



Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC Graduação em Psicologia

SINDROME DE BURNOUT: ORIGEM, SINTOMAS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Syndrome Burnout: Professional exhaustion of disease

Elaine Martins da Silva^{1, 2} Itiene Soares Pereira

¹ Mestre em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis, Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela Sociedade Universitária Redentor, Especialista em Recursos Humanos e Psicologia pela Faculdade Machado Sobrinho, Psicóloga pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora. Docente da Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC.

RESUMO

O trabalho é necessário ao homem para sua subsistência e sua realização enquanto ser humano. Os avanços tecnológicos e a competitividade tem exigido mais produtividade dos funcionários. As pressões cotidianas aliadas a aspectos individuais e às condições desfavoráveis de trabalho têm causado sofrimento psíquico e adoecimento em muitos trabalhadores em diversas áreas de atuação. Diversas são as doenças ocupacionais conhecidas como doenças do trabalho, de fundo emocional e psicológico; entre elas encontra-se a Síndrome de Burnout. O objetivo do presente estudo é analisar, através de pesquisa bibliográfica, a origem da síndrome, seus sintomas, causas e quais os principais tratamentos de burnout. Para tanto, foi realizada uma pesquisa classificada como básica, que gera conhecimento através de conteúdos de interesse universal, descritiva, que teve como instrumento o levantamento bibliográfico realizado por meio de pesquisa na internet, bases de dados indexadas Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), bem como em livros, dissertações e teses e publicações científicas, utilizando ainda biblioteca virtual da FUPAC (Fundação Presidente Antônio Carlos), Google acadêmico, Pepsic, e Redalyc. Com os estudos, além da conceituação da síndrome e conhecimento da trajetória histórica dos estudos, foram descritos os principais sintomas. Também foram levantadas as causas da Síndrome. Por fim, foram tratadas as formas de prevenção e tratamento da doença. Além da criação de melhores condições de trabalho, a terapia cognitivo comportamental tem se mostrado eficaz, já que trabalha no cognitivo do indivíduo, modificando seu pensamento e ensinando o mesmo a lidar com os estressores do cotidiano. O profissional de psicologia deve estar atento para que possa contribuir para a construção de um ambiente organizacional saudável, além de tornar-se essencial o interesse e envolvimento destes e demais profissionais de saúde em pesquisas que envolvam tal fenômeno e possibilidades de intervenções.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout.Terapia Cognitivo-Comportamental.Psicologia.



Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC Graduação em Psicologia

ABSTRACT

Work is necessary for man for his subsistence and his fulfillment as a human being. Technological advances and competitiveness have required more employee productivity. The daily pressures, allied to individual aspects and unfavorable conditions of work have caused psychological suffering and sickness in many workers in several areas of activity. Several are the occupational diseases, known as occupational diseases, of emotional and psychological background, among them is Burnout Syndrome. The objective of the present study is to analyze through literature the origin of the syndrome, its symptoms, causes, and the main treatments of burnout. For that, a research classified as basic, which generates knowledge through contents of universal interest, was carried out, which had as its instrument the bibliographical survey, carried out through Internet search, indexed databases Latin American Literature in Health Sciences (Scientific Electronic Library Online (SCIELO), as well as in books, dissertations and theses and scientific publications, also using FUPAC's virtual library (Fundação Presidente Antônio Carlos), Google academic, Pepsic, and Redalyc. With the studies, besides the conceptualization of the syndrome and knowledge of the historical trajectory of the studies, the main symptoms were also described. Finally, the forms of prevention, and treatment of the disease were treated. Beyond the creation of better working conditions, cognitive behavioral therapy has proved effective, since it works on the individual's cognitive, modifying his thinking and teaching him to deal with everyday stressors. The psychology professional must be attentive so that it can contribute to the construction of a healthy organizational environment, besides becoming essential the interest and involvement of these and other health professionals in research involving such phenomenon and possibilities of interventions.

Keywords: Burnout Syndrome. Cognitive-behavioral therapy. Psychology.

Endereço para correspondência: Elaine Martins da Silva
Rua Silverio Marotta, 04, Bairro Centro –Cidade Dores do Turvo – MG. Cep- 36.513-000
E-mail: elainemartinsdt@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

As pessoas passam boa parte de suas vidas dentro de organizações, de onde obtêm meios de sua subsistência. As relações desenvolvidas dentro das empresas podem causar tanto alegrias, sensação de conforto e bem-estar, ou sensações negativas, desmotivação e até adoecimento. Existem várias doenças associadas ao trabalho, como estresse, depressão, ansiedade e também síndrome de Burnout.

O estresse pode ser compreendido como qualquer tipo de aflição ou cansaço do corpo e da mente. É uma reação do indivíduo a uma adaptação, e pode gerar sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. Não é, necessariamente, um mal a ser combatido. É necessário para gerar mobilização, porém, quando em excesso, ataca as defesas do organismo e afeta a saúde (Ferreira, 2013, p. 117).

A síndrome de *Burnout* difere do estresse, pois está diretamente ligada ao ambiente e às atividades laborais e na verdade é um processo de cronificação de um processo de estresse dentro desse ambiente segundo Benevides-Pereira (2012),

o *Burnout* se constitui enquanto um construto distinto do estresse; ele é compreendido como um tipo de estresse crônico, que se difere do estresse ocupacional ao ser concebido como “mais grave”, ocorrendo de forma insidiosa, por meio de um processo cumulativo de estressores laborais contínuos (Carvalho, Santos Junior & Neufeld, 2015, p. 01).

É essencial que exista essa diferenciação para que seja feito um diagnóstico preciso e para que o melhor tratamento seja adotado, e o indivíduo possa se recuperar da síndrome antes de seu agravamento, que pode trazer sérias consequências ao trabalhador (Batista et al, 2011).

Nos últimos 3 anos, o número de afastamentos por doenças psicológicas relacionadas ao trabalho cresceu de 4% para 5% do total de afastamentos do Instituto Nacional Seguridade Social - INSS, o que demonstra um problema de saúde pública (Fraga, Carneiro & Pinto, 2016). De acordo com Unimed (2009, p. 01), “A síndrome do esgotamento profissional integra a Lista de Doenças Profissionais e Relacionadas ao Trabalho (Ministério da Saúde, Portaria nº 1339/1999) e está descrita sob o código Z73.0 na Classificação Internacional de Doenças (CID-10)”. Esse CID é uma forma genérica, com o título no INSS de código do CID 10, tem uma

média de janeiro a junho de 2016, de um percentual de 0,007% dos afastamentos totais da previdência social (Ministério da Previdência Social, 2016).

Neste contexto, surgem alguns questionamentos que vão nortear o presente estudo: Qual a origem da síndrome de Burnout? Quais os sintomas da síndrome? Quais as características apresentadas pelo indivíduo portador da síndrome? Como a Síndrome de Burnout pode interferir na saúde de um profissional? Que tipos de prejuízo o indivíduo pode sofrer se acometido pela síndrome? Existe alguma profissão mais propícia a causar a síndrome? Quais os principais tratamentos da síndrome?

Diversas hipóteses foram levantadas, tais como: a origem da síndrome está ligada ao trabalho e ao estresse ocupacional e a forma de resposta do organismo a tal estresse; a Síndrome traz prejuízo a indivíduos e à empresa; algumas profissões são mais propensas a apresentar a síndrome; as terapias cognitivas comportamentais são formas de tratamento importantes de Burnout.

Com o intuito de responder a esses questionamentos e verificar tais hipóteses, o presente estudo tem como objetivo compreender e descrever a Síndrome de Burnout a partir do ponto de vista de alguns autores da área como Ferreira (2013), Almeida, Souza e Carlotto (2009) Moraes (2104), Pêgo e Pêgo (2016) Campos Junior, Burns e Lopez (2015), Borges; Luiz e Domingos (2009), Chiavenato (2010), entre outros. É importante, portanto, investigar como a síndrome pode interferir na vida do indivíduo e sobretudo, como tratar essa doença que tem levado tantos profissionais a um sofrimento psíquico. Desta forma, realizou-se um estudo classificado conforme o gênero, em que estes trabalhos são de análise ou síntese de conhecimentos, levando à produção de conceitos novos, apresentação de hipóteses, teorias (Prodanov & Freitas, 2013).

Classifica-se de acordo com sua natureza, por uma pesquisa básica, que gera conhecimento através de conteúdos de interesse universal. Quanto aos objetivos, trata-se de pesquisa descritiva, em que o pesquisador apenas registra, descreve fatos, observa, analisa ou ordena fatos, sem manipulá-los. Com relação ao delineamento, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, ou seja, estudo elaborado através de material já publicado, com objetivo de colocar o pesquisador em contato com o material já escrito sobre determinado estudo (Prodanov & Freitas, 2013).

O levantamento bibliográfico foi realizado através de pesquisa na *internet*, bases de dados indexadas Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde

(LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), bem como em livros, dissertações e teses, publicações científicas utilizando também a biblioteca virtual da FUPAC (Fundação Presidente Antônio Carlos), Google Acadêmico, Pepsic, e Redalyc e os descritores utilizados foram: *Síndrome de burnout*; Tratamento para Síndrome de *burnout*; histórico dos estudos da síndrome de *burnout*. Foram pesquisados diversos trabalhos que versam sobre o tema e através de análise preliminar do material foram selecionados por meio de análise exploratória os que mais contribuíam para o objetivo da presente pesquisa. A partir daí os capítulos abordarão teorias e estudos acerca da síndrome de *Burnout* e será realizada uma análise dos estudos e os principais resultados alcançados pelos diversos autores.

2.DESENVOLVIMENTO

Este capítulo apresentará o corpo teórico da presente pesquisa, apresentando conceitos importantes para seu entendimento, bem como aspectos da Síndrome de *Burnout*, origem da síndrome e evolução de estudos, principais sintomas e causas, e o tratamento, com foco para a terapia cognitivo-comportamental.

2.1 Ambiente de trabalho e adoecimento

A globalização da economia, os avanços tecnológicos e as mudanças rápidas que vem ocorrendo no mercado de trabalho, vêm exigindo cada dia mais de seus colaboradores. Dentre as diversas competências exigidas pelo mercado de trabalho, a pró-atividade, produtividade e especialização passaram a ser pré-requisito em diversos níveis hierárquicos, não apenas nos níveis gerenciais.

Tendo em vista que as pessoas passam grande parte de seus dias em ambientes empresariais, formados de aspectos ambientais que afetam o bem-estar físico, à saúde e integridade física dos funcionários e de outros aspectos ambientais que podem afetar o bem-estar psicológico, intelectual, saúde mental e integridade moral das pessoas. Assim, um ambiente de trabalho saudável deve ter essas condições favoráveis ao trabalhador, a fim de manter a saúde ocupacional dos indivíduos (Chiavenato, 2010).

As pressões por produção visando ao cumprimento de metas cada vez mais impossíveis, junto com pressões externas por ascensão profissional, condições de trabalho nem sempre ideais, vida social e descanso insatisfatórios podem levar os indivíduos ao adoecimento. Isso porque esse ambiente de competição empresarial tem causado conforme abordado por Schimitz (2015), ansiedade, insegurança, grandes preocupações, além de adoecimento.

Diversas doenças ocupacionais estão surgindo e afetando negativamente a empresa e os indivíduos de forma geral. Ferreira (2013, p. 115) discorre sobre doenças ocupacionais: “também conhecida como “a doença do trabalho”, é aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado”.

Segundo Chiavenato (2010, p. 471) uma das formas de definir saúde é a “ausência de doença ou enfermidade”. No entanto, em uma forma mais completa e ampla, saúde “é o estado físico, mental e social de bem-estar” livre de riscos de saúde, sejam físicos, biológicos, químicos, tóxicos e condições estressantes que podem provocar riscos no trabalho. Nesse sentido, entende-se que um trabalhador competente, mas com baixa autoestima, ansioso, deprimido e com alto grau de estresse pode ser tão improdutivo quanto um empregado doente e hospitalizado.

Condições de trabalho desfavoráveis podem causar diversas doenças ocupacionais. Entre algumas das doenças relacionadas ao trabalho encontra-se a síndrome de *burnout*.

2.2 Síndrome de *Burnout*

A palavra *Burnout* é de origem inglesa e tem o significado utilizado para se referir a algo que parou de funcionar por exaustão (Pêgo & Pêgo, 2016).

O termo síndrome de *burnout* resultou da junção de burn = queima e out = exterior. Caracteriza um tipo de estresse ocupacional, no qual a pessoa consome-se física e emocionalmente, resultando em exaustão e em um comportamento agressivo e irritadiço (Moraes, 2104, p. 219).

Segundo Almeida, Souza e Carlotto (2009, p. 86) “*Burnout* é um fenômeno psicossocial resultante da tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho abrange o relacionamento intenso e frequente com pessoas que necessitam de cuidado e (ou) assistência”.

Segundo Campos Junior, Burns e Lopez (2015), *burnout* tem sido definido como uma perda gradativa de energia e idealismo, sensação de despersonalização e exaustão emocional.

Devido a uma série de similaridades, a síndrome pode ser confundida com o estresse, que segundo Chiavenato (2010), é um conjunto de reações físicas, químicas e mentais decorrentes de estímulos ou estressores que existem no ambiente. “É uma condição dinâmica que surge quando uma pessoa é confrontada com uma oportunidade, restrição, ou demanda relacionada com o que ela deseja” (p. 473).

O estresse é descrito “como uma reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade do organismo fazer em face de algo que ameace a sua homeostase interna”, ou seja, é uma experiência emocional negativa acompanhada de previsíveis mudanças bioquímicas, psicológicas, cognitivas e comportamentais que estão relacionadas tanto à alteração de um fato ou acontecimento estressante, quanto à acomodação dos seus efeitos (Borges, Luiz & Domingos, 2009, p. 181).

Pode ser compreendido como uma reação do indivíduo a uma adaptação que segundo Ferreira, (2013, p. 117), “Não é, necessariamente, um mal a ser combatido. É necessário para gerar mobilização, porém, quando em excesso, ataca as defesas do organismo e afeta a saúde”

Segundo Borges, Luiz e Domingos (2009), o estresse não é uma doença a ser tratada e sim um facilitador que leva ao desenvolvimento de doenças.

O *burnout* diferencia-se do estresse por ser um fenômeno psicossocial relacionado com situações de trabalho resultante da constante e repetitiva pressão emocional, associada com intenso envolvimento com pessoas por longos períodos de tempo. A síndrome *burnout* vai além do estresse, sendo encarada como uma reação ao estresse crônico (Moraes, 2014, p. 219).

O adoecimento e conseqüente perda de produtividade tornam-se prejudiciais tanto à empresa, que tem perdas econômicas, quanto ao colaborador acometido do adoecimento.

Segundo Barros et. al. (2016), “A síndrome de burnout é uma resposta ao estresse crônico, quando falham as estratégias de enfrentamento que normalmente o indivíduo emprega para lidar com os estressores laborais” (p. 379), e uma das características da doença, é que se mantém ao longo do tempo, traz enfermidade física ou mental ao indivíduo.

O Ministério da Saúde, pela Portaria no 1339, de 1999, integra a síndrome do esgotamento profissional à Lista de Doenças Profissionais Relacionadas ao Trabalho. Decreto no 3048/99 que regulamenta a Previdência Social, no grupo V da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão - CID10, é classificada sob o código Z73.0 como Síndrome de *Burnout*, Síndrome do Esgotamento Profissional, também identificada como Sensação de estar acabado, tendo o profissional acometido direito ao afastamento por doença ocupacional (Moraes, 2014, p. 219).

Segundo França e Ferrari (2012), dados do Ministério da Previdência Social, em 2007, 4,2 milhões de pessoas foram afastadas e destas 3.852 eram portadoras da Síndrome de Burnout. De acordo com Moraes (2014), os trabalhadores mais afetados são aqueles encarregados de cuidar de pessoas em áreas como educação (em especial professores), saúde (médicos, enfermeiros, recepcionistas em clínicas e hospitais), policiais, agentes penitenciários, entre outros. Acredita-se que no Brasil, entre os profissionais de saúde, a taxa encontra-se entre 30 a 47% de afetados pela síndrome (Moraes, 2014).

2.3 Origem da Síndrome de *Burnout* e evolução dos estudos

Em 1974 o termo *burnout* foi utilizado pela primeira vez, em um estudo denominado “*Staff Burnout*”, realizado por Herbert Freudenberger, médico da cidade de Nova Iorque, Estados Unidos. Herbert trabalhava em uma comunidade com foco no abuso de drogas, que naquela época, chamavam o droga adictos de ‘*burnouts*’, que significava ‘pessoa que já não ligava para muita coisa, a não ser as drogas’. Acreditava-se que esse quadro era consequência de um lento processo de erosão da motivação e competência, deixando a pessoa insensível e sem se importar com as coisas ao redor (Ferenhof & Ferenhof, 2002). O referido estudo trazia uma

abordagem clínica que apresentava a relação explícita entre atividade laboral e os problemas dele decorrentes (Schmitz,2015).

De acordo com Ferreira e Azzi (2010), essa linguagem já havia sido utilizada por Brandley, ao descrever o que denominou *staff-burnout* em 1969. Os primeiros estudos oriundos da psicologia tiveram um aumento na década de 1980, ou seja, são estudos bastante recentes (Chiminazzo & Montagner, 2009). Em 1981, Maslach e Jackson publicaram uma pesquisa, que os consagrou como responsáveis pela difusão dessa síndrome, o que despertou interesse internacional (Ferreira & Azzi, 2010).

Estudos em âmbito nacional estão em acordo com as perspectivas psicossociológicas e têm considerado diversos níveis de análises tanto ocupacionais e macrossociais (conjunturais), quanto organizacionais conforme apresentam Dantas e Borges (2012). No entanto, uma das principais estudiosas da síndrome é a professora de Psicologia da Califórnia - Christine Maslach. O *Maslach Burnout Inventory* - MBI tornou-se um dos principais instrumentos de pesquisa em *burnout*. Trata-se de um questionário de 22 questões, que identifica as dimensões sintomatológicas da síndrome, dividido da seguinte forma: questões de 1 a 9 identificam o nível de exaustão emocional; 10 a 17 questões relacionadas à realização profissional e 18 a 22 questões referentes à despersonalização. O MBI foi criado por Christine na Califórnia-EUA e validado no Brasil em 2001 (Jodas & Haddad, 2008).

Segundo Ferenhof e Ferenhof (2002), na Síndrome de *Burnout*, “o trabalhador se envolve muito com as pessoas por ele assistidas, nota-se um desgaste ao atingir seu extremo, desiste, entra em *Burnout*”.

A definição de *burnout* - segundo Dantas e Borges (2012), implica anos de estudos empíricos, aplicação de entrevistas, questionários e observações diretas de muitos trabalhadores de profissões diversificadas em duas fases principais: exploratória -descreve o fenômeno e foi iniciada com o trabalho de Freudenberger através de sua concepção clínica; ainda na década de 1970, com Maslach e Jackson com uma concepção psicossociológica. Na concepção clínica, a síndrome ocorria em razão da atividade laboral, devido a características individuais, enquanto na concepção psicossociológica, a síndrome é entendida como uma reação ao estresse crônico na interação do indivíduo com o ambiente laboral e com suas características sociais.

A segunda fase foi a empírica - iniciou-se na década de 1980, quando os pesquisadores tinham por principal preocupação o aspecto quantitativo e de avaliação e foi fortemente influenciada por concepções de organização e sócio-histórica. A síndrome em alguns estudos passa a ser considerada como uma consequência de um desequilíbrio entre as necessidades do trabalhador e os interesses das empresas em que estes trabalhavam. Assim, nessa concepção a evidência está na sociedade atual, competitiva e individualista e não em aspectos individuais (Dantas & Borges, 2012).

No Brasil, o primeiro artigo sobre a síndrome de *burnout* conforme aponta Benevides-Pereira (2012), foi publicado na Revista Brasileira de Medicina -1987- um estudo de França.

De acordo com Benevides-Pereira (2012), as primeiras teses e publicações brasileiras iniciaram-se de forma mais estruturadas na década de 1990, com estudos cujos objetivos eram alertar profissionais sobre esse tema, o que levou acontecer em 6 de maio 1996 a regulamentação da Previdência Social, através da qual, a Síndrome de *Burnout* viria a ser incluída no Anexo II no que se refere aos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. No entanto, essa ainda é uma doença desconhecida por muitos, inclusive por profissionais que deveriam conhecê-la devido a sua ocupação.

2.4. Principais sintomas da Síndrome de *Burnout*

De acordo com Moraes (2014) a síndrome de *Burnout* se caracteriza pelo esgotamento físico, psíquico e emocional que decorre da exposição de atividades excessivas e estressantes, que vêm da má adaptação ao trabalho e resulta uma resposta inadequada do indivíduo a situações ocupacionais cotidianas. Ela tem sido, assim caracterizada, em diversos estudos, como uma resposta afetiva a essa prolongada e contínua exposição a estressores no dia a dia laboral, e que geram exaustão emocional, autoavaliação negativa, queda de autoestima, depressão e em muitos casos a insensibilidade a todos e a diversas situações (Benevides-Pereira, 2012).

Moraes (2014) divide os sintomas de *burnout* em 4 categorias distintas, sendo: sintomas psicossomáticos, comportamentais, emocionais e defensivos. Os psicossomáticos são sintomas físicos, os comportamentais dizem respeito ao comportamento do indivíduo frente às situações ocupacionais, as emocionais são os sentimentos do mesmo, e os defensivos são formas de defesa do indivíduo. Entre os sintomas de acordo com a autora estão:

Psicossomáticos: Insônia, dores de cabeça e enxaquecas, gastrite, úlcera, crises de asma, diarreias, hipertensão (surgimento ou agravamento de quadro) palpitações, maior frequência de infecções devido à baixa imunidade, suspensão do ciclo menstrual em mulheres, dores musculares e/ou cervicais, alergias, entre outros.

Comportamentais: Absenteísmo, violência, incapacidade de relaxar, isolamento, agressividade, uso de drogas diversas, comportamento de risco, mudanças bruscas de humor.

Emocionais: distanciamento afetivo, sinais de impaciência, sentimento de solidão e/ou alienação, sentimento de impotência, irritabilidade, dificuldades de concentração, redução do envolvimento no trabalho, desejo de abandonar o emprego, baixa autoestima, sentimento de onipotência, e dúvidas de sua própria capacidade.

Defensivas: Negação de emoções, atenção seletiva, ironia, hostilidade, apatia e desconfiança (Moraes, 2014).

Almeida, Souza e Carlotto (2009) e Pêgo e Pêgo, (2016) acreditam que a síndrome apresenta-se sob três dimensões distintas trazendo um caráter multidimensional à *Burnout*. São as dimensões: de exaustão emocional, ou seja, falta de energia e sentimento de esgotamento emocional. Geralmente acontece, quando o indivíduo percebe que não consegue dar mais de si tanto em relação aos seus problemas, quanto aos problemas de outras pessoas; a despersonalização, ou seja, desenvolvimento de insensibilidade emocional, que requer um tratamento frio e impessoal do indivíduo para com as demais pessoas de convívio; e a baixa

realização profissional, que direciona o indivíduo a uma autoanálise negativa, onde o mesmo experimenta por vezes a sensação de incompetência e de perda da autoestima.

Benevides-Pereira (2012) reforça as três dimensões, apresenta sintomas em cada uma delas. A exaustão emocional refere-se diretamente ao estresse e esgotamento físico, mental, ocasionando a sensação de falta de energia para atividades do cotidiano. Sintomas como transtornos do sono, dificuldade de atenção, lapsos de memória, problemas cardiovasculares, ansiedade são apresentadas. A Despersonalização foi posteriormente alterada para cinismo e representaria a parte defensiva da síndrome, apresentando sintomas como: desenvolvimento de atitudes sem envolvimento emocional, desumanização do trato com as pessoas, adoção de ironia e cinismo nas relações. A desumanização faz com que o desempenho profissional reduza manifestando sintomas como sentimento de insuficiência e redução de autoestima.

Indivíduos com *burnout* têm relatado alguns sintomas como fadiga física, cansaço mental ou cognitivo, todavia não se deve confundir com outros transtornos mentais como depressão e ansiedade, que nada têm a ver com o ambiente de trabalho. Enquanto nos depressivos avaliam-se manifestações clínicas encontrando submissão à letargia e sentimento de culpa e derrota, no *burnout* os sentimentos mais marcantes são o desapontamento e a tristeza.

Também não se pode confundir a síndrome com um estado de fadiga passageiro, causado por uma rotina de extensa carga horária, por exemplo, nem com fugas psicológicas, já que em *burnout*, o trabalhador continua realizando as atividades, embora, cada vez mais se distancie das pessoas ao seu redor. Diferente do estresse que se manifesta sem associação específica com atividade laboral, e tem influência sobre a vida pessoal, em *Burnout* o que se apresenta é uma experiência individual e específica do ambiente de trabalho e tem caráter de experiência negativa para quem o desenvolve. *Burnout* é uma cronificação de um processo de estresse (Benevides-Pereira, 2012).

O que torna *burnout* uma síndrome perigosa ao indivíduo, é que como esta se desenvolve lentamente, muitas vezes o indivíduo não se sente doente a ponto de se afastar do trabalho, no entanto, com o passar do tempo, problemas físicos ou mentais aparecem e podem causar uma piora no quadro causando a necessidade

de afastamento temporário ou definitivo das atividades. Por isso, é muito importante que o profissional realize o diagnóstico com rapidez e eficiência (Ferreira, 2014).

2.6 Causas da Síndrome de *Burnout*

A Síndrome *de Burnout* é uma doença que se desenvolve com o passar dos anos, dificilmente diagnosticada ou percebida em sua fase inicial, conforme se verifica em Batista, Carlotto, Coutinho e Augusto (2011).

Embora algumas profissões apresentem maiores índices de pessoas com a síndrome de *burnout*, segundo Moraes (2014), a síndrome parece estar relacionada não a profissões específicas, e sim à maneira como o trabalho é organizado, ou seja, não se trata de uma síndrome clínica e sim um diagnóstico de situação de trabalho.

Suas causas são multifatoriais, podendo estar ligadas a características pessoais e individuais, ao tipo de atividade e forma de realização desta atividade e variáveis da organização onde esse trabalho é realizado. Esses fatores tendem a facilitar ou causar o estresse ocupacional que desencadeia a *burnout*. “As variáveis de personalidade, assim como as sociodemográficas, não são em si deflagradoras da síndrome, mas diante de uma instituição comprometida, podem facilitar o seu desencadeamento” (Moraes, 2014, p. 220).

Alguns mediadores, facilitadores e/ou desencadeadores de *burnout*, são apresentados pela autora, os quais ela divide em características pessoais, organizacionais, sociais e do trabalho. As características pessoais são: idade, sexo, nível educacional, número de filhos, personalidade, sentido de coerência, motivação e idealismo. As características organizacionais dizem respeito ao ambiente de trabalho em si: ambiente físico, mudanças organizacionais, normas institucionais, burocracia em processos, clima organizacional, comunicação entre membros de equipe e com a chefia: autonomia, formas de recompensas e remuneração e fatores que garantem a segurança. Os sociais referem-se ao viver em sociedade e seria o suporte social, familiar e o prestígio. E as características inerentes ao trabalho enquadram-se nesta categoria: o tipo de ocupação, o tempo de profissão, tempo de empresa, grau de responsabilidade, sobrecarga de horário de trabalho ou duplicação

de jornadas, relacionamento com colegas de trabalho, nível de controle, pressão excessiva, grau de autonomia, assédio moral e sobrecarga de trabalho (Moraes, 2104).

Segundo Silva, Dias e Teixeira (2012) a síndrome advém de um processo de estresse que rompe com o equilíbrio psicofisiológico do profissional, fazendo com que ele utilize recursos extras de energia e inibindo ações por ele consideradas desnecessárias. “A intensidade e o tempo de duração deste estado podem levar o indivíduo a sofrer consequências graves, tanto física quanto psicologicamente, caso seja incapaz de restaurar ou desenvolver mecanismos adaptativos que lhe permitam restabelecer o equilíbrio perdido” (p. 153).

Segundo Carlotto e Câmara (2008), a constante exposição do indivíduo a estressores e experiências de estresse, desempenha um papel importante como componente que realiza a mediação no surgimento ou agravamento de uma série de doenças ocupacionais, inclusive a síndrome de *burnout*.

As formas de enfrentamento de situações estressantes, ou seja, a maneira como o indivíduo lida com o estresse e os recursos por ele utilizados para lidar com as situações estressantes do dia a dia, podem ser a base de desenvolvimento do *Burnout*.

2.7 Consequências para os indivíduos e organizações

Quando um colaborador adocece, algumas consequências são sofridas por ele, mas também existem diversas consequências para as organizações de um modo geral. Conforme abordado, muitas vezes quando acometido com *burnout* o colaborador começa a apresentar problemas mentais e físicos como dores de cabeça, fadiga física e mental crônica, mal-estar e até com o passar do tempo, problemas como a depressão. Isso causa danos à vida da pessoa, que tem em seu trabalho grande parte das horas do dia (Ferreira, 2014). Do ponto de vista das organizações, essa experiência subjetiva interna do indivíduo, causa prejuízos, uma vez que o trabalhador perde motivação, comprometimento, o que muitas vezes, afeta sua produtividade. Aos poucos, seu desempenho vai sendo corroído, e consequências como absenteísmo (faltas ao trabalho), abandono de emprego, baixa

produtividade aparecem causando problemas às empresas (Almeida, Souza & Carlotto, 2009, p. 87).

A partir de uma perspectiva capitalista e neoliberal, pode-se afirmar que a problemática referida faz com que este profissional se descontextualize de sua realidade, deixe de ser produtivo, além de trazer inúmeros prejuízos ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida, o que afeta sua relação familiar e também seu convívio social. Trata-se de um dos agravos ocupacionais de caráter psicossocial mais importantes na sociedade atual. A SB tem sido considerada como sério processo de deterioração, uma vez que apresenta graves implicações para a saúde física e mental (Silva, Dias & Teixeira, 2012, p.147).

Por diversas vezes, a *burnout* é associada além do absenteísmo, devido a atestados e faltas injustificadas, a problemas como intenção de deixar o trabalho, desleixo com as atividades e ao Turnover (índice de rotatividade dos funcionários em uma empresa) apresentando tanto sintomas físicos como psicológicos e comportamentais, afetando não só o trabalho, como também com o passar do tempo, a vida pessoal e social do indivíduo (Barros et al, 2016). Segundo Silva, Dias e Teixeira (2012), a *burnout* traz consequências sobre o estado de saúde e sobre o desempenho do indivíduo, além de disfunções pessoais trazendo repercussão econômica e social. Gera comportamentos negativos a respeito de clientes, trabalho e organização, contribuindo para a existência de relações interpessoais conflitantes entre colegas e equipe de trabalho. Também cita repercussões negativas na vida em família e em comunidade, como falta de objetivos tanto pessoais quanto profissionais e no campo físico, queda de imunidade e surgimento ou agravamento de diversas doenças como dores vagas, taquicardia, psoríase, hipertensão, diabetes, entre outras.

Por ser considerada uma doença ocupacional, ou seja, uma doença intimamente ligada ao trabalho, um dos instrumentos de diagnóstico é o médico perito que geralmente é consultado já quando o indivíduo acometido de mal físico ou psicológico procura o afastamento de suas atividades, já que já possui sintomas de sofrimento físico ou psíquico. É muito importante o diagnóstico preciso, para que amparado pela Previdência social se for de direito, o perito conceda o afastamento do trabalhador para se recuperar de fato, já que o trabalho é a condição primeira do agravo do problema. A falta desse diagnóstico pode trazer grandes prejuízos ao tratamento da síndrome (Batista et al, 2011).

Como toda doença, *burnout* deve ser identificada e tratada o quanto antes a fim de reduzir tanto os danos ao indivíduo doente, que pode ter um agravamento do quadro quanto para a empresa, que poderá reduzir o absenteísmo e os problemas apontados. Para reduzir os prejuízos às organizações e pessoas, torna-se fundamental uma gestão de pessoas adequada e com políticas de bem estar dos colaboradores pode reduzir a incidência da síndrome e de outras doenças de cunho psicológico, reduzindo afastamentos e demais problemas.

2.8 Prevenção da Síndrome de *burnout*

Segundo Chiavenato (2010), entende-se saúde como a ausência de doença. Toda doença deve ser prevenida e sempre é a melhor forma de lidar com qualquer enfermidade. Com a síndrome de *burnout* não é diferente. Para prevenir a síndrome de *burnout*, a informação é primordial. Conhecer agentes mediadores e facilitadores, assim como os sintomas geralmente presentes na *burnout*, pode ajudar os profissionais e até organizações a adotar medidas de prevenção. “A prevenção da *burnout* atribui-se a três níveis de atuação, sendo uma de caráter individual, uma de grau institucional e outra enfoca a inter-relação indivíduo/instituição” (Moraes, 2014, p. 221).

No plano individual, segundo Moraes (2014) o primeiro passo é identificar os elementos estressores e de acordo com eles, quais as estratégias de enfrentamento podem ser adotadas observando quais apresentam resultados positivos. Algumas recomendações podem ajudar a combater a síndrome nesse âmbito tais como :

- Adoção de hábitos saudáveis como uma alimentação balanceada, exercícios físicos regulares, sono diário de, pelo menos, 6 horas;
- Não utilizar o tempo livre para realizar mais trabalho, buscando realizar atividades agradáveis, que causem bem-estar, alguma atividade como pintura, leitura, passeios ou algo que traga satisfação pessoal;
- Aprender a dizer não, em situações necessárias, de modo a nada fazer além das possibilidades reais do corpo ou mente;

- Administrar o tempo de forma a distribuir as atividades ao longo do dia, de forma compatível com a realidade, incluindo e priorizando horários para as atividades de lazer e cuidados pessoais;
- Relacionar-se com familiares, amigos e colegas de trabalho;
- Ao identificar alguma situação de estresse excessivo, avaliar estratégias que estão sendo utilizadas no sentido de minimizá-los;
- Utilizar técnicas de relaxamento que ajudam no controle psicológico dos agentes estressores;
- Realizar psicoterapia pessoal com profissional habilitado (Moraes, 2014).

A organização do trabalho tem sido apontada como o principal fator para o desencadeamento do *burnout*, em especial, quando há elevadas demandas associadas a poucos recursos assim como alta responsabilidade e reduzida autonomia (Benevides-Pereira, 2012).

No caso de prevenção no âmbito organizacional e da relação indivíduo e instituição, programas voltados para a qualidade de vida no trabalho podem se apresentar como alternativa eficaz. Segundo Ferreira (2013), esse tema deve ser analisado de maneira ampla, pois muitas vezes apenas se relacionam a fatores ligados à saúde e segurança, não englobando aspectos importantes a respeito do clima organizacional. Uma pesquisa de clima pode ser útil para descobrir quem são os colaboradores, seus desejos e anseios, a fim de criar um ambiente saudável de acordo com aqueles profissionais.

Assim, aliando formas de prevenção individual, e melhoria organizacional, o indivíduo terá menos incidência de estresse e saberá lidar melhor com os estressores presentes, reduzindo a incidência da síndrome de *burnout*.

2.9 Tratamento da síndrome de *burnout*

Segundo Moraes (2014), o melhor como em muitas enfermidades, é tomar medidas e atitudes para prevenir a síndrome de burnout. No entanto, os números apresentam um grande percentual de profissionais acometidos pela doença. O tratamento da síndrome pode ser fitoterápico, farmacológico e também através de

intervenções psicossociais como afastamentos, adaptações do trabalho, das empresas e mudanças no ambiente de trabalho, nas metas e normas das organizações.

O desgaste cognitivo emocional é uma resposta ao estresse laboral e como é desagradável, a tendência do indivíduo é eliminar esse sentimento utilizando estratégias do tipo comportamental, emocional ou cognitiva. As pessoas que agem desta maneira constantemente, podem desenvolver *burnout*, já que estratégias de evitação e fuga acabam por facilitar o surgimento da doença. Por outro lado, estratégias de enfrentamento ou de controle são importantes na prevenção de *burnout* e também em seu tratamento, como abordam Carlotto e Câmara (2008).

Dentre as formas de tratamento do estresse e as doenças dele advindas, em sua fase mais crônica como a SB, Borges, Luiz e Domingos (2009) sugerem como tratamento a terapia cognitivo-comportamental, que tem como objetivo produzir mudanças cognitivas (pensamentos e crenças), emocional e comportamental. Com característica de ser um tratamento com breve duração e sessões estruturadas, nessa terapia é enfatizada na aliança terapêutica, com caráter educativo. Existe nessa linha de terapia, o treino de controle do Stress (TCS), que é uma terapia cognitivo-comportamental, cujo objetivo é mudar hábitos de comportamento e vida em quatro pilares, sendo nutrição anti-stress, relaxamento da tensão mental e física, exercício físico e mudanças cognitivas comportamentais. As sessões nessa modalidade de terapia envolvem técnicas de resolução de problemas, planejamento do tempo, treino de assertividade, controle de ansiedade e reestruturação cognitiva.

Terapia cognitivo-comportamental é um termo genérico que abrange uma variedade de mais de 20 abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo-comportamental. Todas as terapias cognitivo-comportamentais derivam de um modelo cognitivo prototípico e compartilham alguns pressupostos básicos, mesmo quando apresentam diferentes abordagens conceituais e estratégicas nos diversos transtornos. Três proposições fundamentais definem as características que estão no núcleo das terapias cognitivo-comportamentais: 1- A atividade cognitiva influencia o comportamento. 2- A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada. 3- O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva (Knapp, 2004, p.19).

A base do TCS propõe um tratamento que inicia com uma identificação dos estressores internos e externos da pessoa. Porém, “tão importante quanto a identificação dos estressores, são as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo para reduzir o impacto do *stress* sobre o organismo”. Desta forma a

importância do uso de estratégias de enfrentamento pode colaborar para o sucesso dos agentes estressores (Borges, Luiz & Domingos, 2009, p.182).

A terapia cognitiva segundo Beck (2013), é uma das poucas formas de tratamento psicoterápico que se baseia em evidências, embora ao mesmo tempo mantenha seus princípios teóricos e expandiu sua prática e abrangência. Hoje, o interesse entre terapeutas em sua aplicação tem se expandido, assim como os protocolos de pesquisa, demonstrando a eficácia do método em uma grande variedade de transtornos mentais e distúrbios físicos. Com a explosão de novas pesquisas, a terapia cognitiva comportamental, tem sido escolhida como alternativa para o tratamento, porque além de reduzir rapidamente o sofrimento psíquico do indivíduo, auxilia na manutenção do bem-estar.

No início da década de 1960, Aaron T Beck professor assistente de psiquiatria na University of Pennsylvania deu início a um estudo, que no início da década de 1970 revolucionaria a psicanálise. Em pesquisas com depressivos desenvolveu um tratamento de curta duração, cujo principal objetivo era fazer o teste de realidade do pensamento depressivo. No entanto, diversas aplicações em diversos tipos de doenças têm sido feitas e em todas possuem o tratamento que se baseia em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam cada transtorno em específico (Beck, 2013).

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva no pensamento e no sistema de crenças do paciente para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (Beck, 2013, p. 22).

Existem diversas técnicas de terapia cognitivo-comportamental que possuem características semelhantes às de Beck, embora apresentem variações até certo ponto no que se refere à conceituação e ênfase no tratamento. Segundo Vandenberghe e Sousa (2006), a separação de intervenções de TC em técnicas cognitivas e comportamentais é para fins didáticos, uma vez que muitas dessas técnicas afetam tanto os processos de pensamento quanto o comportamento do indivíduo. Entre as principais técnicas podem-se destacar *Mindfulness*, Treino de habilidades sociais (THS), técnicas e programas centrados na autoeficácia, técnicas advindas da terapia de aceitação e compromisso (ACT), reconstrução cognitiva e outras.

Mindfulness – conceito oriundo das práticas de meditação oriental, despertou interesse de profissionais fora da área de medicina comportamental no início da década de 90, e utiliza de programas de redução de estresse. Trata-se de uma forma específica de atenção plena, ou seja, parte do princípio de que se deve concentrar no momento atual, mantendo-se em contato com o presente sem estar envolvido com lembranças passadas, ou com pensamentos sobre o futuro. É o exercício de parar de realizar as atividades de maneira automática e começar um processo de trazer a atenção para o momento atual. Para Vandenberghe e Sousa (2006) isso, “os conteúdos dos pensamentos e dos sentimentos são vivenciados na maneira em que se apresentam. Eles não são categorizados como positivos ou negativos. ‘Sem julgar’ significa que o praticante aceita todos os sentimentos, pensamentos e sensações como legítimos” (p.01). Viver de maneira automática não permite ao indivíduo lidar com flexibilidade nas mudanças ou momentos estressantes (Vandenberghe & Sousa, 2006).

Treino de habilidades sociais (THS) –qualquer tipo de relação interpessoal requer algumas habilidades para que a convivência seja satisfatória e amigável chamadas de habilidades sociais. Existem, segundo Magalhães e Murta (2003), classes de comportamentos presentes no indivíduo, que vão definir se esse conseguirá um desempenho socialmente competente. O TSH consiste no treino ou ensinamento direto e sistemático de habilidades sociais, que têm como objetivo aperfeiçoar as competências do indivíduo nas diversas situações sociais. Essa técnica pode ser usada tanto para prevenção quanto para tratamento.

Técnicas e programas centrados na autoeficácia – para construir um modelo de autoeficácia de acordo com Leahy (2007), o psicólogo precisa ajudar o paciente a falar sobre os problemas passados e como foram solucionados. Deve-se então tentar apresentar ao mesmo uma ótica diferente de ver o problema e mostrar ao mesmo que ele foi capaz de lidar com o problema de forma melhor do que ele pensava.

Técnicas e programas de Terapia de aceitação e compromisso (ACT) – a proposta das técnicas vindas da terapia de aceitação e compromisso é desenvolver estratégias que busquem aproximar o paciente de sua experiência. Têm como principal característica o foco do seu conteúdo, que é no cognitivo e no sentimento (Saban, 2008).

Técnicas de Reconstrução cognitiva – uma das premissas da terapia cognitiva comportamental é de que a atividade cognitiva pode ser monitorada e até mesmo alterada. Assim, segundo Dobson (2008), técnica de reconstrução cognitiva tem como objetivo realizar essa reconstrução cognitiva, modificando pensamentos e ideais.

Segundo Beck (2013) “A terapia cognitivo-comportamental de Beck frequentemente incorpora técnicas de todas estas e outras psicoterapias, dentro de uma estrutura cognitiva” (p. 22). O tratamento age no pensamento disfuncional do paciente, que aprende a avaliar esse pensamento de forma mais realista e adaptativa e obtém melhora no seu estado emocional e comportamental segundo o autor supracitado.

Carlotto e Câmara (2008), pressupõem que pessoas podem agir de maneira diferente aos fatores estressores de acordo com o grau de enfrentamento que possuem. Assim, as estratégias de enfrentamento são referentes às ações comportamentais ou cognitivas utilizadas pelo indivíduo em um episódio particular de estresse. “*Coping* é uma variável individual representada pelas formas como as pessoas comumente reagem ao estresse, determinadas por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis” (Carlotto ; Câmara, 2008). Assim, uma das formas de tratamento é melhorar o nível de enfrentamento das pessoas, já que muitas vezes não existe como eliminar os fatores estressores.

A literatura descreve o termo enfrentamento ou *coping* como sendo a maneira como o indivíduo lida com recursos internos ou externos, para enfrentar e minimizar os efeitos causados pelo estresse sobre seu estado físico e emocional. O *coping* apresenta duas funções: modificar as relações indivíduo-ambiente controlando a situação geradora de tensão (*coping* centrado no problema); ou modular a resposta emocional evocada pela situação-problema (*coping* centrada na emoção) (Borges; Luiz & Domingos, 2009 p. 182)

As estratégias para o enfrentamento da síndrome segundo Moreno, Gil, Haddad, e Vannuchi (2011), variam conforme o objetivo que se deseja alcançar, e podem incluir intervenções focadas no indivíduo, baseadas em habilidades comportamentais, cognitivas, meditação, saúde, atividades físicas, fortalecimento da relação indivíduo organização com atividades voltadas para trabalho em equipe, melhorias na comunicação e treinamentos comportamentais, mudanças que associam essas com mudanças em infraestrutura e intervenções de duas ou mais

intervenções com foco diferentes. Ou seja, pode ser feito o enfrentamento em três níveis de intervenções, sendo um focado na resposta do indivíduo (individual), um no contexto organizacional (ocupacional) e o outro na interação de ambos.

A forma com que os seres humanos lidam com as enfermidades e doenças está diretamente ligada à forma como eles as percebem e as interpretam e essa percepção muitas vezes é mediada por muitos fatores como: “a história de vida, experiências positivas e negativas com o adoecimento, modelos comportamentais e cognitivos aprendidos, além de vulnerabilidades pessoais e contingências ambientais” (Barletta, Gennari e Cipolotti, 2011, p. 401). Ainda de acordo com os autores “os aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais também interferem de maneira direta na saúde, provocando mudanças biológicas do organismo”. Diversos são os estudos que apontam os males de problemas emocionais como *burnout* no corpo das pessoas, e “o aspecto afetivo como sentimentos de medo, ansiedade, raiva, compaixão, entre outros, pode ser considerado como um fator central, pois, além de provocar tais efeitos no organismo, também proporciona mudanças comportamentais induzidas” (Godoy, 1999; Jönsson, 2010, apud Barletta, Gennari & Cipolotti, 2011, p. 402).

Através da relação entre o profissional e o paciente em TCC, com a comunicação estabelecida e a aplicação das diversas técnicas, de acordo com cada indivíduo, e com o estabelecimento positivo de vínculo, a comunicação verbal e não verbal passa a se estabelecer de forma eficiente. O canal de comunicação fica aberto “para ambos ouvirem, entenderem, discutirem, refletirem e construir, em conjunto, habilidades e estratégias comportamentais de promoção de saúde, assim como sanar e manejar dúvidas, medos, expectativas e crenças distorcidas” (Barletta, Gennari & Cipolotti, 2011, p. 408). Segundo Müller (2009, apud Barletta, Gennari & Cipolotti, 2011), quanto melhor for essa comunicação, melhor será a auto-revelação esperada do paciente, e este se sentirá mais a vontade para realizar perguntas, observações, reduzindo o sofrimento e ansiedade e, em consequência aumentando a sensação de satisfação.

As intervenções combinadas e as organizacionais, em muitos casos são as mais eficazes por atacarem um grande número de estressores. No entanto, conforme abordam os autores, a proposta de enfrentamento devem ser elaboradas de acordo com cada indivíduo, suas necessidades e sempre que possível que se modifiquem fatores ambientais causadores de estresse, reduzindo eventos

adversos, melhorando a resposta do indivíduo ao ambiente de trabalho, prevenindo assim adoecimento de outros indivíduos.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No mundo globalizado, a mudança rápida no ambiente de trabalho, no mercado e até nas relações de trabalho, levam muitas vezes a diversas pressões psicológicas nos indivíduos, tanto as cobranças das próprias organizações que buscam a produtividade e o lucro precisam deles para permanecerem no mercado, quanto do próprio indivíduo que devido até mesmo ao desenho social atual, têm necessidade de se sentir produtivo.

Infelizmente, nem sempre as relações em ambientes organizacionais são saudáveis, já que existem cobranças, competitividade e burocracia. Uma série de fatores organizacionais tendem a afetar o clima organizacional. São eles: fatores físicos, de higiene e saúde do trabalhador, estrutura de trabalho, tipo de trabalho, relação entre funcionário e chefia, bem como com os colegas, podem ser causas de alegria, mas também pode ser causa de adoecimento. O estresse que na verdade é uma mola de propulsão para as ações humanas, quando excessivo tem desencadeado várias doenças. Quando o estresse tem ligação direta com o trabalho e atinge níveis crônicos, pode ser um facilitador para o aparecimento da síndrome de *burnout*, que é a doença que tem como característica o esgotamento físico, psíquico e emocional, causada pela má adaptação ao trabalho e respostas inadequadas do indivíduo a situações do cotidiano empresarial.

As pessoas acometidas pela síndrome, muitas vezes só são diagnosticadas já após algum tempo doente. São vários os sintomas da doença, ainda assim, podem levar a uma série de outros diagnósticos. Esses sintomas podem ser físicos, emocionais, comportamentais e de negação de sentimentos. Dores de cabeça, insônia, diarreias, palpitações, baixa na imunidade levam o indivíduo a ter mais infecções, fadiga física e mental, dores musculares e cervicais, entre outros são manifestações físicas da doença. Já com relação às comportamentais, as faltas ao trabalho, absenteísmo, incapacidade de relaxamento, agressividade, isolamento, uso de drogas, mudanças bruscas de humor, são alguns exemplos.

O indivíduo tende a um distanciamento emocional, sentimento de impotência, baixa ou perda da autoestima, redução do envolvimento no trabalho, irritabilidade, dificuldades em se concentrar, desejo de sair do emprego, entre outros sentimentos que acabam até mesmo por causar problemas no âmbito social e familiar. E com isso, sentimentos de autodefesa surgem através da negativa de emoções, atenção seletiva por parte do indivíduo, ironia e hostilidade, desconfiança, o que acaba deixando o clima organizacional ainda pior, deteriorando as relações de trabalho.

Embora alguns estudos apontem uma tendência de algumas profissões terem mais profissionais que apresentam a síndrome, como profissionais da área da saúde, médicos e pessoas que lidam com pessoas de forma direta e contínua, a causa da síndrome parece estar mais ligada a condições do trabalho em si, às formas de organização do trabalho, do que com a profissão. As causas de caráter multifatoriais, que podem estar ligadas tanto a fatores de personalidade e demográficas, que não causam burnout sozinhas, mas que quando encontram uma organização com problemas de estrutura física, com clima organizacional ruim, podem sim causar a síndrome.

As organizações de trabalho precisam modificar ainda as ações de gestão das pessoas, já que a síndrome de *burnout*, assim como diversas doenças ocupacionais de cunho psicológico, causam prejuízos não só para o indivíduo, como também às próprias empresas/organizações. *Burnout* tem a característica de ser desenvolvida, paulatinamente, com o passar do tempo. Até consolidar um diagnóstico, a empresa convive com um colaborador muitas vezes desmotivado, que não produz ou utiliza todo o seu potencial, que tende a trazer para equipe de trabalho e até clientes um sentimento de frieza, o absenteísmo e tudo isso gera prejuízos incalculáveis pelas instituições. Muitas vezes, para que o tratamento de *burnout* seja, realmente eficaz, ou às vezes mesmo antes de um diagnóstico, essas organizações perdem funcionários competentes, ou por afastamentos prolongados junto à previdência social ou porque esses se desligam da empresa por não aguentarem as pressões e o ambiente, que lhe causam sofrimento psíquico. Então, parte do tratamento do indivíduo adoecido com a síndrome seria melhorar as condições físicas, psicológicas e social dos colaboradores, até como forma de manutenção de talentos.

Como tratamento individual, as terapias do tipo cognitivo comportamental têm se mostrado bastante eficazes. Existem muitos tipos com características parecidas,

que podem ser adaptadas aos diversos indivíduos através de análise por parte dos profissionais de psicologia. Entre elas citam-se a terapia de solução de problemas, a terapia racional-emotiva comportamental, a terapia de aceitação e compromisso, a terapia de exposição, a terapia de processamento cognitivo, o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental, a ativação comportamental, a modificação cognitivo-comportamental entre outras. Os tratamentos estão baseados em compreender cada indivíduo com suas aspirações e necessidades específicas, e o objetivo é de promover mudança no cognitivo, mudando crenças e pensamentos do indivíduo, “ensinando” este a lidar com as situações do cotidiano, com os estressores de maneira psicologicamente saudável. Uma das vantagens apresentadas nesse tratamento, embora sejam de curta duração, tende a surtir efeito relativamente rápido, e ainda o aprendizado será aplicado em situações posteriores.

Infelizmente, o diagnóstico da síndrome ainda como abordado, acontece muitas vezes tardiamente, o que faz com que muitas pessoas e até alguns profissionais desconheçam a mesma, levando certa demora para que o paciente consiga ter o alívio do sofrimento psíquico causado pela síndrome de *burnout*, o que pode agravar a doença.

Tendo em vista a importância desta problemática, torna-se necessário maior interesse dos profissionais de saúde mental no desenvolvimento de pesquisas relativas a este fenômeno bem como suas possibilidades de intervenção.

É fundamental a participação do psicólogo no ambiente organizacional a fim de desenvolver estratégias que colaborem para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e conseqüentemente, do sucesso organizacional. Estar atento a todos os fatores que afetam a motivação dos colaboradores, realizar diagnóstico e promover melhorias no ambiente organizacional são algumas das intervenções que podem contribuir para que a Síndrome de *Burnout* não se manifeste. Além disso, cabe aos profissionais da área de psicologia atentarem de forma consciente no intuito de orientar os demais gestores de pessoas das conseqüências que podem advir de um ambiente de trabalho penoso, no sentido de somar esforços para encontrar soluções saudáveis para os problemas organizacionais.

A pesquisa foi relevante, todavia não se esgotou. Em pesquisas futuras, tornam-se interessantes análises sobre formas efetivas de organizações como um todo, a fim de que possam agir para a prevenção da síndrome de *Burnout* já que

esta conforme abordagem, causa inúmeros prejuízos e problemas às pessoas e às instituições.

Fato é que devem ser realizada Barletta, Gennari e Cipolotti (2011), s ações conjuntas envolvendo a sociedade, a fim de reduzir os impactos da doença tanto no grupo social (com afastamentos pelo INSS e gastos com saúde pública), indivíduo e organizações.

4. REFERÊNCIAS

Almeida, K. M. de; Souza, L. A. de, Carlotto, M. S.(2009) Síndrome de Burnout em Funcionários de uma Fundação de Proteção e Assistência Social. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, v 9 (2), jul/dez 2009, 86-96. Recuperado em 01 set. 2016 em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v9n2/v9n2a08.pdf>.

Barletta, J. B.; Gennari, M. de S. & Cipolotti, R. (2011). A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicologia em Revista: Belo Horizonte*, v. 17, n. 3, p. 396-413, dez. 2011. Recuperado em 08 dez. 2016 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n3/v17n3a05.pdf>.

Barros, M. M. dos S.; Almeida, S. P. de; Barreto, A. L. P.; Faro, S. R. S.; Araújo, M. R. M. de & Faro, A. (2016) Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. *Temas em Psicologia*: vol. 24, nº 1, 377-389, 2016. Recuperado em 01 set. 2016 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n1/v24n1a20.pdf>.

Batista, J. B. V. Carlotto, M.S.; Coutinho, A. S & Augusto L. G. da S. (2011) Síndrome de burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Psicologia em Estudo: Maringá*, v. 16, n. 3, p. 429-435, jul./set. 2011. Recuperado em 15 out. 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n3/v16n3a10>

Beck, J. S.(2013) *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 2ª Ed. Porto alegre: Artmed, 2013.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2012) Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. *Boletim de Psicologia*: vol. LXII, Nº 137: 155-168. 2012. Recuperado em 15 set. 2016. de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v62n137/v62n136a05.pdf>.

Borges, C. S.; Luiz, A. M. A. G.; Domingos, N. A. M. (2009) Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arq Ciênc Saúde*: out-dez; 16(4):181-6. 2009. Recuperado em 01 out. 2016. de http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/IDK7_out-dez_2010.pdf.

Campos Junior, D., Burns, D. R., Lopez, F. A. (2015). *Tratado de Pediatria*. 3ª Ed. Barueri: Manole Conteúdo. 2015.

Carlotto, M. S.; Câmara, S.G. (2008) Síndrome de Burnout e estratégias de enfrentamento em professores de escolas públicas e privadas. *Psicologia da educação*: São Paulo, 26, p. 29-46. 2008. Recuperado em 01 out. 2016 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n26/v26a03.pdf>.

Carvalho, D. M. E. A. V. de; Santos Junior, R. dos; Neufeld, C. B.(2015) Síndrome de burnout: praticas de intervenção em terapia cognitivo-comportamental. *In: Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas (10.:2015 : Porto de Galinhas) Programa e resumo do X Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas / Carmem Beatriz Neufeld, Aline Sardinha e Priscila de Camargo Palma (organizadoras). – Porto de Galinhas: Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, 2015*

Chiavenato, I.(2010) *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Chiminazzo, J. G. C.; Montagner, P.C. (2009). Síndrome de burnout e esporte: a visão dos técnicos de tênis de campo. *Revista da Educação Física/UEM*: Maringá, v. 20, n. 2, p. 217-223, 2. trim. 2009. Recuperado em 01 out. 2016 de <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/5598/4431>.

Dantas, E. A. de M.; Borges, L. de O. (2012) Saúde organizacional e síndrome de burnout em escolas e hospitais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*: Rio de Janeiro, v. 12 n. 1 p. 116-144, 2012 . Recuperado em 01 out. 2016 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n1/v12n1a07.pdf>.

Dobson, K. S e colaboradores.(2008) *Manual de terapia cognitivo-comportamentais*. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2008.Recuperado em 06 nov. 2016 de https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=4aiqDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=terapia+reconstru%C3%A7%C3%A3o+cognitiva+&ots=9w7RWv2fEK&sig=N2AplOzlq1ax1g31cfr-Trk_2SU#v=onepage&q=terapia%20reconstru%C3%A7%C3%A3o%20cognitiva&f=false.

Ferenhof, I. A.; Ferenhof, E. A. (2002) Burnout em professores. *Revista Científica Avaliação e Mudanças*: Centro Universitário nove de julho, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 131/151. 2002. Recuperado em 15 set. 2016 de http://tupi.fisica.ufmg.br/~michel/docs/Artigos_e_textos/Stress_qualidade_de_vida/007%20B%20-%20Burnout%20em%20professores%20-%20ARTIGO.pdf.

Ferreira, P. I.(2013) *Clima organizacional e qualidade de vida no trabalho*. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

Ferreira, L. C. M. (2014) Crenças de autoeficácia docente, satisfação com o trabalho e adoecimento. *Psicologia Ensino & Formação*, 5(2): 19-37. 2014. Recuperado em 20 set. 2016 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v5n2/v5n2a03.pdf>.

_____ ; Azzi, R. G.(2010) Docência, burnout e considerações da teoria da auto-eficácia. *Psicologia Ensino & Formação*: 1(2): 23-34, 2010. Recuperado em 15 ago. 2016 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v1n2/v1n2a03.pdf>.

Fraga, E.; Carneiro, M.; Pinto, A. E. de S.(2016) *Afastamento de trabalhador por estresse aumenta com a recessão*. 24 jul. 2016. Recuperado em 05 out. 2016 de <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/07/1794750-afastamento-de-trabalhador-por-estresse-aumenta-com-a-recessao.shtml>;

França, F. M. de; Ferrari, R.(2012) Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*; 25(5):743-8, 2012. Recuperado em 01 set. 2016 de <http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n5/v25n5a15.pdf>.

Jodas, D.A. & Haddad, M. do C. L. (2008). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm* 22(2):192-7, 2009. Recuperado em: 09 dez. 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2>.

Knapp, P. Colaboradores (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Leahy, L. R. (2007). *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Magalhães, P. P.; Murta, S. G. (2003). Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. *Temas em Psicologia da SBP*: vol. 11, no 1, 28–37, 2003. Recuperado em 06 nov. 2016 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v11n1/v11n1a04.pdf>.

Ministério da Previdência Social.(2016) *Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Previdenciários, Concedidos Segundo os Códigos da CID-10: Janeiro a Junho de 2016*. Brasília, 26 jul. 2016. Recuperado em 20 ago. 2016 de http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/cid10_2016.01-05_prev.pdf.

Moraes, M. V. G. (2014) *Doenças ocupacionais: agentes físico, químico, biológico, ergonômico*. 2ª Ed. São Paulo: Erica, 2104.

Moreno, F. N.; Gil, G. P.; Haddad, M. do C. L. & Vannuchi, M. T. O. (2011) Estratégias e intervenções no enfrentamento da síndrome de burnout. *Revista enfermagem. UERJ*: Rio de Janeiro, jan/mar; 19(1):140-5. 2011. Recuperado em 10 out. 2016 de <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a23.pdf>.

Pêgo, F. P. L.; Pêgo, D. R.(2016) Síndrome de burnout. *Rev Bras Med Trab*: 14(2):171-6. 2016. Recuperado em 10 set.2016 de http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/09/1833/rbmt-v14n2_171-176.pdf.

Prodanov, C. C.; Freitas, E. C. de.(2013) *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2ª Ed. Novo Hamburgo:Feevale, 2013. Recuperado em 20 set. 2016 de <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zUDsAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA13&dq=M%C3%A9todos+e+T%C3%A9cnicas+de+Pesquisa+em+Psicologia&ots=da25gjs8CP&sig=K9mlXqNXm10fieL-ji-INbsXVRw#v=onepage&q=M%C3%A9todos%20e%20T%C3%A9cnicas%20de%20Pesquisa%20em%20Psicologia&f=false>.

Saban, M. T. (2008). *Terapia de aceitação e compromisso (ACT)*. 136 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Pontifca Universidade Católica de São Paulo , Faculdade de Psicologia. São Paulo, 2008. Recuperado em 06 nov. 2016 de <https://www.misp.pucsp.br/bitstream/handle/18600/2/Michaele%20Terena%20Saban.pdf>.

Schmitz, G. A.(2015) *Síndrome de Burnout: uma proposta de análise sob enfoque analítico-*

de Terapias Cognitivas, 2(1), 35-44. Recuperado *comportamental*. 2015. 59 f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) - Universidade Estadual de Londrina: Londrina, 2015. Recuperado em 20 set. 2016 de <http://www.uel.br/pos/pgac/wp-content/uploads/2015/10/S%C3%ADndrome-do-burnout-uma-proposta-de-an%C3%A1lise-sob-enfoque-anal%C3%ADtico-comportamental.pdf>.

Silva, J. L. L. da; Dias, A.C.; Teixeira, L. R.(2012) Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Chia*: Colômbia. Ano 12: vol. 12 nº 2 Ago. 2012, l 144-159. Recuperado em 01 out. 2016 de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n2/v12n2a06>.

UNIMED.(2009) Saiba o que é a Síndrome de Burnout. *Expressão*: ano 02, nº10. Mar/abr. 2009. Recuperado em 01 ago. 2016 de http://www1.unimed.com.br/nacional/maisinfo/co/Jornal_UnimedAmparo1.pdf.

Vandenbergh, L; Sousa, A. C. A. de. (2006). Mindfulness nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira* em 10 de novembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000100004&lng=pt&tlng=en