do processo saúde-doença, além das habilidades clínicas. Não menos importante é o trabalho em equipe, premissa básica do serviço no SUS (Conselho Nacional de Educação, 2002, art 5). No que diz respeito à execução de atividades cujo ser humano é o foco das atenções, as pressões por bons resultados (Freeman et al., 1995a; Freeman et al., 1995b; Alaujan; Alzahem, 2004; Gorter et al., 2007; Ripp et al., 2010), a dificuldade no relacionamento com a equipe (Cooper et al., 1987) podem ser fatores de stress, propiciando o surgimento e desenvolvimento da SB, comprometendo a qualidade de vida do profissional, o seu “cliente”, assim como a sua “produção em saúde”(Codo; Menezes, 1999; Ahola; Hakanen, 2007; Landrigan, 2011).

A jornada de trabalho de 57,1% dos sujeitos da pesquisa é de mais de 40 horas semanais, coincidentes com outros estudos que revelaram que o exercício da Odontologia é uma das áreas em que o profissional é densamente requisitado no que diz respeito ao número de horas trabalhadas, e que por muitas vezes, passa horas na mesma posição, levando ao esforço muscular contínuo (Freeman et al., 1995a; O'shea et al., 1984; Honkonen et al., 2006).

Nesse estudo, 53,9% dos cirurgiões-dentistas da rede pública do município tiraram férias depois de um ano e 60% não realizam atividade física. Considera-se o ritmo de trabalho intenso, um dos fatores de stress (Ayers et al., 2008; Mathias et al., 2005; Landrigan, 2011), que a longo prazo para propicia o surgimento e desenvolvimento da SB (Abreu et al., 2002), e uma das possíveis alternativas para minimizar o stress é a realização de atividade física assim como o afastamento periódico do ambiente laboral (Freudenberger, 1974; Pride, 1991; Abreu et al., 2002). Destaca-se que o afastamento do trabalho, por meio de férias gozadas pode

minimizar ou evitar que o stress alcance um nível incontrollável (Ayers et al., 2008) entretanto, o afastamento por meio do absenteísmo sem uma causa aparente deve ser investigado pelo gestor do serviço de saúde, principalmente, quando transforma-se em rotina (Kristensen, 1991; Borritz et al., 2006).

Sobre o pensamento em mudar de profissão, 42,9% dos cirurgiões-dentistas respondeu positivamente, contra 57,1% que não tiveram esse pensamento. O exercício da Odontologia, como tantas outras profissões da área da saúde, requer contato muito próximo com o seu paciente/cliente (Minayo-Gomez et al., 2011). São premissas da PNSB a reorganização da atenção básica em saúde bucal e ampliação da rede especializada (Brasil, 2004), nas quais o cirurgião-dentista juntamente com demais membros da ESB e da ESF, são os atores da promoção, prevenção e recuperação da saúde, e portanto, todos os membros da Equipe de Saúde terão atribuições no que refere-se ao cuidado integral à saúde de um grupo de pessoas, o que implica em colher informações e processá-las de modo a obter o resultado que possa ser favorável à prevenção e/ou diminuição dos agravos em saúde. Além disso, a recuperação da saúde bucal implica em remover os agentes nocivos causadores de problemas bucais. Portanto, todas as tecnologias em saúde – leve, leve-dura e dura, serão utilizadas pelos profissionais, os quais deverão estar capacitados e aptos a utilizá-las e consistem em desafios a serem superados na rotina diária do profissional, desafios esses geradores de stress, que poderá ser bem tolerado ou não (Maslach; Jackson, 1981; George et al., 1986; Rada; Johnson-Leong, 2004). Ao perceber que não consegue chegar ao objetivo estabelecido (Selye, 1936), seja por questões do ambiente laboral, seja por questões pessoais ou em relação ao contato com pessoas, o profissional pode questionar-se a respeito da continuidade de estar no exercício do seu papel de cuidador da saúde dos indivíduos (Freudenberger, 1974). Essa frustração faz com que muitos pensem em desistir da profissão.

Cabe lembrar que, no delineamento do instrumento CBI, na primeira parte, Burnout pessoal, tem como elemento chave a atribuição da fadiga e exaustão em domínios ou esferas da vida pessoal (Kristensen et al., 2005). O valor médio atribuído à dimensão Burnout Pessoal, foi de 50,2 (DP=26,1) maior que aquele encontrado quando do uso do instrumento CBI para estimar a média dessa

dimensão em dentistas na Austrália (média = 40,9 e desvio padrão = 19,9) (Winwood; Winefield, 2004).

Para a **questão 1** - Com que frequência você se sente cansado(a)?, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão ?” (teste Fisher = 0,0001). Treze profissionais que apresentaram nível 1 de Burnout, mudariam de profissão, enquanto que, quatro profissionais que apresentaram o mesmo nível, não mudariam de profissão, por conta da sensação de cansaço.

Para a **questão 2** - Com que frequência você se sente fisicamente exausto(a)?, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão ?” (teste de Fisher = 0,0216). Oito profissionais que apresentaram nível zero de Burnout, mudariam de profissão e 18 profissionais que apresentaram nível zero não mudariam de profissão.

Para a **questão 3** - Com que frequência você se sente emocionalmente exausto(a)?, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão ?” (teste Fisher = 0,0038). Dez profissionais que apresentaram nível 1, mudariam de profissão e 17 que apresentaram nível zero não mudariam de profissão.

Para a **questão 4** - Com que frequência você pensa: “eu não aguento mais”?, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão ?” (teste Fisher = 0,0082) e muito próxima ao limiar de significância estatística em relação à variável “Possui especialização em saúde coletiva?” (teste Fisher = 0,0548). Dos quinze profissionais que mudariam de profissão, oito deles apresentaram nível 1 de Burnout e, 18 cirurgiões-dentistas que apresentaram nível zero, não mudariam de profissão. Em relação à especialização em saúde coletiva, doze dos treze profissionais com especialização nessa área apresentaram nível de Burnout zero, ou seja, considerados mais baixos, assim como a maioria (13) dos profissionais que não tinham especialização nessa área.

Para a **questão 5** - Com que frequência você se sente esgotado(a)?, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão?” (teste Fisher = 0,0216). Oito profissionais dos 15 que pensaram em

mudar de profissão e, 18 profissionais entre os vinte que não mudariam de profissão, apresentaram níveis mais baixos de Burnout.

Para a **questão 6** - Com que frequência você se sente fraco e susceptível a adoecer?, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão ?” (teste Fisher = 0,0216). Oito profissionais dos 15 que pensaram em mudar de profissão e, 18 profissionais entre os vinte que não mudariam de profissão, apresentaram níveis mais baixos de Burnout.

O bloco das **questões 1 a 6** do CBI, contempla a dimensão pessoal da SB, relacionada à fadiga ou exaustão física e/ou psicológica do indivíduo de uma forma mais genérica (Kristensen et al., 2005). O cansaço e a exaustão quer seja física ou emocional, de qualquer origem, leva ao surgimento de Burnout, e para alguns indivíduos mudar de profissão poderia ser uma alternativa para lidar com o stress mal tolerado e por isso, é preciso desvendar as causas que levam o cirurgião-dentista a experimentar esses sintomas. Contudo, muitos cirurgiões-dentistas que passam por situações de stress, desconhecem mecanismos para admitir e lidar com tal fato (Nogueira, 1984; George et al., 1986; Moss; Gaughf, 2006) e às vezes até sentem-se constrangidos em admitir que são incapazes de fazê-lo, demorando a procurar ajuda profissional (Ayers et al., 2008; Rogers; Malone, 2009-2010).

Pode-se observar também que uma alta proporção de indivíduos não pensaram em mudar de profissão, apontando que os próprios indivíduos podem elaborar estratégias para lidar com fatores desencadeantes do stress e consequentemente da exaustão física e psicológica (Cooper et al., 1987; Alaujan; Alzahem, 2004), evitando o surgimento de Burnout ou, caso a síndrome se manifeste, que seja em níveis muito baixos.

Embora, existam outros instrumentos para mensurar a SB, embasados em alguns tópicos diferentes, tais como apenas a exaustão emocional no instrumento MBI (Maslach; Jackson, 1981; Maslach, 2009; Gorter et al., 1998; Gontijo, 2009) e a exaustão física, afetiva e cognitiva no instrumento OLBI (Demerouti et al., 2001; Halbesben; Demerouti, 2005; Campos et al., 2010), os artigos que valeram-se do MBI, OLBI e CBI, atentaram para a necessidade de investigações mais profundas sobre os fatores do próprio indivíduo/profissional da saúde e os recursos internos e externos para lidar com o stress (Martines; Chaves, 2007), que levam à exaustão

física ou psicológica, e ao surgimento e desenvolvimento da SB, interferindo inclusive na qualidade de vida do cirurgião-dentista (Carvalho et al., 2008).

Ainda em relação à **questão 4** - Com que frequência você pensa: “eu não aguento mais”?, foi muito próxima ao limiar de significância estatística em relação à variável “Possui especialização em saúde coletiva?” (teste Fisher = 0,0548), observou-se que doze dos treze profissionais com especialização nessa área apresentaram nível de Burnout zero, ou seja, considerados mais baixos, assim como a maioria (13) dos profissionais que não tinham especialização nessa área. Esse ponto merece atenção, pois os cursos da área da Saúde Coletiva trabalham na perspectiva do levantamento de determinantes biopsicossociais que interferem no processo saúde-doença, na ênfase à promoção da saúde e prevenção de doenças, enfim no cuidado integral ao indivíduo, portanto, supõe-se que os profissionais que investem no estudo nessa área - por meio de especializações e /ou aperfeiçoamentos, estarão mais aptos a enfrentar os desafios no serviço público no que concerne à saúde bucal, seja na atenção primária ou demais instâncias do serviço, justificando os baixos escores encontrados nesse estudo. No rastreamento da literatura foram encontrados níveis de Burnout elevados em profissionais especialistas em Odontopediatria e Periodontia (Mathias et al., 2005) e Cirurgia (Porto et al., 2014). Também, pode-se aventar que os profissionais que trabalham no serviço público, assim o fazem por prazer na atividade que realizam, e por isso tenham desejado investir mais profundamente na área de conhecimento da Saúde Coletiva.

No que tange à dimensão Burnout relacionado ao trabalho do CBI, almeja-se saber o quanto o indivíduo atribui os sinais e sintomas de fadiga e exaustão física ou psicológica aos aspectos relacionados ao trabalho (Kristensen et al., 2005), a média foi de 53,7 com desvio padrão de 16,3, valores maiores que aqueles encontrados para o CBI aplicado em cirurgiões-dentistas na Austrália (média = 36,6 e desvio padrão = 20,3) (Winwood; Winefield, 2004).

Para a **questão 7** - Você se sente esgotado(a) ao final de um dia de trabalho? houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão?” (teste Fisher = 0,0020), 12 profissionais que pensaram em

mudar de profissão apresentaram níveis mais altos de Burnout (nível 1) e a maioria (15) dos que não tiveram esse pensamento apresentaram nível zero.

Para a **questão 11** - O seu trabalho é emocionalmente exaustivo? houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão?” (teste Fisher = 0,0132), no qual 10 profissionais pensaram em mudar de profissão, estavam com níveis mais elevados de Burnout, e 16 profissionais estavam com níveis mais baixos de Burnout.

Para a **questão 12** - O seu trabalho lhe causa frustrações? houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão?” (teste Fisher = 0,0012), na qual 11 profissionais que tinham nível 1 de Burnout, pensaram em mudar de profissão e, 17 profissionais com nível zero não tiveram esse pensamento.

Para a **questão 13** - Você se sente esgotado(a) por causa do trabalho? houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Já pensou em mudar de profissão?” (teste p do χ^2 = 0,0365), nove dos profissionais que pensaram em mudar de profissão apresentaram nível 1 e, a maioria dos profissionais (15) que não tiveram esse pensamento apresentaram nível zero.

Os resultados encontrados confirmam que o exercício da Odontologia, quer seja do serviço público ou privado, é desgastante, emocionalmente exaustivo, às vezes frustrante, e pode levar ao esgotamento (Ahola; Hakanen, 2007), elementos desencadeadores da SB e contributivos para o pensamento em mudar de profissão. Esses fatores estão relacionados às características do processo de trabalho em Odontologia, principalmente em relação à execução de atividades clínicas que obrigam o profissional a realizar movimentos repetitivos, em posições não ergonômicas, forçando a visão em função do tamanho reduzido do seu objeto de trabalho – boca (Rada; Johnson-Leong, 2004; Madsen et al., 2015), exposição a agentes físicos, químicos ou biológicos (Santana, 2006), tempo para realização dos procedimentos, além da pressão para resultados absolutamente perfeitos e o cumprimento de metas de produtividade (O'Shea et al., 1984; Pride, 1991; Freeman et al., 1995ab; Gorter et al., 1998; Sancho; Ruiz, 2010; Seligmann-Silva, 2013). Importante acrescentar que o cirurgião-dentista adquire uma grande responsabilidade quando realiza o atendimento clínico, porque é, ao mesmo tempo o

anestesista e o operador, responsável por controlar todos os fatores relacionados ao bem-estar do paciente na execução do tratamento, e o produto desse trabalho deve apresentar resultado quase que imediato em relação à função e estética bucal. A fim de que o resultado seja o melhor possível, é necessário ter tempo suficiente de trabalho, bem como condições laborais adequadas no que diz respeito ao agendamento de pacientes, instalações e equipamentos adequados, auxiliares capacitados para otimizar o tempo clínico, além do bom relacionamento com a equipe. No caso do serviço público, é de suma importância que o gestor atente para os itens que propiciem condições laborais adequadas para o cirurgião-dentista e sua equipe, no ambiente clínico ou fora dele, assim como para as outras profissões de saúde (Conferência Internacional del Trabajo, 1959; Landrigan, 2011), estabelecendo por meio das redes de atenção em saúde do trabalhador mecanismos que evitem ou minimizem Burnout nos profissionais (Brasil, 2009, Minayo-Gomez et al., 2011; Brasil, 1978).

Em relação à **questão 7** - Você se sente esgotado(a) ao final de um dia de trabalho?, houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável “Possui especialização em saúde coletiva?” (teste de Fisher = 0,0354), na qual 14 dos respondentes que apresentaram nível 1, não tinham especialização na área e 10 respondentes que tinha especialização na área apresentaram nível zero, isto é, níveis mais baixos de Burnout. Evidencia-se a importância da formação profissional na área de Saúde Coletiva (Morita et al., 2010) para o trabalho no SUS, e a necessidade de estimular cada vez mais cursos de aperfeiçoamento e especialização, por meio de outras ferramentas educacionais, como por exemplo, a UNA-SUS (Brasil, 2015).

Na **questão 13** - Você se sente esgotado(a) por causa do trabalho? houve diferença estatisticamente significativa em relação à variável idade (teste de Fisher=0,0461). A maioria dos profissionais com idade inferior a 45 anos, apresentou níveis mais baixos de Burnout (escore zero) e, daqueles que apresentaram níveis mais elevados de Burnout (escore hum), a maioria tinha mais de 46 anos. Esses dados são compatíveis com os achados de outro estudo (Benson et al., 2009), porém, opostos aos resultados encontrados em estudos na Austrália (Winwood et al., 2004), Holanda (te Brake et al., 2003) e Brasil (Bonafé et al., 2012; Porto et al., 2014). Retoma-se o referencial do tempo de existência do SUS, e o fato de que mais

de 50% dos componentes desse estudo têm idade superior a 46 anos e tempo de experiência profissional superior a 21 anos, e a reflexão em torno da formação profissional de acordo com as DCN, assim como a inserção de disciplinas das Ciências Humanas e Sociais, e a disposição e habilidade para o trabalho no serviço público à partir do enfoque do cuidado integral, com ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças (Morita; Kriger, 2001; Conselho Nacional de Educação, 2002; Perri de Carvalho, 2006; Morita, Kriger, 2006).

Para a dimensão Burnout relacionado ao paciente, o objetivo do instrumento é conhecer o quanto os sinais e sintomas de fadiga e exaustão física estão relacionados às pessoas com quem trabalham, isto é clientes/pacientes (Kristensen et al., 2005). A média encontrada foi de 40,2 e desvio padrão de 23,2. Na Austrália, o estudo com o instrumento CBI encontrou valor médio de 33,3 (desvio padrão de 23,2) (Winwood; Winefield, 2004).

Em relação à **questão 15** - Trabalhar com seus clientes/pacientes esgota a sua energia?, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao “pensamento em mudar de profissão” (teste Fisher=0,0274), na qual 19 dos entrevistados não pensaram em mudar de profissão devido ao sentimento de que o paciente esgota a sua energia (nível zero) e 6 indivíduos pensaram em mudar de profissão (nível 1).

Em relação à **questão 17** - Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com seus clientes/pacientes?, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre a variável que diz respeito ao “pensamento em mudar de profissão” (teste Fisher =0,0515), na qual 18 dos entrevistados não mudariam de profissão apresentaram nível zero de Burnout e, 6 indivíduos que apresentaram nível 1, pensaram em mudar de profissão.

Em relação à **questão 18** - Você está cansado de trabalhar com clientes/pacientes?, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre a variável refere-se ao “pensamento de mudar de profissão” (teste Fisher =0,0019), pois 19 dos entrevistados não pensaram em mudar de profissão apresentaram nível zero e oito deles apresentaram nível 1 de Burnout.

Em relação à **questão 19** - Você, às vezes se pergunta por quanto tempo será capaz de trabalhar com clientes/pacientes?, houve diferença estatisticamente significativa entre a variável que refere-se ao “pensamento de mudar de profissão” (teste Fisher =0,0107).

Nesse estudo, o contato dos profissionais com os pacientes, cuja soma da proporção entre os níveis mais elevados foi 25,71% – valor menor que a soma das dimensões Burnout pessoal (31,9%) e relacionado ao trabalho (37,96%), não parecem ser causa de stress no trabalho, diferentemente de alguns resultados da literatura (O’Shea et al., 1984; Cooper et al., 1987; Freeman et al., 1995b; Gorter et al., 1998; Ayers et al., 2008). Porém, outros achados na literatura, caso do trabalho da Nova Zelândia (Benson et al., 2009), encontraram baixos níveis de Burnout para essa dimensão em estudos realizados com médicos e, na Austrália, num estudo realizado com cirurgiões-dentistas (Winwood; Winefield, 2004). Para o profissional do serviço público, talvez o vínculo com paciente não seja tão considerado, uma vez que não existe a relação contratual de trabalho, com pagamento direto de honorários profissionais ou via seguro-saúde. No entanto, o acolhimento e vínculo com o paciente são aspectos importantes quando almeja-se conduzir o trabalho na atenção primária em saúde. Cabe atentar para o fato de que quase a metade dos profissionais entrevistados, também trabalha na rede privada e, talvez se o questionário fosse direcionado ao atendimento exclusivo para essa modalidade, a taxa de resposta poderia diferir, porque nesse caso, é imprescindível fortalecer os laços comerciais com o paciente/cliente, e isso é um fator de stress para o profissional (Cooper et al., 1987; Winwood et al., 2003; Rada, Jonhson-Leong, 2004).

A realização de qualquer atividade laboral deve obedecer determinados princípios que salvaguardem o bem-estar físico, psíquico e social dos trabalhadores (Conferência Internacional del Trabajo, 1959). Os profissionais de saúde, parecem subestimar os seus problemas de saúde ocupacional, e quando o fazem é de maneira muito tímida (Nogueira, 1984). A saúde do trabalhador, é um dos alvos do SUS, por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador. (Brasil, 2009; Minayo-Gomez et al., 2011). Existem mecanismos norteadores de boas práticas em saúde no ambiente laboral, sob a responsabilidade do Ministério do Trabalho em Emprego, as Normas Regulamentadoras (NR) e, no caso da saúde a NR-32 é a que dispõe sobre a segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde em relação aos riscos

químicos, físicos e biológicos (Brasil, 1978). Embora os transtornos mentais relacionados ao trabalho tenham sido listados pelo MS e acatados pelo MPAS (Brasil, 1999; Batista et al., 2010; Seligmann-Silva, 2013), a NR-32 não faz menção aos riscos psíquicos. Nota-se a necessidade de ações articuladas entre os setores envolvidos na saúde do trabalhador, ou seja, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência e Assistência Social.

Desde a década de 1970, a doença mental vem sendo tema de artigos científicos (Santana, 2006; Bezerra; Neves, 2010), porém os transtornos mentais e comportamentais foram incluídos na lista de doenças profissionais da OIT, somente em 2010 (Mendes, 2013). No Brasil, já existem dispositivos jurídicos e legislativos que salvaguardam o trabalhador com transtornos de ordem psíquica e mental, como por exemplo, aqueles que apresentam a SB (Brasil, 2014), mas essas conquistas devem tornar-se públicas, a fim de que a classe trabalhadora possa conscientizar-se e apoderar-se dos direitos que lhes são pertinentes, bem como, acessar os órgãos públicos que lhes podem prestar auxílio.

Pode-se verificar que Burnout é uma patologia complexa, comum em várias categorias profissionais - principalmente da saúde, na qual estão envolvidos aspectos físicos, cognitivos e emocionais, sob efeito do stress prolongado e mal-suportado, acarretando em consequências como distúrbios orgânicos - cansaço, cefaléias, dores musculares, problemas gastrointestinais, entre outros, e psíquicos - depressão, tristeza, suicídio (Freudenberger, 1974; Maslack; Jackson, 1981; Demerouti et al., 2001; Kristensen et al., 2005; Wahn-Yu et al., 2007; Milfont et al., 2008; Salanova; Llorens, 2008; Shimizutani et al., 2008; Batista et al., 2010).

Os trabalhadores da saúde como os cirurgiões-dentistas, parecem ser fortemente afetados pela SB, e por não conhecerem ou disporem de recursos suficientes para lidar com os fatores desencadeantes, começam a apresentar limitações no trabalho, o que implica em diminuição da produtividade afetando a si próprios, os usuários e a organização (Codo; Menezes, 2009; Landrigan, 2011).

Evidenciou-se algumas estratégias de enfrentamento que colocam em risco aqueles que estão afetados pela SB, que variavam desde o uso de álcool, medicamentos, tentativas de suicídio, até a própria abstenção ao ambiente laboral. (Kristensen, 1991; Cronn et al., 2002; Mohren et al., 2003; Winwood et al., 2003;

Borritz et al., 2006; Honkonen et al., 2006; Sancho; Ruiz, 2010; Madsen et al., 2015; Morelli et al., 2015).

Como os fatores desencadeantes de Burnout não ocorrem repentinamente, e vão acumulando-se, no caso do trabalhador da saúde, é necessário conhecê-los e estabelecer planos de ação para o seu enfrentamento, revendo e reestruturando o processo de trabalho em saúde (Gorter et al., 1998; Honkonen et al., 2006; Martines; Chaves, 2007; Bonafé et al., 2012; Madsen et al., 2015), o que atesta a necessidade de canais de comunicação entre o trabalhador da saúde e os gestores dos serviços de saúde. É importante que os órgãos de saúde do trabalhador sejam presentes e atuantes (Brasil, 2009). Nesse contexto, a academia constitui-se uma forte aliada das organizações ligadas ao trabalhador, como os sindicatos e órgãos governamentais, provendo subsídios para a implantação de Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador direcionadas aos agravos em saúde mental (Vasconcellos; Pignati, 2006; Minayo-Gomez et al., 2011; Divaris et al., 2012), uma vez que a prevalência desses aumenta consideravelmente e já são considerados problemas de Saúde Pública (Salanova; Llorens, 2008; Batista et al., 2010; Seligmann-Silva, 2013).

Os resultados encontrados revelaram que os níveis de Burnout mais elevados, foram encontrados na dimensão relacionada ao trabalho (37,96%), o que pode ser um subsídio para o gestor no que diz respeito à avaliação da produtividade dos profissionais envolvidos no estudo, as metas propostas pela gestão, a oferta de condições de trabalho adequadas e da organização do trabalho em saúde.

A execução desse estudo é uma forma da IES articular-se com o serviço e contribuir com subsídios que possibilitem a melhoria do processo do trabalho em saúde.

Pode-se perceber por meio da revisão da literatura, que Burnout é prevalente entre alunos de graduação da área da saúde, e no que concerne à Odontologia, isso ficou evidente devido à gama de trabalhos apresentados (Carlotto et al., 2006; Preciado-Serrano, Vásquez-Goni, 2010; Montero-Marin et al., 2011; Campos et al., 2012ab; Divaris et al., 2012; Jordani et al., 2012; Maroco; Campos, 2012). Prevenir o surgimento de Burnout na graduação, a fim de que essa patologia não se estenda no decorrer da prática profissional, interferindo no desempenho e consequentemente

no processo de trabalho das organizações em saúde – principalmente, no serviço público, é um ponto que merece ser discutido pelas instâncias da IES ao delinear e implantar o projeto pedagógico do curso de graduação.

Ainda, no que concerne à formação profissional em saúde, especificamente na odontologia, evidenciou-se que os currículos das IES devem enfaticamente insistir na introdução de conteúdos vinculados às Ciências Sociais (Conselho Nacional de Educação, 2002), despertando no aluno o desenvolvimento de habilidades para lidar com desafios seja de qualquer natureza, levando-o além dos muros da universidade (Alaujan; Alzahem, 2004; Moss; Gaughf, 2006), para defrontar-se com uma realidade diferente do ideário da clínica odontológica da IES, onde as situações são controladas e contornadas por professores e técnicos. Também é necessário rever a grade curricular, carga horária e excessivo número de tarefas que impedem o aluno de ter momentos de lazer, além do componente relacional humano professor-aluno (Pohlmann et al., 2005; Badran et al., 2010; Campos et al., 2012a; Campos et al., 2013b).

As limitações desse estudo foram relacionadas ao número de participantes, que, embora tenha atingido 100% de participação, impediu que variáveis importantes de outros estudos (gênero, idade, tempo de experiência profissional, carga horária, férias e prática de atividade física) pudessem ser associadas com as questões do instrumento CBI (Murtomaa et al., 1990; te Brake et al., 2003; Bonafé et al., 2012; Divaris et al., 2012). No entanto, no diário de campo da pesquisadora, encontram-se informações que servirão de base para um possível estudo qualitativo sobre as questões de trabalho no serviço público, a dificuldade do profissional à frente do serviço em explicitar os desafios tanto no aspecto humano quanto no tecnológico para dar conta das demandas inerentes ao próprio serviço, entre outros.

Sugere-se ainda que outros estudos sejam realizados com os profissionais de Odontologia, utilizando o CBI, para fins de comparação.

Todos os esforços devem convergir para evitar o sofrimento no trabalho, pois o trabalho faz parte da identidade do ser humano. Quando isso ocorrer, a organização deve rever o processo de trabalho, pois a cronicidade desse processo leva à alienação e ao conservadorismo, interferindo sobremaneira na saúde psíquica do ser humano (Dejours, 1987; Seligman-Silva, 2013).

8 CONCLUSÃO

Foram encontrados níveis de Burnout considerados elevados, para aqueles participantes do estudo que estavam categoria 1 (escore 75 e 100%), na proporção de 31,9% para a dimensão pessoal, 37,96% para a dimensão relacionada ao trabalho, e 25,71 % para a dimensão relacionada ao paciente.

A média da dimensão Burnout Pessoal foi de 50,2 e desvio padrão de 26,1.

A média da dimensão Burnout relacionado ao trabalho foi de 53,7 e desvio padrão de 16,3.

A média da dimensão Burnout relacionado ao paciente foi 40,2 e desvio padrão de 23,2.

A média das três dimensões de Burnout foi 48,35 e desvio padrão de 19,70.

Nesse estudo, as variáveis de exposição relacionadas ao Burnout, foram: o pensamento em mudar de profissão, a idade e a pós-graduação em saúde coletiva.

Sugere-se que o grupo que apresentou níveis de Burnout mais elevados sejam acompanhados, bem como, que os resultados desse estudo possam fornecer subsídios à formulação de estratégias de prevenção e intervenção no serviço público de modo a diminuir a ocorrência de Burnout.

Devido à escassez de estudos sobre a Síndrome de Burnout com cirurgiões-dentistas no Brasil, sugere-se que outros estudos sejam realizados para fins de comparação.

REFERÊNCIAS¹

Abreu KL, Stoll I, Ramos LS, Baumgardt RA, Kristensen CH. Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicol: ciênc prof.* 2002;22(2):22-9 [citado 13 set. 2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200004&lng=pt&tlng=pt. 10.1590/S1414-98932002000200004.

Ahola K, Hakanen J. Job strain, Burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists. *J Affect Disord.* 2007 Dec;104(1-3):103-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.03.004>.

Alaujan AH, Alzahem AM. Stress among dentists. *Gen Dent.* 2004 Sep-Oct;52(5):428-32.

Araujo ME, Zilbovicius C. A formação acadêmica para o trabalho no SUS. In: Moyses ST, Kriger L, Moyses SJ. *Saúde bucal das famílias*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. Capítulo 11.

Ayers KMS, Thomson WM, Newton JT, Rich AM. Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occup Med.* 2008 Jun;58(4):275-81. doi:10.1093/occmed/kqn014.

Badran DH, Al-Ali MH, Duaibis RB, Amin WM. Burnout among clinical dental students at Jordanian universities. *East Mediterr Health J.* 2010 Apr;16(4):434-7.

Batista JBV, Carlotto MS, Coutinho AS, Augusto LGS. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. *Rev Bras Epidemiol.* 2010 set;13(3):502-12.

Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000 Dec;25(24):3186-91.

Benson S, Sammour T, Neuhaus S, Findlay B, Hill A. Burnout in Australasian younger fellows. *ANZ J Surg* [serial on the internet]. 2009;79(9):590-7. doi:10.1111/j.1445-2197.2009.05012.x.

¹ De acordo com Estilo Vancouver.

Bezerra MLS, Neves EB. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. Saude Soc [Internet]. 2010 Jun;19(2):384-94 [citado 2015 out. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200014&lng=en.

Bonafé F, Trotta O, Campos J, Maroco J. Síndrome de Burnout em dentistas do serviço público. Psychol, Commun Health. 2012;1(1):56-67.

Borritz M, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. Occup Environ Med. 2006 Feb;63(2):98-106. doi:10.1136/oem.2004.019364.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. Seção II: Da Saúde.

Brasil. Decreto 3048 de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. 1999 [acesso 12 jun. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm.

Brasil. Ministério da Educação. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. 2015 [acesso 29 set. 2015]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br>.

Brasil. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas da Previdência Social. Departamento de Políticas de Saúde e Segurança Ocupacional. Principais Causas de Afastamento do Trabalho entre homens e mulheres empregados da iniciativa privada. Brasília, DF: Ministério da Previdência Social; 2014. 2º Boletim Quadrimestral sobre benefícios por incapacidade.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 30 jul. 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria Nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasil. Brasília, DF: Universidade Aberta do SUS; 2009 [acesso 30 set. 2015]. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Lista de Doenças relacionadas ao trabalho. Portaria Nº 1399/GM, de 18 de novembro de 1999. 2a ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008 [acesso 12 jun. 2015].
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_2ed_p1.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil; 2001a. (Série A. Normas e manuais técnicos; n.114).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família; 5).

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978. Normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho (NR 32): segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1978 [acesso 5 maio 2012]. Disponível em: <http://mte.gov.br>.

Campos JADB, Carlotto MS, Maroco J. Copenhagen Burnout Inventory - student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. *Psicol: reflex crit.* 2013a;26(1):87-97.

Campos JADB, Carlotto MS, Maroco J. Oldenburg Burnout inventory - student version: cultural adaptation and validation into portuguese. *Psicol: reflex crit.* 2012b;25(4):709-18.

Campos JADB, Jordani PC, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. Burnout in dental students: effectiveness of different methods. *Rev Odontol UNESP.* 2013b set./out.;42(5):324-29.

Campos JADB, Jordani PC, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia. *Rev Bras Epidemiol.* 2012a;15(1):155-65.

Campos JADB, Trotta OST, Bonafé FSS, Maroco J. Burnout em dentistas do serviço público: ter ou não ter, eis a questão. *Rev Odontol UNESP.* 2010 abr.;39(2):109-14.

Carlotto MS, Nakamura AP, Câmara SG. Preditores da Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico.* 2006;37(1):57-62.

Carvalho FS, Maia Júnior AF, Carvalho CAP, Sales Peres A, Bastos JRM, Sales Peres SHC. Qualidade de vida do cirurgião-dentista. Rev Odontol UNESP. 2008;37(1):65-8.

Codo W, Menezes IV. O que é Burnout? In: Codo W, coordenador. Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes; 1999. p. 237-54.

Conferência Internacional del Trabajo, 43a;1959; Ginebra. La organización de los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 1959. (Informe IV-1).

Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3/2002. Diário Oficial da União, Brasília (2002 mar. 4); Sec.1:10 [citado 23 ago. 2015]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>.

Cooper GL, Watts J, Kelly M. Job satisfaction, mental health and job stressors among general dental practioners in UK. Br Dent J. 1987 Jan;162(2):77-81.

Cronn EM, Sluiter JK, Frings-Dressen MHW. Need for recovery after work predicts sickness absence. A 2-year prospective cohort study in truck drivers. J Psychosomatic Res. 2002 Oct;55(4):331-9.

Curi JP, Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Gonzales PS, Tavares JP, Carrer FCA. Gestão e Planejamento em Odontologia: avaliação de novas abordagens pedagógicas na formação do cirurgião-dentista. Braz Oral Res 2015;29(suppl 1):25, PE011. Apresentado na 32ª. Reunião Anual da SBPqO, Campinas de 4 a 7 de setembro de 2015.

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez; 1987.

Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The Job Demands-Resources Model of Burnout. J Appl Psychol. 2001 Jun;86(3):499-512.

Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two Burnout instruments. Eur J Psychol Assessment 2003; 19(1):12-23. doi:10.1027//1015-5759.19.1.12.

Denton DA, Newton JT, Bower EJ. Occupational Burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *Br Dent J.* 2008 Oct;205(7):1-2.

Divaris K, Lai CS, Polychronopoulou A, Eliades T, Katsaros C. Stress and Burnout among Swiss dental residents. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2012;122(7-8):610-5.

Freeman R, Main JRR, Burke FJT. Occupational stress and dentistry: theory and practice. Part I Recognition. *Br Dent J.* 1995a Mar;178(6):214-7.
doi:10.1038/sj.bdj.4808716.

Freeman R, Main JRR, Burke FJT. Occupational stress and dentistry: theory and practice Part II Assessment and control. *Br Dent J.* 1995b Mar;178(6):218-22.
doi:10.1038/sj.bdj.4808717.

Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *J Social Issues.* 1974 Winter;30(1):159-65.

George JM, Milone CL, Block MJ, Hollister WG. Stress management for the dental team. Philadelphia: Lea&Febiger; 1986. p. 3-20.

Gontijo R. Um olhar cuidadoso sobre o dentista: síndrome de Burnout em cirurgiões-dentistas que trabalham em centros de saúde da Prefeitura de Belo Horizonte [monografia de especialização]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia; 2009.

Gorter RC, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman MA. Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci* 1998;106:999-1005.

Gorter RC, Storm MK, te Brake JH, Kersten HW, Eijkman MA. Outcome of career expectancies and early professional Burnout among newly qualified dentists. *Int Dent J.* 2007 Aug;57(4):279-85.

Guillemin F. Cross cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol.* 1995;24(2):61-3.

Halbesleben JRB, Demerouti E. The construct validity of an alternative measure of Burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work Stress.* 2005;19(3):208-20. doi:10.1080/02678370500340728.

Honkonen T, Ahola K, Pertovaara M, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, et al. The association between Burnout and physical illness in the general population - results from the Finnish Health 2000 Study. *J Psychosomatic Res.* 2006 Jul;61(1):59-66. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.002>.

Jordani PC, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J, Campos JADB. Aspectos da vida universitária e a Síndrome de Burnout. *Psychol Communit Health.* 2012;1(3):245-56. doi:10.5964/pch.v1i3.17.

Junqueira SR, Fonsêca GS, Frias AC, Araujo ME. Saúde coletiva em odontologia: uma inovação pedagógica. *Saúde Soc.* 2013;22(supl. 1):425.

Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behavior. *Soc Sci Med.* 1991;32(1):15-27. doi:10.1016/0277-9536(91)90122-S.

Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool of assessment of Burnout. *Work Stress.* 2005 Jul-Sep;19(3):192-207. doi:10.1080/02678370500297720.

Landrigan CP. Healthcare provider working conditions and well-being: sharing international lessons to improve patient safety. *J Pediatr.* 2011 Nov-Dec;87(6):463-5. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.2147>.

Madsen IEH, Lange T, Borritz M, Rugulies R. Burnout as a risk factor for antidepressant treatment – a repeated measures time-to-event analysis of 2936 Danish human service workers. *J Psychiatr Res.* 2015 Jun;65:47-52. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.04.004. Epub 2015 Apr 22.

Maroco J, Campos JADB. Defining the students Burnout construct: a structural analysis from three Burnout inventories. *Psychol Rep.* 2012 Dec;111(3):814-30.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2007 set.;41(3):426-33.

Maslach C. Entendendo o Burnout (Understanding Burnout). *Cienc Trabajo.* 2009;32:37-43.

Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001 Feb;52:397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.

Mathias S, Koerber A, Fadavi S, Punwani I. Specialty and sex as predictors of depression in dentists. *J Am Dent Assoc.* 2005 Oct;136(10):1388-95. doi:<http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2005.0052>.

Melani ACF, Botazzo C, Almeida FCS, Martins JS, Araujo ME, Junqueira SR. Projeto de prática em saúde coletiva: uma nova proposta pedagógica - fase I. *Saúde Soc.* 2013;22(Supl.1):421. Apresentado nos Anais do 13º Congresso Paulista de Saúde Pública.

Mendes R. Patologia do trabalho. 3a ed. São Paulo: Atheneu; 2013. Capítulo1, p. 19.

Milfont TL, Denny S, Ameratunga S, Robinson E, Sally Merry S. Burnout and Wellbeing: Testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand Teachers. *J Social Indic Res.* 2008 Oct; 89(1): 169-177. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-007-9229-9>.

Minayo-Gomez C, Huet JM, Lopes Pena PG, organizadores. *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2011.

Mohren DCL, Swaen GMH, Kant IJ, van Amelsvoort LGPM, Borm PJA, Galama JMD. Common infections and the role of Burnout in a Dutch working population. *J Psychosom Res.* 2003 Sep;55(3):201-8. doi:10.1016/S0022-3999(02)00517-2.

Montero-Marin J, Monticelli F, Casas M, Roman A, Tomas I, Gili M, et al. Burnout syndrome among dental students: a short version of the “Burnout Clinical Subtype Questionnaire” adapted for students (BCSQ-12-SS). *BMC Medical Educ.* 2011 Dec;11:103. doi:10.1186/1472-6920-11-103.

Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015;10(34):1-9. [http://dx.doi.org/105712/rbmfc10\(34\)958](http://dx.doi.org/105712/rbmfc10(34)958).

Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro. Maringá: Dental Press; 2010.

Morita MC, Kriger L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. Rev ABENO. 2001;4(1):17-21.

Morita MC, Kriger L. A relação ensino e serviços de Odontologia. In: Perri de Carvalho AC, Kriger L, organizadores. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006, Capítulo 11, p. 129-34.

Moss SB, Gaughf NW. Dentist impairment: risk factors, signs, prevention, and treatment. Tex Dent J. 2006 Apr;123(4):350-5.

Mota JMS. Percepção e conhecimentos de estratégias de gestão para o ingresso no mercado de trabalho dos alunos que cursaram o último ano da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo em 2014 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2015.

Murtomaa H, Haavio-Mannila E, Kandolin, I. Burnout and its causes in Finnish dentists. Community Dent Oral Epidemiol. 1990 Aug;18(4):208-12. doi:10.1111/j.1600-0528.1990.tb00059.x.

Nogueira DP. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 1984 dez.;18(6):495-509. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101984000600009>.

O'Shea RM, Corah NL, Ayer WA. Sources of dentists' stress. J Am Dent Assoc. 1984 Jul;109(1):48-51.

Perri de Carvalho AC. Ensino de pós-graduação *lato sensu*. In: Perri de Carvalho AC, Kriger L, organizadores. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006a. p. 203-7.

Perri de Carvalho AC. Ensino de Odontologia no Brasil. In: Perri de Carvalho AC, Kriger L, organizadores. Educação odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2006b. p. 5-15.

Pines A, Aronson E. Carrer Burnout: causes and cures. New York: The Free Press; 1981.

Pohlmann K, Jonas I, Ruf S, Harzer W. Stress, Burnout and health in the clinical period of dental education. Eur J Dent Educ. 2005 May;9(2):78-84. doi:10.1111/j.1600-0579.2004.00359.x.

Porto GG, Carneiro SC, Vasconcelos BC, Nascimento MM, Leal JL. Burnout syndrome in oral and maxillofacial surgeons: a critical analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014 Jul;43(7):894-9. doi: 10.1016/j.ijom.2013.10.025.

Preciado-Serrano ML, Vázquez-Goni JM. Perfil de estrés y síndrome de Burnout em estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública. *Rev Chile Neuro-Psiquiat*. 2010 Mar;48(1):11-9.

Pride J. Why some dentists Burnout. *J Am Dent Assoc*. 1991 Jun;122(6):73-4.

Pucca Jr GA, Gabriel M, Araujo ME, Almeida FCS. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015 Oct;94(10):1333-7. doi:10.1177/0022034515599979.

Pucca Jr GA, Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res*. 2010;24 Suppl 1):26-32.

Rada RE, Johnson-Leong C. Stress, Burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc*. 2004 Jun;135(6):788-94.

Ripp J, Fallar R, Babyatsky M, David R, Reich L, Korenstein D. Prevalence of Resident Burnout at the Start of Training. *Teach Learn Med*. 2010 Jul;22(3):172-5.

Rogers C, Malone KM. Stress in Irish dentists: developing effective coping strategies. *J Irish Dent Assoc*. 2009 Dec-2010 Jan;55(6):304-7.

Salanova MY, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio de Burnout. *Pap Psicol*. 2008 enero-abril;29(1):59-67.

Sancho FM, Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dent J*. 2010 Dec;60(6):411-8.

Santana JP. A cooperação técnica com os observatórios de recursos humanos no Brasil. In: Brasil Ministério da Saúde. Observatórios de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003 [citado 26 maio 2012]. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/orh_completo.pdf.

Santana VS. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2006 Aug;40(Nº espec.):101-11 [citado 2015 out 08]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400015&lng=en.

Santos BRM, Gonzales PS, Carrer FCA, Araújo ME. Perfil e expectativas dos ingressantes da faculdade de odontologia da USP: uma visão integrada com as diretrizes curriculares nacionais e o Sistema Único de Saúde. Rev ABENO. 2015;15(1):28-37.

Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on Burnout and health. Psychol Health. 2001 Sep;16(5):501-10. doi:10.1080/08870440108405523.

Schilling RSF. More effective prevention in occupational health practice. J Soc Occup Med. 1984 Aug;34(3):71-9.

Seligmann-Silva E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: Mendes R. Patologia do Trabalho. São Paulo: Atheneu; 2013. Capítulo 32, p. 1054.

Selye H. A syndrome produce by diverse nocuous agents. Nature. 1936;138(3479):32. doi:10.1038/138032a0.

Shimizutani M, Odagiri Y, Ohya Y, Shimomitsu T, Kristensen TS, Maruta T, et al. Relationship of Nurse Burnout with Personality Characteristics and Coping Behaviors. Ind Health. 2008 Aug;46(4):326-35.

Silva ATC, Peres MFT, Lopes CS, Schraiber LB, Susser E, Menezes PR. Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015 Sep;50(9):1347-55. doi:10.1007/s00127-015-1039-9.

te Brake H, Bolemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in Burnout among dutch dentists. Community Dent Oral Epidemiol. 2003 Oct;31(5):321-7.

Terada RSS, Nakama L, organizadores. A implantação das diretrizes curriculares nacionais de Odontologia: a experiência de Maringá. São Paulo: Hucitec; Rede Unida; Brasília: ABENO; 2004.

Vasconcellos LCF, Pignati WA. A medicina do trabalho: subciência ou subserviência? uma abordagem epistemológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 out/dez;11(4):1105-15.

Wahn-Yu Y, Cheng Y, Chen CJ, HU PY, Kristensen TS. Psychometric properties of the Chinese version of Copenhagen Burnout Inventory among employees in two companies in Taiwan. *Int J Behav Med*. 2007;14(3):126-33.doi:10.1007/BF03000183.

Wild A, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*. 2005 Mar; 8(2):94-104.

Winwood PC, Winefield AH. Comparing two measures of Burnout among dentists in Australia. *Int J Stress Manag*. 2004 Aug;11(3):282-9. <http://dx.doi.org/10.1037/1072-5245.11.3.282> .

Winwood PC, Winefield AH, Lushington K. The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: a study of South Australian general dental practitioners. *Aust Dent J*. 2003 Jun;48(2):102-9. doi:10.1111/j.1834-7819.2003.tb00017.x.

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico

Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia
Fundada em 1932

Perfil Sócio-Demográfico

1.1 Nome: _____

1.2 Data Nascimento: _____

1.3 Gênero:

Feminino ()

Masculino ()

1.4 Idade:

Até 25 anos ()

De 26 a 30 anos ()

De 31 a 35 anos ()

De 36 a 40 anos ()

De 41 a 45 anos ()

De 46 a 50 anos ()

De 51 a 55 anos ()

De 56 a 60 anos ()

De 61 a 65 anos ()

Mais de 65 anos ()

1.5 Local de moradia: _____

1.6 Local de graduação: _____

1.7 Renda declarada:

Até 5 salários mínimos ()

De 5 a 8 salários mínimos ()

De 9 a 12 salários mínimos ()

Mais de 13 salários mínimos ()

Perfil de Formação Técnico-Científica

2.1 Pós- Graduação Latu-sensu:

2.1.1 Especialização:

() não

() sim Qual(is) área(s): _____

2.1.2 Aperfeiçoamento:

() não

() sim

Qual(is) área(s): _____

2.2 Pós-graduação Strictu Sensu:

() não

() sim Mestrado ()

Doutorado ()

Execução da atividade profissional

3.1 A sua atividade profissional é exercida no:

Serviço Público ()

Serviço Privado ()

Serviço Público e Privado ()

3.2. A sua atividade profissional envolve a carga horária:

Até 20 horas semanais ()

De 20 a 40 horas semanais ()

Mais de 40 horas semanais ()

3.3 O seu tempo de experiência profissional é:

De 1 a 5 anos ()

De 6 a 10 anos ()

De 11 a 15 anos ()

De 16 a 20 anos ()

De 21 a 25 anos ()

De 25 a 30 anos ()

Mais de 31 anos ()

Outras questões relevantes ao estudo

4.1 Qual foi a última vez em que tirou férias?

Menos de 6 meses ()

Entre 6 meses e 1 ano ()

Entre 1 a 2 anos ()

Mais de 2 anos ()

4.2 Pratica atividade física regularmente?

Não ()

Sim ()

4.3 Você já pensou em mudar de profissão?

Não ()

Sim ()

>Gostaria de colocar mais alguma observação que considera importante?

APÊNDICE B - Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI) – Brasil

CBI – Copenhagen Burnout Inventory/ Instrumento de Burnout de Copenhagen Versão Brasileira

Esgotamento Pessoal

	<i>Sempre^a ou num nível muito alto^b</i>	<i>Frequente- mente^a ou num nível alto^b</i>	<i>Algumas vezes^a ou Um pouco^b</i>	<i>Raramente^a ou num nível baixo^b</i>	<i>Nunca/qua- se nunca^a ou num nível muito baixo^b</i>
1.Com que frequência você se sente cansado (a) ? ^a					
2.Com que frequência você se sente fisicamente exausto (a)? ^a					
3.Com que frequência você se sente emocionalmente exausto (a)? ^a					
4.Com que frequência você pensa : "eu não aguento mais" ? ^a					
5.Com que frequência você se sente esgotado ? ^a					
6.Com que frequência você se sente fraco e susceptível a adoecer ?					

Esgotamento relacionado ao trabalho

7. Você se sente esgotado ao final de um dia de trabalho? ^a					
8. Você se sente exausto pela manhã ao pensar em mais um dia de trabalho pela frente ? ^a					
9. Você sente que cada hora de trabalho é cansativa para você ? ^a					
10. Você tem energia para a família e amigos durante o seu tempo de lazer ? ^b					
11. O seu trabalho é emocionalmente exaustivo ? ^b					
12. O seu trabalho lhe causa frustrações ? ^b					
13. Você se sente esgotado por causa do trabalho ? ^b					

Esgotamento relacionado ao cliente/paciente

14. Você acha difícil trabalhar com seus clientes/pacientes? ^b					
15. Trabalhar com seus clientes / pacientes esgota a sua energia ? ^b					
16. Você acha frustrante trabalhar com seus clientes/pacientes ? ^b					
17. Você sente que dá mais do que recebe quando trabalha com seus clientes/pacientes ? ^b					
18.Você está cansado de trabalhar com clientes/pacientes? ^a					
19. Você, às vezes se pergunta por quanto tempo será capaz de trabalhar com clientes/pacientes? ^a					

APÊNDICE C - Orientações para uso do instrumento CBI

ANEXO A - Autorização para uso do instrumento CBI

ANEXO B – Documento comprobatório de tradução do instrumento Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI)

GALBRAITH COMUNICAÇÕES Ltda.

Rua Marques de Itu, No. 408, cjo 66
Vila Buarque - São Paulo – SP
CEP 01223-000
CNPJ 03-848.292/0001-05 (Tax Registration No.)

TO WHOM IT MAY CONCERN

I, Margery J. Galbraith, a native English speaker residing in Brazil since 1974, have been involved in the translation of a wide range of technical documents since 1979, and in review and translation of scientific articles related to dentistry and medicine since 1982. Furthermore, I declare that I am a full partner and co-director of Galbraith Comunicações Ltda, and apart from my company activities, I work as a freelance translator.

I hereby certify that I translated the questionnaire entitled “**Copenhagen Burnout Inventory (CBI) Questionnaire**” from Portuguese into the English language at the request of Prof. Andrea Melani.

Signed by: Margery J Galbraith
Director - Galbraith Comunicações Ltda

Rio de Janeiro, October 13, 2014

Address for correspondence with the above-mentioned translator:

Margery J Galbraith:
Rua Raul Pompeia 186/Apt.102
Copacabana - Rio de Janeiro – RJ – Brazil
CEP 22080-000 (Zip Code)
Translator's Telephone : Mobile :+55 21 99127 9647
e-mail : margery@globo.com

ANEXO C - Documento comprobatório de tradução do instrumento Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI)

GALBRAITH COMUNICAÇÕES Ltda.

Rua Marques de Itu, No. 408, cjo 66
Vila Buarque - São Paulo – SP
CEP 01223-000
CNPJ 03-848.292/0001-05

São Paulo, 2 de julho de 2014

Eu, Robert Bruce Charles Galbraith, tradutor freelancer, jornalista formado na Escola de Comunicação da UFRJ e sócio-diretor da Galbraith Comunicações, certifico que realizei a versão do inglês para o português do questionário intitulado "Copenhagen Burnout Inventory".

Robert Bruce Charles Galbraith
RG: 28627203-4

ANEXO D - Documento comprobatório de tradução do instrumento Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI)

GALBRAITH COMUNICAÇÕES Ltda.

Inscrito no CNPJ sob Nr.: 03.848.292/0001-05

Rua Marques de Itu, No. 408, cjo 66
Vila Buarque - São Paulo
CEP 01223-000 SP

Contatos com tradutora no Rio de Janeiro:
TELEFONE: (21) 2227 4558
e-mail: margery@globo.com

Certificado de tradução

Eu, Candice Helen Glenday, tradutora freelance e professora assistente da Universidade Estadual Vale do Acaraú, formada em Letras Inglês/Português com especialização em Língua Portuguesa e Mestrado em Cognição e Linguagem, certifico que realizei a versão do inglês para o português do questionário intitulado “**Copenhagen Burnout Inventory**”.

Signed by: Candice Helen Glenday

Sobral, 27 de junho de 2014.

Endereço para correspondência com a tradutora:
Rua Cel Frederico Gomes, 1804 – Apt 204
Sobral – Ceara
Cep 62030-020
Tel: 88 3613-2531

Endereço para correspondência com diretora Margery Galbraith
Rua Raul Pompeia 186/Apt.102
Copacabana - Rio de Janeiro – RJ – Brazil
CEP 22080-000
Celular: 21 9127 9647
Fixo: +55 21 22274558

ANEXO E - Documento comprobatório de tradução do instrumento Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI)

GALBRAITH COMUNICAÇÕES Ltda.

Rua Marques de Itu, No. 408, cjo 66
Vila Buarque - São Paulo – SP
CEP 01223-000
CNPJ 03-848.292/0001-05
Emails: margery@globo.com; glenday2003@yahoo.com

TO WHOM IT MAY CONCERN

I, Candice Glenday, involved in translation work as a freelance translator for Galbraith Comunicações since 2008, B.A in Arts and Humanities and M.A in Language and Cognition, Assistant Professor of English at the State University Vale do Acaraú, hereby certify that I have translated the questionnaire “**Copenhagen Burnout Inventory**” from English into Portuguese.

Signed by: Candice Helen Glenday

Sobral, 27 de junho de 2014.

Address for correspondence:

Rua Cel Frederico Gomes, 1804 – Apt 204

Sobral – Ceara – Brasil

Cep 62030-020

Tel: 55 88 3613-2531

Address for correspondence with the Director Margery Galbraith
Rua Raul Pompeia 186/Apt.102
Copacabana - Rio de Janeiro – RJ – Brazil
CEP 22080-000 (Zip Code)
Translator's Mobile : 21 9127 9647

ANEXO F - Documento comprobatório de tradução do instrumento Inventário de Burnout de Copenhagen (CBI)

GALBRAITH COMUNICAÇÕES Ltda.

Rua Marques de Itu, No. 408, cjt 66
Vila Buarque - São Paulo - SP
CEP 01223-000
CNPJ 03-848.292/0001-05

São Paulo, July 2nd 2014

I, Robert Bruce Charles Galbraith, journalist graduated by Escola de Comunicação da UFRJ (Rio de Janeiro, Brazil), translator and managing partner for Galbraith Comunicações, declare I translated the questionnaire "Copenhagen Burnout Inventory" from English into Portuguese.

Robert Bruce Charles Galbraith

ID number: 28627203-4

Address for correspondence:

Rua Raul Pompeia 186 / Apt 102
Copacabana
Rio de Janeiro - Brasil

ANEXO G - Autorização da Prefeitura do Município de Embu das Artes

Governo Municipal da Cidade de Embu das Artes
Secretaria de Saúde(11) 4785-3536/Fax: 4704-5899 • saude@embu.sp.gov.br

Embu das Artes, 05 de dezembro de 2013

OF. 133/SMSEA

Prezadas Sras.

Professora Titular do Depto de Odontologia Social-

Pesquisadora Responsável

Maria Ercília de Araújo

Pesquisadora

Andrea Carla F. Melani

Prezadas Senhoras,

A Secretaria da Saúde de Embu das Artes, São Paulo, autoriza a realização da pesquisa intitulada:

"Contribuição ao Estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia" a ser realizada com cirurgiões –dentistas lotados na Secretaria da Saúde do município de Embu das Artes que na primeira fase visa validar instrumento com o objetivo de verificar aspectos preditivos da supra citada síndrome cuja origem é de ordem ocupacional.

As pesquisadores se comprometem a realizar a pesquisa apenas após a aprovação no Conselho de Ética, e a devolver os dados para apropriação dos serviços de saúde do município no âmbito das políticas e diretrizes do Sistema único de Saúde. Outrossim, serão assegurados todos os preceitos estabelecidos pela Resolução 196/96.

O Governo da Cidade de Embu das Artes agradece a escolha deste município para o aprofundamento de dados e informações relevantes para a nossa população.

Respeitosamente

Sandra Magali Filhipe Barbeiro

Secretária Municipal da Saúde

Prefeitura da Estância Turística de Embu das Artes

ANEXO H – Submissão do Projeto à Plataforma Brasil

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia		2. Número de Participantes da Pesquisa: 80	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Maria Ercília de Araujo			
6. CPF: 983.167.458-87		7. Endereço (Rua, n.º): PROFESSOR LINEU PRESTES BUTANTA 2227 SAO PAULO SAO PAULO 05508000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (11) 3091-7872	10. Outro Telefone:
		11. Email: mercilia@usp.br	
12. Cargo: PROFESSORA TITULAR			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 16 / 10 / 2013		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade de Sao Paulo		14. CNPJ: 52.448.750/0001-24	15. Unidade/Órgão: FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENT E TEC ODONTOLOGIA
16. Telefone: (11) 3819-6110		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: Prof Dr. Dalton L. P. Ramos Depto. de Odontologia Social Nº USP 91001		CPF: 035.462.958-11	
Cargo/Função: CHEFE DO DEPARTAMENTO			
Data: 18 / 10 / 2013		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia

Pesquisador: Maria Ercília de Araujo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23475813.0.0000.0075

Instituição Proponente: FUNDACAO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENT E TEC ODONTOLOGIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 544.531

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto propõe um estudo em duas fases: a primeira para verificação de dados sócio-econômicos e de formação técnico-científica de dentistas brasileiros de um município de São Paulo e a segunda a aplicação do Inventário de Burnout de Copenhague adaptado e validado para cultura Brasileira. A Síndrome de Burnout, foi independentemente denominada por volta de 1970, pelos pesquisadores Maslach e Freudenberg, e está relacionada ao desgaste intenso no trabalho e à impossibilidade de lidar com esse desgaste, resultando em diminuição da capacidade produtiva e consequentemente frustração nas relações de trabalho.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar as características psicométricas do CBI na população de cirurgiões-dentistas do município de Embu das Artes/SP, Brasil. Determinar os níveis de Burnout na população de cirurgiões-dentistas do município de Embu das Artes/SP, Brasil. Elaborar propostas para a prevenção da Síndrome de Burnout em cirurgiões dentistas que atuem em serviço público ou privado e para a melhor forma de se atenuar os sinais e sintomas quando a síndrome já estiver instalada, com vistas à melhoria da saúde ocupacional e consequentemente da qualidade de vida dos profissionais

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 544.531

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram considerados e estão adequados no projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

AS sugestões e recomendações do parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados.

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências. O projeto está adequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 27 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Maria Gabriela Haye Biazevic
(Coordenador)

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

ANEXO J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Projeto de Pesquisa: “Contribuição ao estudo da Síndrome de *Burnout* em Odontologia”.

Pesquisadores e Instituição envolvidos no projeto: Profa. Doutora Maria Ercilia de Araújo (orientadora e professora do curso de pós-graduação em Ciências Odontológicas, área de concentração Odontologia Social) e a cirurgiã-dentista Andréa Carla Franchini Melani (aluna nível doutorado, do curso de pós-graduação em Ciências Odontológicas, área de concentração Odontologia Social), da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP).

Local do estudo: município de Embu das Artes, estado de São Paulo, Brasil.

Informações sobre o estudo: A síndrome de *Burnout* está relacionada ao estresse ligado ao trabalho nos profissionais de qualquer área de atuação, podendo levar ao prejuízo na realização da sua atividade laboral, bem como na sua qualidade de vida.

O **objetivo** desse estudo é verificar a existência de indícios que possam levar à Síndrome de *Burnout* nos profissionais de Odontologia, subsidiando a construção desse conhecimento nas áreas das ciências sociais e humanas, a fim de propor medidas que evitem o surgimento e desenvolvimento dessa síndrome e, que terá como **benefício** a melhoria da qualidade de vida desses profissionais. O **instrumento de pesquisa** a ser utilizado é composto de um questionário dividido em duas partes, a primeira sobre os dados sócio-demográficos do participante da pesquisa e a segunda envolvendo questões referentes à Síndrome de Burnout, que poderá ser respondido em aproximadamente 15 a 20 minutos, numa única vez. Essa pesquisa não apresenta **riscos** de ordem física e mínimos riscos de ordem psicológica aos participantes. Considerando a importância do assunto e também a importância da sua participação, convidamos você a participar **voluntariamente** da pesquisa intitulada “Contribuição ao estudo da Síndrome de Burnout em Odontologia”, a ser realizada com cirurgiões-dentistas do município de Embu das Artes, no ano de 2014. Esclarecemos que, as **informações** fornecidas serão **confidenciais** e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis, sendo que você, como sujeito da pesquisa não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma. Reiteramos que o seu consentimento, poderá ser **retirado** a qualquer momento sem nenhuma penalidade e/ou prejuízo à sua pessoa. Caso sinta-se em dúvida sobre a sua participação poderá entrar em contato com os pesquisadores por meio do email: andreamelani@usp.br ou no Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) localizada à Avenida Lineu Prestes, 2227, Cidade Universitária, São Paulo, telefone: 3091 7891. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, sob o número de protocolo 544.531 em 27/02/2014. Se ainda houver dúvidas sobre a ética da pesquisa, por favor entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes 2227, 05508-000 São Paulo, telefone 30917960 ou pelo e-mail cepfo@usp.br).

“Após ter sido informado e ter minhas dúvidas suficientemente esclarecidas pela pesquisadora proponente, concordo em participar de forma voluntária desta pesquisa e declaro ter recebido uma cópia desse documento.”

Identificação do participante da pesquisa (nome por extenso): _____

RG nº : _____ UF: _____ Emissão: ____/____/____.

Assinatura

Identificação dos pesquisadores:

1. Professora Doutora Maria Ercilia de Araujo (orientadora) CROSP:24796 UF: SP
Assinatura
2. Cirurgiã-Dentista Andréa Carla Franchini Melani (aluna) CRO: 46250 UF: SP
Assinatura