



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
CAMPUS CATALÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO ORGANIZACIONAL**

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS: UM ESTUDO COM
CIRURGIÕES DENTISTAS E GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA**

MARCO ANTONIO SIMONASSI DAMASCENO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão Organizacional, da Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Gestão Organizacional.
Orientador: Prof. Dr. Gleiber Couto

**Catalão-GO
2014**

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS: UM ESTUDO COM
CIRURGIÕES DENTISTAS E GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA**

INDIVÍDUO, ORGANIZAÇÃO, TRABALHO E SOCIEDADE

**Catalão-GO
2014**

**SÍNDROME DE *BURNOUT* E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS: UM ESTUDO COM
CIRURGIÕES DENTISTAS E GRADUANDOS EM ODONTOLOGIA**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Gestão Organizacional e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Organizacional, nível de mestrado da Universidade Federal de Goiás UFG Campus Catalão.

Aprovada em **15 de dezembro de 2014.**

Prof. Dr. André Vasconcelos da Silva UFG/CAC
Coordenador(a)

Apresentada à Comissão Examinadora, integrada pelos Professores:

Profa. Dra. Mirna Scalon Cordeiro UNITRI/UDIA
Membro convidado

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges UNIUBE/URA
Membro convidado

Prof(a). Dr(a). Gleiber Couto Santos UFG/CAC
Orientador

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a meu querido irmão e colega João Bosco Simonassi Damasceno, se não fosse por você jamais teria me tornado dentista, se não fosse por você jamais teria interesse neste estudo...se não fosse por você, jamais teríamos tamanha lacuna em nossos corações.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS por conspirar constantemente para o sucesso de minhas realizações...

Agradeço a meus pais Pedro e Lylia que mesmo diante de tropeços jamais me negaram a oportunidade de estudar e proveram tudo e mais que o necessário, para que eu tivesse uma vida repleta de realizações...

Meus grandes e eternos, mestres e amigos Prof. Ms. Adalcyr Luiz, Prof. Ms. Paulo Caropreso (*in memoriam*) e Prof. Dr. Zeferino Yutaca. O tempo e as circunstâncias nos separaram, porém, ele jamais será capaz de apagar as lembranças de seus exemplos, obrigado pelas oportunidades.

Agradeço aos Mestres deste programa pela transmissão daquilo que neles tem mais valor, seu conhecimento e a UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS- CAC, por ter me acolhido de braços abertos e me auxiliado em mais esta etapa...

Agradeço imensamente ao Prof. Dr. André Vasconcelos da Silva. Sem a sua iniciativa e seu empenho constante estou certo que este programa não existiria...

Agradeço ao Prof. Dr. Gleiber Couto pela oportunidade que me foi dada, pelo privilegio da confiança depositada em mim, pela amizade que desfrutamos um pelo outro e pelo companheirismo de quem já compartilhou risos e lágrimas, muito obrigado amigo...

Agradeço ao Prof. Ms. Cáio Lúcio Marinho, Gestor da Faculdade de Odontologia UNITRI- Udia por disponibilizar e oportunizar a coleta de dados em sua instituição...

Querida Kênia, palavras jamais vão bastar para lhe agradecer pela paciência, tolerância e incentivo. Seja neste projeto ou nos tantos outros nossos projetos, sinto cada dia mais que nem um deles passaria de desejos imersos num mar de impossibilidades.

Espero que Vinicius de Moraes possa traduzir meus sentimentos e agradecimento a você querida:

Oh, minha amada Que olhos os teus São cais noturnos Cheios de adeus São docas mansas Trilhando luzes Que brilham longe Longe nos breus Oh, minha amada Que olhos os teus	Quanto mistério Nos olhos teus Quantos saveiros Quantos navios Quantos naufrágios Nos olhos teus Oh, minha amada Que olhos os teus Se Deus houvera Fizera-os Deus Pois não os fizera	Quem não soubera Que há muitas eras Nos olhos teus Ah, minha amada De olhos ateus Cria a esperança Nos olhos meus De verem um dia O olhar mendigo Da poesia Nos olhos teus
---	--	--

EPÍGRAFE

"A Odontologia é uma profissão que exige dos que a ela se dedicam : os conhecimentos científicos de um médico, o senso estético de um artista, a destreza manual de um cirurgião e a paciência de um monge"

Papa Pio XII.

RESUMO

Dentre as profissões assistencialistas e que lidam diretamente com a dor e sofrimento tais como a Psicologia, Medicina, Enfermagem, Docência, Assistência Social, Odontologia, relata-se com certa frequência acometimentos que podem variar de sintomatologias psíquicas a quadros de incapacitação física com profundas repercussões no ambiente de trabalho, familiar, organizacional e social. Segundo Donatelle e Hawkins (1989) os prejuízos financeiros aos Estados Unidos da América oriundos de quadros de stress e similares como a Síndrome de *Burnout* chegam anualmente a casa de 150 bilhões de dólares. Não bastasse estes dados ainda há que se considerar a devastação psíquica a que os indivíduos portadores são submetidos e os prejuízos de convívio e de vida provenientes da Síndrome de *Burnout* (SB). Tendo observado os dados e fatos relatados consideramos pertinente elaborar uma investigação que abrangesse um grupo de aproximadamente 50 odontólogos para verificar a incidência da Síndrome de *Burnout* neles, através do *Maslach Burnout Inventory*. Também nos propusemos a verificar qual a relação que se estabelece entre esta síndrome e as Relações Interpessoais utilizando para tanto o *Check-List of Interpersonal Transactions – II*, por ocasião desta pesquisa ainda colhemos dados de grupo de graduandos em Odontologia a proposito de verificar se a Síndrome se estabelece no período final de formação ou se ela é característica de indivíduos já atuantes no mercado odontológico.

PALAVRAS-CHAVE

Síndrome de *Burnout*/ Interações interpessoais/ Estudantes de odontologia.

ABSTRACT

Among the assistentialist professions that deal directly with the pain and suffering such as Psychology, Medicine, Nursing, Teaching, Social Work and Dentistry, it has been reported with relative frequency about disorders that may vary psychic symptomatology to conditions of physical disability with deep repercussions in work environment, family, social and organizational. According to Donatelle and Hawkins (1989) the financial losses, to the United States coming from stress and related frameworks as Burnout Syndrome (BS), reaches annually the house of 150 billion dollars. As if these were not enough data, there still has to be considered the psychological devastation that individuals are submitted and socializing losses of life and from Burnout syndrome. Having watched data reported, we consider relevant to elaborate an investigation that encompassed a group of about 50 dentists to detect the incidence of Burnout Syndrome in them using the Maslach Burnout Inventory. We also proposed to check the relationship established between this syndrome and Interpersonal Relations utilizing the Check List of Interpersonal Transactions – II. During of this research also harvest data from group of undergraduate Dentistry Students with the purpose to verify if the syndrome settles in the final period of formation or if it is characteristic of individuals already working in the dental market.

KEYWORDS

Burnout syndrome/ Interpersonal transactions/ Students of dentistry

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	18
1.1- Breve histórico da Síndrome de <i>Burnout</i>.....	18
1.2- Caracterização da Síndrome de <i>Burnout</i>.....	20
1.3- Surgimento da Síndrome de <i>Burnout</i>.....	26
1.4- Causas da Síndrome de <i>Burnout</i>	27
1.5- Odontologia e Síndrome de <i>Burnout</i>	30
1.6- Gestão das Organizações e Síndrome de <i>Burnout</i>	35
1.7- Interações interpessoais e Síndrome de <i>Burnout</i>	43
2- OBJETIVOS	49
2.1- Objetivo geral.....	49
2.2- Objetivos específicos.....	49
3- MATERIAIS E MÉTODOS.....	50
3.1- Participantes	50
3.2- Instrumentos	51
3.2.1- (MBI) - <i>Maslach Burnout Inventory</i> (Anexo 02).....	51
3.2.2- (CLOIT – II) - <i>Check-List of Interpersonal Transactions – II</i> (Anexo 03)	54
3.2.3- (QSDS - CCEB – BIS 11) - Questionário Sócio-Demográfico e de Saúde- Critério de Classificação Econômica Brasil-<i>Barratt impulsiveness scale</i> (Anexo 05).....	56

3.2.4- (IB) – <i>Índice de Burnout</i>	57
3.3- Procedimentos.....	57
3.3.1- Coleta de dados	57
3.3.2- Análise de dados.....	59
4- RESULTADOS.....	60
5- DISCUSSÃO	76
6- CONCLUSÕES	81
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
8- REFERÊNCIAS	83
9- ANEXOS	91
9.1 ANEXO 01: (TCLE) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento	91
9.2 ANEXO 02: (MBI) – <i>Maslach Burnout Inventory</i>	94
9.3 ANEXO 03: (CLOIT II) - <i>Check-List of Interpersonal Transactions – II</i>	95
9.4 ANEXO 05: QSDS - CCEB – BIS 11 - Questionário Sócio-Demográfico e de Saúde - Critério de Classificação Econômica Brasileira - <i>Barratt impulsiveness scale</i>	98
10- APÊNDICE	105
10.1-APÊNDICE 01: Parecer favorável do Comitê de ética e Pesquisa.	105
10.2- APÊNDICE 02: Autorização para aplicação de questionários em graduandos do Centro Universitário do Triângulo.	106

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema ilustrativo da sequência de eventos pré Síndrome de <i>Burnout</i>.	45
Figura 2: Esquema de classificação dos domínios para a Síndrome de <i>Burnout</i>	53
Figura 3: Componentes e correlações para a percepção de Síndrome de <i>Burnout</i> no indivíduo em percentual.....	53
Figura 4: Variância e desvio padrão do índice de <i>Burnout</i> de graduandos e odontólogos...	62
Figura 5: Variância e desvio padrão do <i>Maslach Burnout Inventory</i> de graduandos e odontólogos.....	62
Figura 6: Variância e desvio padrão da exaustão emocional de graduandos e odontólogos.	65
Figura 7: Variância e desvio padrão da realização profissional de graduandos e odontólogos.....	67
Figura 8: Variância e desvio padrão da realização profissional de graduandos e odontólogos.....	69
Figura 9: Mapa circumplexo para padrões comportamentais em graduandos.....	75
Figura 10: Mapa circumplexo para padrões comportamentais em graduandos, odontólogos e grupo norma.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Lista de doenças e acometimentos presentes em função da Síndrome de <i>Burnout</i> ou concomitante a ela.	25
Quadro 2: Fatores organizacionais associados a índices superiores da Síndrome de <i>Burnout</i>.	38
Quadro 3: Fatores individuais (características de personalidade) associados a índices inferiores da Síndrome de <i>Burnout</i>.....	39
Quadro 4: Fatores individuais (características de personalidade) associados a índices superiores da Síndrome de <i>Burnout</i>	39
Quadro 5: Fatores laborais (características do trabalho) associados a índices superiores da Síndrome de <i>Burnout</i>.	40
Quadro 6: Fatores sociais associados a índices superiores da Síndrome de <i>Burnout</i>.	41
Quadro 7: Ações sugeridas por França e Rodrigues na prevenção de Síndrome de <i>Burnout</i> nas organizações.	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela que demonstra predisponência/presença da SB em graduandos	61
Tabela 2: Tabela que demonstra predisponência/presença da SB em odontólogos.....	61
Tabela 3: Exaustão emocional em odontólogos	64
Tabela 4: Exaustão emocional em graduandos.....	64
Tabela 5: Realização profissional em odontólogos	66
Tabela 6: Realização profissional em graduandos	66
Tabela 7: Despersonalização de odontólogos	68
Tabela 8: Despersonalização em graduandos	68
Tabela 9: Correlação de Spearman entre CLOIT-II e dimensões da Síndrome de <i>Burnout</i> em graduandos.....	70
Tabela 10: Correlação de Spearman entre CLOIT-II e dimensões da Síndrome de <i>Burnout</i> em odontólogos.....	71
Tabela 11: Escores das dimensões do CLOIT-II.....	73
Tabela 12: Correlação de Spearman entre CLOIT-II e dimensões gerais de saúde em odontólogos.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SB- Síndrome de *Burnout*

EE- Exaustão Emocional

RP- Realização Profissional

DE- Despersonalização

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

OMS- Organização Mundial de Saúde

TE- Trabalho Emocional

EW- *Emotional Work*

IB- Índice de *Burnout*

IA- Impulsividade Atencional

IM- Impulsividade Motora

NP- Impulsividade por não Planejamento

IES- Instituição de Ensino Superior

CLOIT-II- *Check-list of Interpersonal Transactions – II*

BIS-11- *Barratt Impulsiveness Scale*

SQR- *Self-Reporting Questionnaire*

QTF- Questionário de Tolerância de Fagerström

NOTA DE PREÂMBULO

Presentemente há uma discussão quanto a etimologia do profissional que se dedica ao trabalho de saúde bucal. Segundo a lei N° 5.081, de 24 de agosto 1966, que regulamenta o exercício da profissão podemos observar em suas primeiras linhas o seguinte:

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **CONGRESSO NACIONAL** decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. O exercício da **Odontologia** no território nacional é regido pelo disposto na presente Lei.

Do **Cirurgião-Dentista**

Art. 2º. O exercício da **Odontologia** no território nacional só é permitido ao **cirurgião-dentista** habilitado por escola ou faculdade oficial ou reconhecida, após o registro do diploma na Diretoria do Ensino Superior, no Serviço Nacional de Fiscalização da **Odontologia**, na repartição sanitária estadual competente e inscrição no Conselho Regional de **Odontologia** sob cuja jurisdição se achar o local de sua atividade.

Parágrafo único. VETADO.

Art. 3º Poderão exercer a **Odontologia** no território nacional os habilitados por escolas estrangeiras, após a revalidação do diploma e satisfeitas as demais exigências do artigo anterior.

...percebe-se pois, que há conflito quanto a nomenclatura profissional a utilizar-se, posto que conforme grifos observamos dois ou mais tipos de nomenclaturas usadas no próprio corpo da lei que a sanciona. Assim, muito embora o Conselho Federal de **Odontologia** sugira a nomenclatura **Cirurgião Dentista** há uma crescente tendência a unificar o nome da profissão em torno do vocábulo Odontologia visto que Odontos= Dente, Logos= Estudo, parece ser um termo mais adequado àqueles que a principio se ocupam em estudar as estruturas dentais e sistemas adjacentes. Ainda sobre o tema questiona-se que poucos destes profissionais se dão a prática cirúrgica e mesmo a menor parte das intervenções são realmente cirúrgicas não cabendo talvez a

nomenclatura Cirurgião. De forma similar observamos que estes profissionais não se ocupam apenas de dentes, assim, o termo dentista talvez não caiba.

Estudiosos de marketing apontam que o termo Cirurgião é deveras impactante, despertando memórias desagradáveis a nossos pacientes e que por esta razão deveria ser destituído do título desta profissão.

Debalde estas discussões, particularmente notamos que o texto da lei da margem a dupla interpretação nominando o Cirurgião Dentista como sendo aquele que graduou-se em Odontologia. Parece-nos na realidade que esta é uma discussão improfícua e que é de entendimento de todos que Cirurgião Dentista, Odontólogo e Dentista são na verdade o mesmo profissional.

Desta feita, em nossos estudos, apesar da praxe de usar sempre a mesma nomenclatura, tomaremos a liberdade de transitar nossos texto por todas estas nomenclaturas utilizando aquela que melhor couber a cada trecho deste corpo de texto.

Solicitamos portanto, aos leitores e especialmente aos digníssimos membros desta banca avaliadora nos permitir tal licença ortográfica.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Breve histórico da Síndrome de *Burnout*

As primeiras ocasiões em que foi empregado o termo “burnout” foram em estudos de caso, em um deles Schwartz e Will, 1953, descreveram em publicação o caso de uma enfermeira psiquiátrica “Miss Jones” que passava por desilusão acerca de seu trabalho. Em 1960 Graham Greene, realizou publicação (Novel) a qual denominou “A burn out case” em que descrevia caso de um arquiteto que teria abandonado sua profissão em razão aos sentimentos de desilusão profissional.

Segundo Schaufeli e Ezzmann (1998), o termo *Burnout* passou a ter mais notoriedade na expressão “*staff burn-out*” usada por Bradley em 1969, em artigo no qual discutia a presença de esgotamento de profissionais, o autor apontava medidas de gestão para abordar o problema. Já o uso da expressão *Burn-out*, ou melhor, sua síncope *Burnout* foi vista isoladamente e pela primeira vez pelo médico psicanalista Freudenberg (1974) em artigo em que denotava seu interesse em descrever um estado psicofísico de trabalhadores que também era caracterizado por sentimentos de fracasso e exaustão. Posteriormente, Freudenberg (1975 e 1977) adicionou a estes sentimentos características como fadiga, irritabilidade, depressão, aborrecimento, perda de motivação, sobrecarga de trabalho, rigidez e inflexibilidade.

O despertar da atenção pelo público e pela comunidade acadêmica a respeito da Síndrome de *Burnout* (SB) na década de 80 deveu-se ao fato do perfil do trabalhador Norte-Americano mudar nesta época. Estes trabalhadores em razão de obter maiores lucros e satisfação no trabalho

buscaram atividades mais distantes de seus núcleos familiares, atividades com maior grau de profissionalismo, burocratização e isolamento. Desta forma, a combinação de altas expectativas por parte dos trabalhadores e meios insuficientes para lidar com as frustrações do trabalho eram os ingredientes que faltavam para o surgimento da SB (Farber, 1983).

Apesar da percepção do fenômeno “*Burnout*” em grupos de trabalhadores de sua descrição na literatura, somente a partir da década de 80 o estudo desta doença passou a ser sistematizado e tomou cunho científico. O marco inicial desta fase de estudos foi uma publicação de Maslach e Jackson (1981), nesta publicação foi elaborada uma descrição mais acurada da doença classificando-a como síndrome¹. As autoras relataram que a Síndrome de *Burnout* (SB) tem sinais e sintomas aleatórios e que geralmente esta ligada a profissionais das áreas assistencialistas, surge em função de situações de estresse crônico e exposição prolongada a vetores (pacientes) com quadros de sofrimento e dor, outra característica típica da SB é a despersonalização, característica a qual o indivíduo acometido pela SB passaria a desenvolver comportamento e percepção do meio como se ele fosse imune aos estímulos, ou seja, o portador de SB teria diminuída a capacidade de perceber, inteirar e interagir com o sofrimento alheio.

Delgado e col., (1993) ponderaram que na década de 80 foram detectados grupos de risco para *Burnout* em profissões nas quais se acreditava haver um alto índice de satisfação, profissões consideradas vocacionais e altruísticas como as da área da saúde e docência. Até este momento acreditava-se que estes profissionais eram muito gratificados em suas atividades além de obterem grande reconhecimento pessoal e social. Percebeu-se então, que havia grandes perdas nas

1 Do grego "**syndromé**", cujo significado é "reunião" é um termo bastante utilizado em Medicina e Psicologia para caracterizar o conjunto de sinais e sintomas que definem uma determinada doença.

organizações em seus quadros devido a SB, fosse pelas ausências por doença, fadiga, desilusão, falta de motivação ao trabalho e absenteísmo.

O estudo da SB era realizado em sua maior parte por pesquisadores dos Estados Unidos da América (EUA) até a década de 80, quando os instrumentos de avaliação passaram a ser traduzidos e adaptados a outros países despertando interesse a comunidade científica internacional. No Brasil, a primeira publicação a respeito do tema deu-se por um cardiologista Hudson Hubner França em 1987 na Revista Brasileira de Medicina. Em parte a difusão internacional dos estudos da SB deveu-se a padronização dos instrumentos, posto que o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) passou a ser o instrumento de escolha da maioria dos estudiosos do assunto (Carlotto & Câmara, 2008).

1.2- Caracterização da Síndrome de *Burnout*

Apesar de ter a sua origem vinculada a elementos psico-laborais a SB transcende o campo psíquico em suas manifestações de tal forma que descreve-se úlcera, dores de cabeça, insônia, tensão muscular e fadiga crônica dentre os sintomas que poderia sentir o indivíduo acometido pela SB (Maslach, 1976).

A SB é segundo Edelwich e Brodsky (1980) um processo de perda de idealismo, energias e objetivos e está especialmente ligado ao trabalho exercido nas profissões da área de saúde. Estes autores, fizeram as seguintes considerações a respeito da cronologia do surgimento da SB, divididos em três (3) estágios elaborando um nexos temporal da doença com as etapas abaixo descritas:

- *Idealismo*: O sujeito possui muita energia em suas ações, muita expectativa não realística a respeito dos resultados que podem ser alcançados. Seu envolvimento com a clientela é

maior e exerce sobrecarga laboral voluntária. Acredita que sua dedicação e empenho, somado a colaboração das equipes e do sistema, aliado ainda a cooperação dos pacientes poderá resultar em sucesso de suas ações. Assim, espera receber reconhecimento.

- Estagnação: Resultado da frustração de suas expectativas na fase de idealismo. O sujeito percebe que de balde seus esforços as expectativas que ele criou eram irreais. O sujeito tende a nesta fase repensar sua vida profissional. Cherniss (1980) aponta que nesta fase desvela-se a realidade como um dos fatores mais marcantes no desenvolvimento da SB em razão de apatia, surgem nesta fase os problemas emocionais, comportamentais e físicos.
- Distanciamento: A frustração crônica passa a ser evidente, sentimentos de vazio são percebidos os quais fazem surtir auto-avaliação negativa, o sujeito tende a recusar-se a enfrentar desafios propostos por seus pacientes para não arriscar a segurança de seu posto de trabalho (Edelwich & Brodsky, 1980).

Maslach e Jackson (1986) definiram a SB como uma síndrome multifatorial constituída por exaustão emocional, despersonalização (desumanização) e reduzida realização pessoal no trabalho resultante da cronificação do estresse ocupacional. Segundo as autoras, estas três dimensões devem ser consideradas sob as seguintes perspectivas:

- Exaustão emocional: O indivíduo percebe que não lhe resta mais energia, disposição, entusiasmo em desempenhar suas atividades. Soma-se a estes sentimentos a sensação de tensão e frustração ao deparar-se com a impossibilidade de atender seus clientes ou outras pessoas da forma que lhe era habitual.
- Despersonalização (desumanização): O trabalhador passa a tratar colegas, clientes e a própria organização de forma impessoal, distante, tentando fugir do sentimento de incapacidade de interferir na problemática alheia. Esta dimensão é um mecanismo de

defesa e despersonaliza o indivíduo a medida que o distância de seu altruísmo e vocação em servir.

- Baixa realização profissional: Consequência das dimensões anteriores, esta caracteriza-se por emergir no trabalhador sentimentos de falta de competência e falta de êxito. O que leva o indivíduo a realizar auto-avaliações, as quais o sugerem uma visão negativa de si.

Glass e McKnight (1996) elaboraram estudo com o objetivo de esclarecer se há ou não diferenciação entre a SB e depressão. Perceberam que há correlação entre as doenças, mas que embora esta seja significativa devido a coincidência dos índices de Exaustão Emocional (EE), estas doenças se diferenciavam quando analisadas pelo Inventário de Depressão de Beck as dimensões Realização Profissional (RP) e Despersonalização (DE). Observadas estas diferenças e tendo em vistas que as dimensões RP e DE são características da SB os autores sugeriram que a SB seria uma derivação da depressão associada ao trabalho.

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) traçaram um paralelo em que observaram a relação entre as interações interpessoais e o portador de SB, posto que a doença fosse proveniente das relações entre indivíduos no ambiente de trabalho, reflexão esta que vai de encontro à afirmativa de (Maslach & Leiter, 1997), “*Burnout* não é um problema do indivíduo, mas do ambiente social no qual ele trabalha”. A expressão da SB na vida de cada um é única, ou seja, cada indivíduo tem manifestações diferentes (Maslach & Leiter, 1997), entretanto estes autores observaram traços em comum como uma manifestação gradual da perda de fascinação por sua atividade sendo estes sentimentos substituídos por aborrecimento e falta de realização e neste processo a exaustão, despersonalização e falta de realização ocupam as lacunas antes preenchidas por energia, dedicação e prazer em trabalhar.

Volpato, Gomes, Silva, Justo e Benevides-Pereira (2003) afirmaram que a baixa realização profissional e a exaustão profissional podem estar ligadas a outros distúrbios que não a SB, diferentemente disto, necessariamente apresenta-se a despersonalização no portador de SB. Segundo os autores a despersonalização (insensibilidade, desumanização) surgiria como um mecanismo de defesa no qual o portador de SB criaria uma “barreira” que não permitiria a repercussão de problemas alheios em sua vida. Esta conduta (despersonalização), via de regra é percebida em atitudes de total insensibilidade, cinismo e rigidez (Carlotto & Palazzo, 2006).

Grau, Suner e Garcia (2005) buscaram avaliar a presença de *Burnout* relacionando esta síndrome a fatores pessoais e ambientais, para tanto convidaram 2.290 trabalhadores da área de saúde de 5 hospitais da cidade de Girona na Espanha, destes 47,8% (1.095) indivíduos responderam a um questionário de desenvolvimento próprio dos autores o qual avaliava o clima organizacional e um segundo questionário que era a adaptação para o espanhol de *Maslach Burnout Inventory* (MBI) este questionário como seu original da língua inglesa procura inquirir a respeito do cansaço emocional, despersonalização e baixa realização profissional (as 3 dimensões fundamentais da SB), do grupo estudado 41,6% dos indivíduos apresentaram alto nível de cansaço emocional, esta dimensão recaía especialmente sobre médicos e pessoal de enfermagem, a despersonalização estava presente em 23% do grupo, principalmente sobre médicos e a baixa realização profissional foi de 27,9% do pessoal e em especial no pessoal da área técnica e médicos. Feita a análise de regressão logística notaram a relação direta entre o cansaço emocional e consumo frequente de antidepressivos e tranquilizantes. Ao concluir sua pesquisa (Grau, Suner & Garcia, 2005) recomendaram a melhoria do clima organizacional, potencialização do otimismo e autoestima para conseqüente diminuição do desgaste emocional no ambiente hospitalar.

Segundo Carlotto, Nakamura e Camara, (2006); Maslach, Schaufeli e Leiter, (2001), inicialmente a SB era entendida como uma doença que acometia os profissionais assistencialistas tais como psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Essa concepção, entretanto está em processo de mudança posto que prolifera o número de estudos de investigação e prevalência da SB nos demais profissionais da área de saúde (Carlotto & Palazzo, 2006; Leiter & Schaufeli, 1996; Maslach e col., 2001; Tironi e col., 2010).

Trigo, Teng e Hallak (2007) realizaram extenso trabalho de revisão bibliográfica transnacional coletando dados de 1985 a 2006 nas bases de dados MedLine, Scielo , American Psychiatry Association, Evidence-Based Mental Health, American College of Physicians, Agency for Healthcare Research and Quality, National Guideline Clearinghouse e da Organização Mundial da Saúde (OMS), usando palavras-chave que relacionavam transtornos psíquicos com a SB. Encontraram um rol de acometimentos atribuídos a SB conforme os quadros a seguir (Trigo, Teng & Hallak, 2007), (Quadro 1: Lista de doenças e acometimentos presentes em função da Síndrome de Burnout ou concomitante a ela.

Quadro 1: Lista de doenças e acometimentos presentes em função da Síndrome de Burnout ou concomitante a ela.

<ul style="list-style-type: none">• Manifestações somáticas	<ul style="list-style-type: none">• Fadiga constante e progressiva; mialgias e ósteomalgias (cervical e lombar) distúrbios do sono; enxaquecas; cefaléias; distúrbios gastrointestinais (gastrites até úlceras); imunodeficiência com resfriados ou gripes constantes, com afecções na pele (pruridos, alergias, queda de cabelo, aumento de cabelos brancos); transtornos cardiovasculares (hipertensão arterial, infartos, entre outros); distúrbios do sistema respiratório (suspiros profundos, bronquite, asma); disfunções sexuais (diminuição do desejo sexual, anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou impotência nos homens); alterações menstruais nas mulheres.
<ul style="list-style-type: none">• Manifestações psíquicas	<ul style="list-style-type: none">• Falta de concentração; alteração da memória; lentificação do pensamento; sentimento de solidão; impaciência; sentimento de impotência; labilidade emocional; baixa auto-estima; desânimo.
<ul style="list-style-type: none">• Distúrbios de comportamento	<ul style="list-style-type: none">• Agressividade; dificuldade para relaxar e aceitar mudanças; perda de iniciativa; consumo de substâncias (álcool, café, fumo, tranquilizantes, substâncias ilícitas); comportamento de alto risco até suicídio.

Retirado de: Trigo, Teng e Hallak (2007)

Em seus escritos Sávio (2008), apontou que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem considerado a SB como um problema de saúde pública no qual se observa a perda da qualidade de vida e da saúde do trabalhador com consequências mentais e físicas. A SB é considerada uma das doenças laborais de fundo psicossocial mais importante dentre as estudadas na atualidade (Salanova & Llorens, 2008).

Segundo Telles e Pimenta (2009), a SB passou a contar com o status de doença no Brasil a partir de 1999 com a publicação do decreto 3.048 em 06 maio (Brasil, 1999), incluída como transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho, sob CID-10 no código: Z 73.0,

denominada então: “Síndrome de Burn-Out” ou “Síndrome de Esgotamento Profissional”. Desta forma o Estado reconheceu a doença e categorizou-a como enfermidade relacionada a saúde do trabalhador e vinculada a atividade laborativa.

1.3- Surgimento da Síndrome de *Burnout*

Segundo Gallego e Rios (1991) o surgimento da SB é lento, gradual, progressivo e segue um cronograma para a sua manifestação plena, conforme descrito;

- Primeiro momento: É a fase em que se percebe que a demanda tanto qualitativa quanto quantitativa do trabalho está acima da capacidade do indivíduo.
- Segundo momento: O indivíduo tenta a todo custo suprir as demandas do trabalho com esforço extra, surge nesta fase sinais de fadiga, tensão e irritabilidade e em resposta e estes sintomas o trabalhador desenvolve adaptações psicológicas que reduzirão seu interesse pelo trabalho e eximem-no de suas responsabilidades diante da instituição.
- Terceiro momento: Estabelece-se postura defensiva na qual o trabalhador toma condutas que o protejam das tensões provenientes do trabalho. Estabelecendo desta maneira o cinismo, distanciamento emocional, fuga a responsabilidade e rigidez.

Esta ideia é parcialmente corroborada por Gil-Monte (1993) ao passo que sequencialmente identificou: A percepção do estresse no ambiente de trabalho; surgimento de fadiga e esgotamento emocional; desenvolvimento de estratégias defensivas que incluem o distanciamento emocional do trabalho e indiferença. Segundo o autor, não há rigidez temporal destes eventos durante a instalação da SB.

Carlotto (2009) considerou em artigo que tratava da relação dos profissionais da área de saúde e pacientes que o surgimento da SB é paulatino, fruto de interação constante e prolongada entre o trabalhador e que se utiliza dos serviços de saúde. Com o decorrer do tempo o indivíduo perde seu idealismo, energia e objetivos dando espaço a frustração, ansiedade e depressão, assim, não haveria um momento limítrofe para o surgimento da doença e sim o incremento progressivo dela com o decorrer da vida laborativa do indivíduo.

Quanto ao período ou momento de surgimento dos primeiros sintomas de SB Bonafé, Trotta, Campos e Marroco, (2012) foram congruentes com o estudo de Maslach e col., (2001) apontaram ambos os trabalhos associação significativa com o tempo de atuação profissional e que esta longa exposição aos fatores desencadeantes levaria por fim a SB. Entretanto, Lima e Farias (2005) verificaram que a falta de experiência tendo como resultado dificuldade na administração de problemas novos, inaptidão para lidar com adversidades próprias do trabalho, cobrança com relação à produtividade e limitações de tempo e recursos materiais podem contribuir com o desenvolvimento da síndrome. Estas referências arremetem ao entendimento que desde o início da carreira até a consolidação da mesma o trabalhador desenvolve progressiva e incessantemente a SB Trigo, Teng e Hallak (2007).

1.4- Causas da Síndrome de *Burnout*

Maslach (1978) pontuou que em razão do pouco tempo para atendimento o profissional tende a ignorar aspectos relevantes dos relatos dos pacientes inclusive aspectos positivos de seu estado de saúde. Somado a isto estas interações profissional/paciente são carregadas de emoções fortes, constrangimento, frustração,

medo, aversão e raiva mútua. A regularidade destes padrões de atendimento levam o profissional a desenvolver um meio de autodefesa que é parte dos requisitos básicos para a instalação da SB.

A frustração que pode surgir ao passo que o profissional percebe que nem todos os problemas do paciente poderão ser resolvidos baseados na sua conduta acertada, seus valores humanísticos e altruísmo leva-o com o passar do tempo a um quadro de descrença e distanciamento de seus objetivos profissionais (Edelwich & Brodsky, 1980).

Delgado e col., (1993), fizeram considerações a respeito do surgimento da SB nos indivíduos que se ocupam na área de saúde traçando um paralelo entre a filosofia humanística destes e a realidade de suas atividades, disseram os autores que, profissionais da área de saúde e muitos da área de educação tem ocupações vocacionais com forte conteúdo humanista agregado a suas idéias e comportamentos. Quando estes se deparam com a realidade, ou seja, quando ingressam ao mercado de trabalho encontram um sistema de saúde desumanizado e despersonalizado, situação esta que exige adaptação do indivíduo a realidade. Segundo o autor (Delgado e col., 1993), a SB pode ser encontrada em pessoas que tinham a personalidade ajustada e equilibrada até o momento em que iniciaram suas atividades nas carreiras de saúde.

Benevides-Pereira (2002) reportou que é característico das profissões da área de saúde lidar com situações como dor, morte, riscos químicos e biológicos, jornadas extensas, falta de reconhecimento profissional, quadro de pessoal insuficiente. Esta situação leva tais profissionais a exercerem um estado de controle mental e emocional maior que outras profissões. As profissões da área de saúde exigem de seus trabalhadores maturidade e experiência clínica para tomada de decisões de fundo ético e moral (Albaladejo e col., 2004).

Gracia , Martínez, Salanova & Nogareda (2006), afirmaram que a SB surge em função do controle das manifestações emocionais do trabalhador de forma frequente, intensa e por períodos prolongados. Os autores sugeriram que este comportamento na verdade é fruto das novas configurações do mercado em que o aumento dos índices de produtividade estão associados ao atendimento ao público nos setores de prestação de serviços, saúde e na linha de frente de atendimento. A propósito de que se melhore a produtividade é necessário que o trabalhador molde seu comportamento e que transmita ao cliente, paciente ou usuário a impressões de bem estar, paciência, solicitude, engajamento e envolvimento com as necessidades daquele que desfruta dos serviços de atendimento.

Segundo Salanova e Llorens (2008), os serviços da área de saúde cada vez mais são compelidos a uma ordem social e industrial-comercial, na qual o indivíduo tem necessidade de produzir mais e melhor. Nas áreas de saúde este imperativo não é acompanhado pela melhoria quantitativa e qualitativa, ou seja, o pessoal de serviço e os equipamentos, instrumentais e novas tecnologias, não tem sido implementados na mesma escala e velocidade em que surge esta nova ordem de atendimento às necessidades socio-comerciais vigentes. Um agravante a esta situação, sugerem Salanova e Llorens (2008), é o fato de que o corpo gerencial das organizações não é composto por pessoas que tiveram treinamento ou entendimento sobre como agir na linha de frente, no atendimento e lida direta com os clientes ou usuários. Este fato, frequentemente geraria conflitos gerenciais em razão da incompreensão da postura de atendimento do trabalhador pelo corpo gerencial das organizações.

No campo dos fatores desencadeantes da SB diversos autores (Carlotto, 2009; Curiel-Garcia, Rodriguez-Morán, & Guerrero-Romero, 2006; Jenaro, Flores, & Arias, 2007; Leiter & Maslach, 1988; Maslach & Goldberg, 1998; Maslach & Jackson, 1984; Maslach & Schaufeli,

1993), apontaram que as características laborais (ambientais) estão comumente associadas ao surgimento da SB em detrimento de fatores sócio-demográficos e as variáveis de personalidade. Outros estudos (Maslach, 1976; Cornelius & Carlotto, 2007) dão conta que entre os fatores predisponentes para a SB a relação próxima, intensa e constante com o paciente é uma das causas mais claramente determinante deste acometimento.

Rego, Ferreira e Soares (2012) discorreram a respeito dos problemas oriundos dos altos níveis de exigência nos ambientes de trabalho e sua relação com os problemas de gestão dentro das organizações. As autoras transcreveram ainda as impressões da pesquisadora do Laboratório de Psicologia do Trabalho da UnB (Universidade de Brasília), Iône Vasques-Menezes, que considerou o seguinte a este respeito;

“Com relação a professores a SB parece surgir como reflexo à falta de reconhecimento aos esforços dos docentes. Segundo a pesquisadora, as demandas do ambiente acadêmico tem caráter contínuo, prolongado e com alto nível de exigências, características estas que desencadeariam frustração e desmotivação profissional”.

1.5- Odontologia e Síndrome de *Burnout*

Ferreira (1996) descreveu que o ambiente físico de trabalho do odontólogo seria em parte causador dos transtornos psíquicos dessa categoria de trabalhadores, segundo o autor, passar grande parte do dia trancado em uma sala de 9 metros quadrados, sem possibilidade de conversar com ninguém seria um fator estressor. Lidar com limiares de dor diferentes, ou seja, o procedimento anestésico usado em um paciente não é suficiente para analgesiar outro causando momentos de inquietação do paciente e irritabilidade do profissional. Reconhecer-se como o

causador deste desconforto ou dor no dia a dia com o passar do tempo torna-se incomodo e por vezes intolerável. Não bastasse tal quadro ainda há que se lidar com todas as etapas do gerenciamento dos consultórios por estes profissionais (Ferreira, 1996).

Na década passada, no Brasil (Silva & Rosa, 1996; Gravina, 2002; Nunes & Freire, 2006), bem como no exterior (Leggat, Chowanadisai, Kedjarune, Kukiattrakoon, & Yapong, 2001; Lewczuk, Affeska-Jercha, & Tomczyk, 2002) os estudos ergonômicos e da saúde física dos odontólogos foram colocados em evidência em detrimento da temática psicolaboral, isso parece ter ocorrido em face às inúmeras inovações tecnológicas e ergonômicas que surgiam àquela época e a necessidade dos odontólogos se adequarem.

Humphris e col., (2002), apontaram que a SB afeta sensivelmente as relações de trabalho em especial dos odontólogos. O isolamento profissional, absenteísmo, abandono de emprego, predisposição a acidentes de trabalho, são intercorrências esperadas para o odontólogo que desenvolveu a SB, sinais no dia a dia deste profissional são plenamente perceptíveis, o contato com o paciente torna-se insuportável e a relação com colegas e funcionários tende a ser evitada causando perda acentuada da qualidade de vida.

Rada e Johnson-Leong (2004) descreveram que no meio odontológico há diversas fontes de estresse profissional e que a SB encontra meio favorável a sua manifestação mesmo durante o período de graduação em Odontologia e que paulatinamente no decorrer da vida clínica do odontólogo surgem novos fatores estressores oriundos da natureza do trabalho, do ambiente de trabalho e do isolamento que a profissão propicia. Outra característica que desencadearia a SB na profissão é o perfeccionismo exigido na execução de seus trabalhos, a cada dia mais produtos e materiais com apelo e finalidades estéticas são lançados no mercado odontológico o que faz com que o odontólogo sintasse compelido a executar cada vez melhor seus trabalhos. Assim,

perfeccionismo passa a ser um traço de personalidade dos odontólogos, os autores afirmaram que os profissionais da Odontologia são propensos a SB devido a natureza prática clínica e também em função dos traços de personalidade (perfeccionismo) comuns aos que escolhem a carreira odontológica (Rada & Johnson-Leong, 2004).

Del Prette e Del Prette (2004) abordaram as dimensões submissão e isolamento para traçar uma correlação com o desenvolvimento da autoestima e autoaceitação levantando a hipótese de que este conjunto de sentimentos e comportamentos era poderia influir na qualidade das relações entre indivíduos, explicando parcialmente a insegurança e isolamento de graduandos que estão em fase de desenvolvimento de algumas habilidades sociais.

Segundo Lima e Farias (2005), com relação à SB e odontólogos percebeu-se que há necessidade de pesquisas complementares as já existentes no Brasil posto que a literatura que se refere a este assunto e grupo alvo é escassa. Julgaram os autores que são necessárias avaliações de outras e novas variáveis sobre o tema SB/Odontologia. Os autores tiveram a percepção de que a SB com relação aos odontólogos da rede pública não é apenas um problema que se restringe ao âmbito profissional. Já que tem resultados como negligência, irritabilidade e agressividade, o atendimento aos pacientes é prejudicado.

Os odontólogos são apontados como grupo de alto risco para a evolução de quadro de SB, isso se deveria a presença de fatores de risco e relação diária com pacientes, fatores como falta de tempo, ambiente de trabalho reduzido, complexidade de equipamentos e materiais, competitividade de mercado e posição de trabalho (Vasconcellos, 2002; Humphris e col., 2002; Lima & Farias, 2005; Ayers, Thomson, Newton, & Rich, 2008).

A inversão de padrões de comportamentos foi observada nas fases de graduação como parte da formação e desenvolvimento do aspecto relacional do indivíduo, este tema foi abordado

por Couto e col., (2009); Bolsoni e col., (2010), nestes estudos citou-se o desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos como dominância (A), segurança (P), sociabilidade (N), amigabilidade (M) e deferência (J) que realmente pode apontar para uma resposta ao aumento da amplitude comportamental quando se compara um grupo de graduandos com profissionais já atuantes como de fato se observa no mapa circunflexo comparativo entre os dois grupos (Figura 10).

A constatação de que a SB pode ter início na fase de graduação em odontologia está presente nos trabalhos de Loretto, Martins e Abatayguara (2011), ao passo que estes perceberam que os graduandos em Odontologia antes mesmo desta fase já estão submetidos a estresse pela concorrência na admissão ao curso de graduação, em seguida, o ambiente de cobrança do corpo docente e fortíssima competitividade entre os colegas leva a presença de SB ou situação de risco a SB a valores superiores a 10% dos estudantes, neste estudo comparou-se currículos de graduação em odontologia os pesquisadores observaram que 6,1% dos graduandos eram portadores de SB e que 4,5% dos 65 graduandos sujeitos do estudo estavam em situação predisponente a SB. Segundo os autores este quadro era reflexo do ambiente competitivo e das relações dos indivíduos com seus colegas e corpo docente, também citaram como agravante o fato de que à época havia concorrência fortíssima para ingresso a graduação em odontologia (Loretto, Martins & Abatayguara., 2011).

Campos, Jordani, Zucoloto, Bonafé e Maroco (2012), realizaram estudo no qual utilizando um grupo de 235 graduandos de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara–UNESP de todos os períodos, aplicaram questionários para traçar a correlação entre SB (*MBI-SS*) e aspectos sócio demográficos. Ao final destes estudos relataram alta correlação entre a SB e baixo desempenho no curso, consumo de medicações e pensamentos dos indivíduos

de desistência do curso. Outros dados relevantes notados neste estudo foram a feminização da profissão (72%), fato que poderia ser correlacionado a eficácia Profissional das mulheres que foi neste estudo notadamente superior a dos homens, observaram também que nos primeiros semestres do curso e especialmente primeiro e terceiro semestre a dominância exaustão é mais acentuada e que de outra forma o contato inicial com pacientes traria a este grupo sentimentos de descrença em razão da insegurança em atendê-los. Concluíram que a alta prevalência de SB neste grupo (17%) teria correlação com pensamentos de desistência do curso, baixa eficiência e consumo de medicamentos.

Garbin, Saliba, Santos, Prado e Garbin (2012) publicaram pesquisa em que tomando um grupo de 174 graduandos de Odontologia da Faculdade de Odontologia da Araraquara, realizaram levantamento sócio demográfico para detecção da SB neste grupo e aferição do nível de SB em dois grupos distintos sejam eles graduandos em fase pré-clínica (47,13%) e graduandos já atuando clinicamente (52,87%) realizando atendimentos a pacientes. Após a avaliação dos dados obtidos os autores dedicaram comentários ao tema “feminização da profissão” em face a 64,37% do grupo ser feminino, corroborando segundo os autores com recentes achados de Wallace, Cockrell & Taylor (2010) e Nunes, Silva, Santos, Queiroz & Leles (2010). Demonstrando assim a inversão da média histórica obtida por Gietzelt (1997) de 44,4% para o gênero feminino. De fato, o tema parece relevante e tem sido alvo de estudos como o de Nunes, Silva, Santos, Queiroz & Leles (2010) que observaram esta inversão de predominância de gênero analisando 633 odontólogos formados entre 1988 e 2007 na Universidade Federal de Goiás. Ainda com relação ao foco principal de seu estudo (Garbin, Saliba, Santos, Prado & Garbin, 2012) notaram que já nos primeiros semestres da graduação a exaustão emocional (EE) e a despersonalização “*incredulidade*” (DE) tinham índices superiores comparados aos graduandos

concluintes, quanto à realização profissional notou-se incremento nos períodos finais do curso. Demonstraram assim que a SB pode ser um acometimento anterior ao período clínico.

1.6- Gestão das Organizações e Síndrome de *Burnout*

Pela complexidade do assunto SB e seus reflexos sobre o campo gerencial e organizacional McMichael (1976), chamou a atenção para que sejam estudados os indivíduos pretensamente saudáveis dos grupos de trabalhadores para assim não excluir das amostras os “possíveis doentes”, referindo-se àqueles que ainda não estejam com a doença instalada ou mesmo os que estejam em fase inicial.

Com relação a gestão do atendimento ao público dentro das organizações de saúde (Maslach, 1976; Maslach & Jackson, 1984), notaram que deficiências de adequação dos sistemas e dos processos gerenciais geram uma resposta de insatisfação no paciente que raramente percebe que as deficiências no atendimento são provenientes da organização e não do servidor, assim, o paciente não dispõe-se a apontar qualidades e virtudes daqueles que o atenderam, transfere-se a culpa de forma ilegítima para o prestador de serviços de saúde. Como resultado disso surge no campo do relacionamento interpessoal a insatisfação, desilusão e sofrimento.

Iwanicki e Schwad (1981) e Farber (1991), citaram a influência de SB nas organizações em face ao surgimento de problemas de produção como os referentes a qualidade, produtividade e rotatividade de pessoal. Os autores também citaram que o surgimento de problemas de cunho psicológico e físico pode culminar até mesmo em incapacitação laboral do indivíduo.

Phillips (1984) afirmou que a primeira medida para evitar a SB é conhecer e identificar suas manifestações. Existem, porém, outras formas de prevenção e que podem ser agrupadas em três

categorias: estratégias individuais, estratégias grupais e estratégias organizacionais. As estratégias individuais referem-se à formação e capacitação profissional, ou seja, tornar-se sempre competente no trabalho, estabelecer parâmetros, objetivos, participar de programas de combate ao stress, entre outros. As estratégias grupais consistem em buscar o apoio grupal e finalmente as estratégias organizacionais referem-se a relacionar as estratégias individuais e grupais para que estas sejam eficazes no contexto organizacional.

Olkinoura e col., (1990), avaliaram um grupo de 2.671 médicos finlandeses, neste estudo os autores pretendiam relacionar a incidência de pensamentos suicidas e SB ao cargo, grau de especialização e setor em que atuavam estes médicos. Analisados os dados coletados os autores perceberam que quanto maior o grau de especialização dos médicos menor era a incidência de SB, os médicos não especialistas situavam-se em segundo lugar quanto a SB, os médicos que atuavam nos serviços públicos municipais de atenção a saúde tinham maiores níveis de SB. Por fim, descreveram os autores (Olkinoura & col., 1990) que a menor incidência SB dava-se com médicos que atuavam na carreira particular. A presença da SB acompanhava proporcionalmente em todos os grupos os dados estatísticos de pensamentos suicidas.

O alto grau de especialização e desenvolvimento tecnológico dentro das profissões de saúde leva os profissionais da área a divisão de trabalho e hierarquização do poder com linhas de comando administrativa e profissional bem distintas, o conflito entre estes comandos e o elevado número de regras e procedimentos padrão a serem seguidos leva a baixa motivação profissional que é a base para o desenvolvimento da SB (Lautert, 1995).

Maslach e Leiter (1997) estudaram a relação da SB, desempenho do indivíduo e organizações. Apontaram que as instituições tem seus gastos operacionais majorados a medida

que surge o absenteísmo e rotatividade do quadro funcional. Além desta perda direta descreveram que a SB faz com que seja diminuído o interesse de membros nas equipes de saúde por práticas em que haja inovação sendo este fator um impeditivo para a disseminação destas práticas no meio em que trabalham. Segundo Maslach e Leiter (1997) o trabalho de alta qualidade requer empenho de tempo e energia, os indivíduos acometidos pela SB tendem a investir menos tempo e energia em suas atividades realizando comumente apenas as tarefas que são estritamente necessárias cumprir. Parece que estes trabalhadores não se dispõem mais em oferecer o que há de melhor em si refletindo como queda não só na quantidade, mas também na qualidade dos serviços executados, parece mesmo que estes trabalhadores tem uma tendência de abandonar física e psicologicamente seus trabalhos.

Alguns autores (Nunes & Freire, 2006; Pereira & Botelho, 1997; Silva & Rosa, 1996) tem apontado para duas tendências que se iniciaram nas décadas passadas, a feminização e a especialização dentro da Odontologia. Embora os estudos de Nunes e Freire (2006) não tenham indicado diferenças importantes na qualidade de vida de odontólogos com e sem especialização, restou ainda a lacuna a responder se o processo de feminização da profissão poderá variar o quadro de qualidade de vida e portanto da incidência de SB.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998), elaborou pesquisa em que identificou quatro dimensões nas quais se podem encontrar fatores de alto risco para o surgimento da SB, sejam elas; A Organização (Quadro 2), O Indivíduo(Quadro 3), (Quadro 4), O Trabalho (Quadro 5) e A Sociedade (Quadro 6), conforme quadros que seguem;

- A ORGANIZAÇÃO

Quadro 2: Fatores organizacionais associados a índices superiores da Síndrome de *Burnout*.

FATORES	POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Burocracia 	<ul style="list-style-type: none"> • O excesso de normas é antagônico à participação criativa, autonomia e tomada de decisões o que torna o ambiente moroso, dispendendo-se muito tempo e energia do indivíduo e da equipe. Exemplo disso são os preenchimentos sistemáticos de formulários, requisições e excessivo número de reuniões.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> • A impossibilidade de tomar decisões sem consultar a outrem inviabiliza a tomada de decisões e a independência profissional.
<ul style="list-style-type: none"> • Normas institucionais rígidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Faz com que o trabalhador não se sinta no controle de suas ações e subtraem-lhe a autonomia.
<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças organizacionais frequentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Predispõem o trabalhador a erros em face de alternância de regras.
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de confiança, respeito e consideração entre membros da equipe 	<ul style="list-style-type: none"> • Prejudica o clima social e organizacional.
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação ineficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Cria brechas para distorção da informação e dificulta a disseminação da informação.
<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilidade de ascensão e melhoria de vencimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Fator desencadeante de desestímulo ao trabalhador.
<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente insalubre ou inapropriado 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazem surgir sentimentos de ansiedade, medo e impotência.
<ul style="list-style-type: none"> • Outros fatores associados. Acúmulo de tarefas e convívio com indivíduos já afetados pela SB. 	

Retirado de: OMS (1998)

- O INDIVÍDUO

Quadro 3: Fatores individuais (características de personalidade) associados a índices inferiores da Síndrome de *Burnout*

FATORES	CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO
• Personalidade resistente ao estresse	• Sujeito engajado nas atividades do trabalho e que encara as adversidades de forma otimista enxergando nelas a oportunidade de aprendizado.
• Lócus de controle interno	• Indivíduos entendem que sucessos de suas vidas são consequência de seus esforços e habilidades.
• Outros fatores associados. Auto-estima, autoconfiança, auto-eficácia.	

Retirado de: OMS (1998)

Quadro 4: Fatores individuais (características de personalidade) associados a índices superiores da Síndrome de *Burnout*

FATORES	CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO
• Padrão de personalidade	• Indivíduos com alto grau de competitividade, impacientes, necessidade de controle das situações, intolerância a frustrações.
• Lócus de controle externo	• Indivíduos que creem que o sucesso e os acontecimentos da vida devem-se aos outros, a sorte ou ao destino.
• Superenvolvimento	• Indivíduos que se envolvem com a causa alheia, tem empatia, sensibilizam, altruístas, obsessivos e entusiastas.
• Pessimismo	• Sofrimento antecipado, preveem o fracasso antecipadamente e tentem a observar os fatos por um foco negativista.
• Perfeccionismo	• Creem que as tarefas executadas poderiam ter resultados melhores de tal sorte que cobram de si e de outrem resultados melhores. Marcados pelo alto grau de exigência e intolerância.
• Idealismo profissional	• Individuo muda seu foco realístico e passa a decepcionar-se ao notar a realidade de seu trabalho. Quando este fator se associa a ao otimismo pode levar a baixos índices de SB.
• Dominância (controladores)	• Inseguros, tendem a não delegar tarefas ou poderes, excessivamente preocupados.
• Passividade	• Indivíduos com postura defensiva e que tendem a não confrontar as dificuldades.

• Gênero	• A dimensão Exaustão Emocional parece ter maior correlação com as mulheres ao passo que a Despersonalização com os homens.
• Nível educacional	• A SB parece ter relação direta com índices de formação mais altos.
• Estado civil	• Em indivíduos sem vínculo afetivos como solteiros, divorciados e viúvos a SB é mais presente.

Retirado de: OMS (1998)

• O TRABALHO

Quadro 5: Fatores laborais (características do trabalho) associados a índices superiores da Síndrome de *Burnout*.

FATORES	CARACTERÍSTICAS
• Sobrecarga	• A Exaustão Emocional decorre da sobrecarga no trabalho e pode ocorrer não somente pela presença de quantidade e importância de ações a desenvolver-se mas também pela falta de capacitação para resolver as demandas bem como pela falta de estrutura organizacional para lidar com estas demandas.
• Baixa participação no controle das atividades e acontecimentos; baixa participação nas decisões de mudanças organizacionais	• Fator capaz de diminuir a satisfação do trabalhador em suas atividades.
• Expectativas profissionais	• O indivíduo é incapaz de perceber que suas expectativas com a profissão que exerce são inatingíveis e estão aquém dos resultados e objetivos pretendidos por ele.
• Sentimentos de injustiça e iniquidade nas relações de seu trabalho	• Decorre da observação de ascensão sem merecimento, salários injustos ou desiguais, carga de trabalho excessiva.
• Trabalho por turnos ou noturno	• São percebidos problemas físicos e psicológicos nos trabalhadores sujeitos a variação de horários de trabalho por escalas e a trabalhos em horário noturno. O universo de trabalhadores sob estas condições chega a 20%, sobremaneira são afetados aqueles que tem alternância de suas escalas a cada 2 ou 3 dias.
• Suporte organizacional precário e	• Dá ao trabalhados a impressão de que está

relacionamento conflituoso entre colegas	desamparado pela organização com sentimentos de impotência diante de adversidades. Com relação a relacionamentos interpessoais a presença de colegas competitivos, críticos, distantes ou preguiçosos parece piorar esta percepção.
• Tipo de ocupação	• A SB está mais presente em profissionais assistencialistas e cuidadores.
• Envolvimento e proximidade do profissional com a pessoa assistida, responsabilidade sobre a vida alheia	• Há maior acometimento em cuidadores de pacientes terminais, psiquiátricos, Alzheimer.
• Conflitos de papel	• Trata-se do conflito existente entre as expectativas funcionais do trabalhador e as atividades que de fato lhe são atribuídas.
• Ambiguidades de papel	• Ocorre quando a organização não faz a delimitação de direitos, obrigações, atividades, métodos e objetivos do trabalhador, não ficando claro seu papel dentro da organização.

Retirado de: OMS (1998)

- A SOCIEDADE

Quadro 6: Fatores sociais associados a índices superiores da Síndrome de *Burnout*.

FATORES	CARACTERÍSTICAS
• Falta de suporte familiar e social	• Faz com que o indivíduo não possa contar com colegas, amigos e mesmo a família na gestão de conflitos.
• Conflito entre baixa salarial de determinada profissão e a manutenção do prestígio social	• O trabalhador sente-se compelido a trabalhar em vários postos de serviço para manter seu status social ao passo que diminui sua possibilidade de atualização, lazer e descanso.
• Valores e normas culturais	• Estes fatores podem desencadear SB em razão da presença de agentes e reflexões estressoras sobre o indivíduo.

Retirado de: OMS (1998)

Em se tratando de formas de prevenção de *Burnout* ou estresse nas organizações, França e Rodrigues (1999) sugerem uma série de medidas (Quadro 7) que poderiam prevenir o surgimento e desenvolvimento destes quadros nas organizações;

Quadro 7: Ações sugeridas por França e Rodrigues na prevenção de Síndrome de *Burnout* nas organizações.

• Técnicas de relaxamento	• Alimentação balanceada
• Exercícios físicos regularmente	• Repouso, lazer e diversão
• Sono apropriado às necessidades individuais	• Psicoterapia e vivências que favoreçam o autoconhecimento
• Aprendizado de estratégias de enfrentamento	• Administração do tempo livre para atividades ativas e prazerosas
• Administração de conflitos entre pares e grupos	• Revisão e reestruturação das formas de organização do trabalho
• Educação para saúde	• Equacionalização dos planejamentos econômico, social e de saúde

Retirado de: França e Rodrigues (1999)

Estas manobras deveriam conforme os autores ser precedidas de: Identificação do problema; verificação dos padrões culturais; discussão das características individuais; planejamento e implementação de programas de promoção de saúde, segurança e qualidade de vida.

Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis e Kaprinis (2003) ao discorrerem sobre a relação da depressão, SB e o exercício do trabalho dentro das organizações, indicaram que a depressão relacionada ao trabalho é precedida pela SB. Segundo os autores este fato seria decorrente dos altos níveis de exigência psicológica nas organizações, onde convive-se com pouca liberdade de decisões, baixos níveis de apoio social no trabalho e estresse oriundo da prática laboral de forma ou por meio inadequados. Apontaram ainda que em indivíduos mais jovens é mais frequente a concomitância entre SB e depressão leve ao invés da SB isoladamente.

Absenteísmo e aumento da rotatividade do quadro funcional são citados (Peterson, Demerouti, Bergstrom, Asberg, & Nygrem, 2008) o que incorre invariavelmente em diminuição de resultados e descompromisso no ambiente de trabalho (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997), desta forma não só o indivíduo acometido mas também uma equipe acometida

por SB podem resultar em piora na qualidade de atendimento ao cliente ou paciente comprometendo os sistemas de saúde.

Bonafé e col., (2012) entenderam que são necessários programas de prevenção da SB em odontólogos e para tanto sugeriram detecção antecipada dos sintomas da síndrome. Esta, segundo os autores, seria a primeira conduta a ser tomada no campo interceptativo com relação à SB. Neste mesmo trabalho os autores concluíram que esta intervenção por estratégias de enfrentamento deve ser direcionada preferencialmente aos profissionais com menor tempo de serviço. Para Bonafé e col., (2012) questões referentes ao espaço físico e sobretudo as questões gerenciais que envolvem as características pessoais de envolvimento com o trabalho, relacionamento entre colegas e com os gestores dos serviços de saúde devem ser alvo de investigações para tomada de ações na esfera preventiva da SB. O tema *Burnout* e Odontologia pública também foi abordado por Bonafé e col., (2012), os autores informaram que em um grupo de 70 odontólogos avaliados 10 deles não responderam aos questionários, as causas dessa não participação não foram justificadas, porém os autores supuseram que houve afastamentos por motivos de saúde.

1.7- Interações interpessoais e Síndrome de *Burnout*

Em 1983, Hochschild ao estudar as características laborais de comissárias de voo, percebeu que a tarefa principal destas profissionais era lidar com os clientes e que era necessário expressar alguns sentimentos que realmente aquelas trabalhadoras não dispunham naquele momento, mas que em razão da natureza de seu trabalho teriam que forjá-lo, não só por esta razão, mas também, porque forjar um comportamento adequado a seu posto, a sua tarefa e às suas

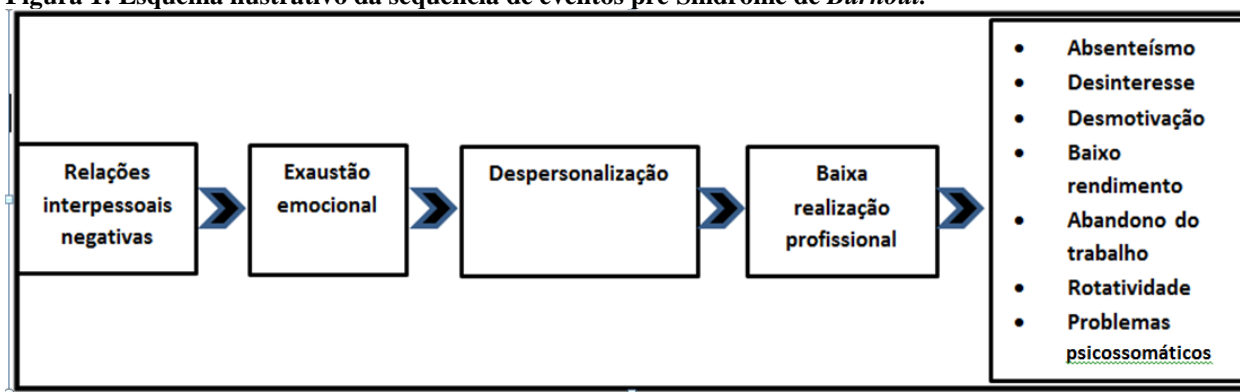
competências faria parte de um comportamento esperado dentro do clima organizacional. Desta feita Hochschild (1983) fez o primeiro enunciado a respeito do que a partir daquele momento chamar-se-ia “Trabalho Emocional” (TE) com a seguinte assertiva: “Trabalho Emocional é o controle dos sentimentos para criar manifestações corporais e faciais publicamente observáveis.”

O desempenho e produtividade no trabalho podem ser modificados através de dinâmicas interpessoais que abordem os efeitos nocivos da SB dentro das organizações, o entendimento destes fenômenos de relações interpessoais exige uma abordagem filosófica sobre a natureza do homem a propósito de abordar as consequências psicofisiológicas provenientes de relações frágeis ou improprias entre indivíduos no ambiente de trabalho. Tal abordagem possivelmente traria benefícios não só as organizações, mas também ao trabalhador, onde concentram-se os problemas comportamentais que podem influir no clima organizacional (Amorim & Turbay, 1998).

Leiter e Maslach (1988) realizaram estudo em um pequeno hospital da Califórnia em que tomaram um grupo de 52 enfermeiros dos quais apenas 3 eram homens, por meio do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach & Jackson, 1981, 1986) pesquisaram a correlação entre relações interpessoais, SB e comprometimento organizacional, para este último item utilizaram o *Organizational Commitment Questionnaire* (Mowday e col., 1979). Reportaram que a maioria dos estudos realizados sobre a SB relacionava a síndrome a fatores ambientais e pessoais, entretanto, a maior parte das evidências apontava para forte correlação aos fatores ambientais e em especial as interações interpessoais no ambiente de trabalho. Estas interações podem ser do tipo paciente/cliente/usuário com o trabalhador ou entre colegas de trabalho. Evidenciou-se que há uma maior incidência de SB nos trabalhadores que tem contato direto com os clientes e que esta predisposição é tanto maior quanto o tempo de exposição do trabalhador com os clientes,

sobretudo nas inter-relações com pacientes que tem problemas mais graves. Descreve-se também que as interações com colegas podem ser um fator estressor importante. Estes achados levaram os autores (Leiter e Maslach, 1988) a crer que as relações interpessoais são um fator importante no desencadeamento de angustia, frustração e conflito profissional e que afetaria de forma incisiva na satisfação do servidor com seu trabalho e na sua manutenção no posto de trabalho. Levando-se em conta então as relações interpessoais e relacionando-as a SB no ambiente organizacional os autores afirmaram que as relações interpessoais são definitivamente um fator preditor do comprometimento dos trabalhadores com a empresa e de sua saída da mesma. Leiter & Maslach (1988) traçaram uma bem fundamentada sequência de ocorrências conforme esquema que segue (Figura 1);

Figura 1: Esquema ilustrativo da sequência de eventos pré Síndrome de *Burnout*.



Tendo levado em conta para este estudo Leiter e Maslach (1988) as relações entre colegas enfermeiros e seus supervisores, puderam ao final do estudo fundamentar que a exaustão emocional e despersonalização são conseqüências de interações interpessoais desagradáveis no ambiente de trabalho, sobretudo as entre supervisores e subordinados, em último caso a persistirem estas relações desagradáveis pode surgir a baixa realização profissional fechando-se o ciclo para o surgimento da SB. De outra forma, também observaram os efeitos positivos das relações interpessoais entre colegas em que o sentimento de ajuda mútua e cooperação era

sublimado, já nas relações favoráveis (agradáveis) entre supervisores e subordinados sublimava-se a confiança, expectativa de crescimento e suporte favorável. Desta feita os autores enunciaram que o bom relacionamento interpessoal entre colegas pode favorecer o clima organizacional, volume de negócios e resultados organizacionais.

Paulo da Silva (2000) discorreu sobre as características punitivas e sacrificiais do trabalho ao remeter a origem do nome: A palavra trabalho derivaria de *Tripalium*, um instrumento de tortura da Roma Antiga, época em que o trabalho era considerado castigo e um legado àqueles de menor relevância social ou escravos. Desde então, segundo a autora, o entendimento do trabalho como um ato sacrificial ou punitivo estava estabelecido. Com as novas conjunturas socioeconômicas surgidas a partir dos anos 80 e 90 o trabalhador teve que forjar (trabalhar, sujeitar-se/praticar a tortura) seu comportamento nas relações interpessoais a propósito de moldar atitudes que agregassem valor aos produtos e serviços que fornecia. Desta forma Paulo da Silva (2000) identificou que um dos componentes importantes no desencadeamento da SB são as relações interpessoais. A identificação do profissional com o usuário, seu envolvimento com as necessidades e sofrimento deles, os conflitos oriundos destas interações interpessoais seria um grande predisponente a sensação de “queimar-se” (Paulo da Silva, 2000).

Hayes e col (2004) relataram que as relações interpessoais são regidas por processos mentais de controle “aceitação” e “esquiva” experiencial que regem respectivamente a flexibilidade e inflexibilidade psicológica do indivíduo. É pela aplicação destes instrumentos mentais que o indivíduo constrói a modulação de seu comportamento conforme as situações (sujeitos com quem interage, local, clima organizacional, situações de submissão ou dominância, culturais). Por esta razão estes autores desenvolveram um instrumento (AAQ-II) que permitisse

traçar parâmetros de correlação entre relações interpessoais e flexibilidade ou inflexibilidade psicológica.

Gracia, Martínez, Salanova e Nogareda (2006) desenvolveram estudo para investigar qual a relação entre a SB e relações interpessoais. A crescente expansão do setor de prestação de serviços na sociedade atual tem determinado um padrão de relacionamento interpessoal mais presente e intenso entre trabalhador e usuário ou cliente. Parece que o fato de atender melhor faz parte do produto ou do serviço oferecido, este fato tem levado os cientistas sociais a dedicarem-se cada vez mais ao estudo destas inter-relações. Gracia, Martínez, Salanova e Nogareda (2006), perceberam que a psicologia do trabalho estava até recentemente mais focada no ato físico/sensório-motor ou no trabalho intelectual, segundo os autores na última década é que percebeu-se que há aspectos outros no trabalho que não estes citados e que envolvem o nível emocional e interpessoal, característicos das relações de prestação de serviços. Estas relações de prestação de serviços são permeadas por contatos diretos e frequentes entre prestador e cliente/usuário/paciente. A exemplo das relações estabelecidas por médicos, enfermeiros, professores, policiais e operadores de telemarketing. Para estes trabalhadores exercer tarefas físicas ou intelectuais é apenas parte de suas obrigações, é necessário também o envolvimento emocional com quem recebe a prestação de serviços.

Nas relações interpessoais o indivíduo tenta criar certas impressões que caracterizem emoções apropriadas a fim de não corromper sua imagem, a esta característica se dá o nome de “regulação das emoções” ou “*emotional work*” (EW). Em uma organização ainda que não exista um roteiro de “como se comportar” parece haver implicitamente uma forma de fazê-lo esperada dentro da cultura organizacional e que reflete como vantagem competitiva frente à concorrência. Desta forma, as organizações esperam que os empregados que lidam diretamente com o público

controlem suas emoções durante suas interações sociais no trabalho (Gracia, Martínez, Salanova & Nogareda, 2006).

Gracia, Martínez, Salanova e Nogareda (2006) discutiram que os aspectos do trabalho que se relacionam com as demandas comportamentais, emocionais e do controle das emoções são hoje denominadas “Trabalho Emocional” (TE). Assim como ocorre com a sobrecarga do trabalho físico e mental o TE também acarreta depreciação da saúde psicossocial.

Dadas estas descrições iniciais, percebe-se que o tema SB é relativamente recente, percebe-se também que embora estudos cada vez mais abrangentes e que investigam as diversas possibilidades de dominâncias, variáveis comportamentais, de meio, na cultura organizacional e mesmo as variáveis características da profissão em foco neste estudo. Na revisão literária do tema notamos uma recente tendência a estudar o momento em que a SB surge no indivíduo e em busca destas informações uma série de novos estudos tem sido elaborados recentemente como (Nunes, Silva, Santos, Queiroz e Leles, 2010), (Loretto, Martins e Abatayguara, 2011), (Campos, Jordani, Zucoloto, Bonafé e Maroco, 2012), (Garbin, Saliba, Santos, Prado e Garbin, 2012), buscando delimitar um *momentum* em que se afirme ser o ponto inicial da doença. Entretanto muito há que se cogitar a respeito, período em que está cursando o graduando, se há ou não contato com pacientes, aspectos sócio demográficos para determinar se há um momento isento de acontecimentos estressores no qual se afirme “o graduando não é portador da SB e seus sintomas e possivelmente passará a desenvolvê-los deste instante em diante”.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

- Verificar a relação entre o adoecimento pela SB e suas correspondências com padrões de comportamentos em um (1) grupo de odontólogos traçando comparativo com padrões comportamentais com um (1) grupo de graduandos em odontologia.

2.2- Objetivos específicos

- Verificar se o surgimento da SB pode ser notado nos períodos finais de graduação em um grupo de graduandos em odontologia.
- Verificar a presença de SB no grupo de odontólogos avaliado.
- Mapear os padrões de comportamento do grupo de odontólogos e investigar se há correlação entre este perfil e a SB.
- Avaliar e descrever as características de padrões comportamentais do grupo de odontólogos avaliados

3- MATERIAIS E MÉTODO

3.1- Participantes

Este estudo foi aprovado pelo SISNEP - Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos com o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 21736413.6.0000.5083. O grupo pesquisado foi de (50) cinquenta odontólogos de ambos os sexos, com idades variando entre 22 e 65 anos, das regiões do Triângulo Mineiro (MG) e Micro região de Catalão (GO), com no mínimo 2 anos de exercício da profissão e que atuem na iniciativa privada. Tal grupo preferivelmente tem esta característica posto que estudos desta natureza com odontólogos atuantes no sistema público são numerosos, poucos porém dedicam-se a maioria dos odontólogos, ou seja, aqueles que estão na iniciativa privada. A atuação clínica mínima de 2 anos é pré-requisito para que configure-se a desvinculação absoluta de tempos acadêmicos e aceitação do indivíduo como trabalhador autônomo em odontologia.

Foi tomado também um grupo de graduandos em odontologia do Centro Universitário do Triângulo – UNITRI. Composto de (120) indivíduos, ambos os sexos, idade média $21,0 \pm 1,8$ anos. os quais pertenciam minimamente ao sexto período do curso e responderam aos mesmos questionários dos sujeitos principais da pesquisa. Este pressuposto aponta para indivíduos que de fato já tenham contato próximo com pacientes agindo como agente estressor que interferisse nas relações interpessoais.

3.2- Instrumentos

3.2.1- (MBI) - *Maslach Burnout Inventory* (Anexo 02)

O modelo MBI traduzido e adaptado por Benevides-Pereira (2001) é o instrumento específico para avaliar a presença de (SB). Cristina Maslach e Suzan Jackson foram as pesquisadoras que desenvolveram este instrumento de aferição de forma metódica na pesquisa da SB, sendo que em 1981 caracterizaram a exaustão emocional e despersonalização como sinais da presença desta modalidade de doença (Maslach & Jackson, 1981). Em 1993 Maslach, agregou ao questionário a dimensão (baixa realização profissional) posto que em estudos interdisciplinares notou que esta também era uma característica comum ao paciente acometido por SB e que deveria, portanto, perfilar o rol das características que delimitam a doença (Maslach, 1993).

O instrumento adotado (MIB), inicialmente possuía 50 questionamentos divididos em 10 domínios, reavaliados estes parâmetros os autores verificaram que 6 domínios e 24 questionamentos poderiam ser excluídos, essa constatação foi percebida ao se aplicar o questionário em um segundo momento suprimindo tais itens e constatando que não havia comprometimento nos resultados desde que o grupo pesquisado fosse parecido. Durante o processo de aperfeiçoamento do questionário verificou-se ainda que uma das dimensões (questionamento) não possuía significância empírica e então foi suprimida (Cordes & Dougherty, 1993; Maslach & Jackson, 1981; Moreno, Bustos, Matallana, & Mirrales, 1997).

O MBI é um construto tridimensional, ou seja, a indicação de índices altos de *Burnout* está necessariamente ligada a escores altos de EE e DE, quanto a RP espera-se escores baixos, ou seja, inversamente proporcional aos demais. Sem a presença destas 3 dimensões não se caracteriza a SB.

O MBI (Anexo 2) traduzido e adaptado por Benevides-Pereira (2001). A tradução e tradução reversa foram realizadas bem como ajustes para mantê-lo fidedigno a versão original. O MBI é composto de 22 perguntas, o questionário é autoaplicável e usa uma escala Likert de pontuação de 0 a 6 pontos. Porém, para este estudo será preterida a escala adaptada ao país variando de 1 a 5 (Tamayo, 1997). As pontuações por categorias de frequência são as seguintes:

- Nunca;
- Algumas vezes ao ano;
- Algumas vezes ao mês;
- Algumas vezes por semana;
- Diariamente

O MBI é até o momento o instrumento consagrado pela comunidade científica internacional para aferir a SB (Gil-Monte & Peiró, 1999). Segundo Benevides-Pereira (2001) a ocorrência e intensidade da SB quando analisada pelo MBI é obtida pela análise e interpretação direta dos dados numa escala crescente de resultados. Assim a gradação do nível de SB é dada da seguinte forma (Figura 2):

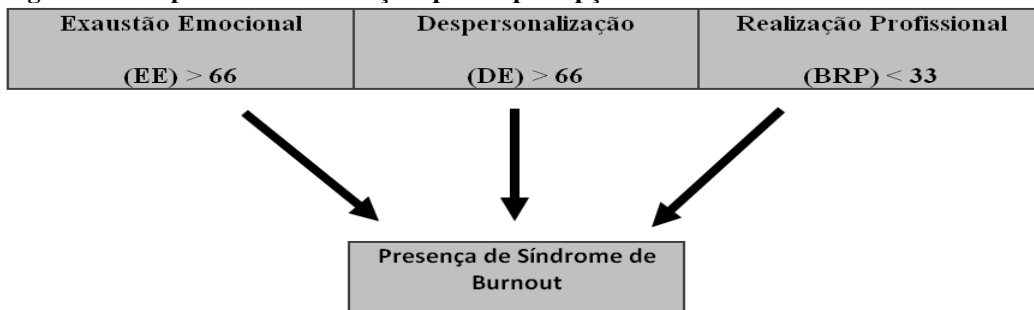
Figura 2: Esquema de classificação dos domínios para a Síndrome de *Burnout*

- ❖ Exaustão emocional
 - ≥ 27 Alto nível de *Burnout*
 - 19 a 26 Nível moderado de *Burnout*
 - ≤ 18 Baixo nível de *Burnout*
- ❖ Despersonalização
 - ≥ 10 Alto nível de *Burnout*
 - 06 a 09 Nível moderado de *Burnout*
 - ≤ 05 Baixo nível de *Burnout*
- ❖ Baixa realização profissional (escores inversos)
 - 00 a 33 Alto nível de *Burnout*
 - 34 a 39 Nível moderado de *Burnout*
 - ≥ 40 Baixo nível de *Burnout*

Retirado de: Benevides-Pereira (2001)

Para Maslach e Jackson (1986), a leitura dos escores obtidos através de seu inventário apontaria a presença de SB. Assim, escores superiores a percentil 66 para as dimensões Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e percentil menor que 33 para a dimensão Baixa Realização Profissional (BRP), indicaria a presença de SB, segue quadro explicativo;

Figura 3: Componentes e correlações para a percepção de Síndrome de *Burnout* no indivíduo em percentual



Retirado de: Maslach e Jackson (1986)

3.2.2- (CLOIT – II) - *Check-List of Interpersonal Transactions – II* (Anexo 03)

Trata-se de um instrumento construído com a finalidade de mostrar por meio de mapeamento, representado por um círculo, o comportamento interpessoal de pessoas-alvo. Couto, Vandenberghe, Hattum e Campos (2006) estudaram as propriedades psicométricas, após revisado, recebeu a denominação de CLOIT-II.

Este estudo será realizado por autotclassificação, ou seja, a pessoa-alvo deverá responder ao instrumento, visualizando mentalmente as relações interpessoais na sua equipe de trabalho. Esta pessoa alvo (representado pelos membros de cada grupo) responderá um caderno de 96 alternativas ou proposições. Estas alternativas ou proposições irão descrever ações e ou situações que podem ocorrer durante interações entre as equipes num certo ambiente de trabalho.

Estas alternativas ou proposições estão divididas em 16 escalas bidimensionais rotuladas por uma letra de A a P e distribuídas ao redor de um modelo circular em sentido anti-horário, a saber: Dominância (A), Competição (B), Desconfiança (C), Frieza Afetiva (D), Hostilidade (E), Isolamento (F), Inibição (G), Insegurança (H), Submissão (I), Deferência (J), Confiança (K), Calor Afetivo (L), “Amigabilidade” (M), Sociabilidade (N), Exposição (O) e Segurança (P). As proposições estão dispostas em 16 pontos equidistantes em um círculo de sentido anti-horário.

Cada escala pode receber um escore bruto que varia entre 0 e 9 pontos. Os escores nas 16 escalas podem ser combinados com o objetivo de descrever padrões mais complexos de comportamentos. Por exemplo, os Quadrantes são escalas combinadas pela soma dos resultados nas escalas que compõem cada quarto do círculo. As fórmulas são: Hostilidade-Dominância (HD) = $0,707 A + 0,924 B + C + 0,924 D + 0,707 E$; Hostilidade-Submissão (HS) = $0,707 E + 0,924 F + G + 0,924 H + 0,707 I$; “Amigabilidade”-Submissão (AS) = $0,707 I + 0,924 J + K + 0,924 L + 0,707 M$; “Amigabilidade”-Dominância (AD) = $0,707 M + 0,924 N + O + 0,924 P + 0,707 A$.

Também os escores nas 16 escalas podem ser somados para obter escores separados para os quatro hemisférios possíveis do círculo, que descrevem padrões típicos de comportamentos. São eles: Dominância, Submissão, “Amigabilidade” e Hostilidade. As fórmulas para compor os escores dos Hemisférios são: DOM = 0,383 N + 0,707 O + 0,924 P + A + 0,924 B + 0,707 C + 0,383 D; SUB = 0,383 F + 0,707 G + 0,924 H + I + 0,924 J + 0,707 K + 0,383 L; AMI = 0,383 J + 0,707 K + 0,924 L + M + 0,924 N + 0,707 O + 0,383 P; HOS = 0,383 B + 0,707 C + 0,924 D + E + 0,924 F + 0,707 G + 0,383 H.

Os escores nas 16 escalas ainda podem ser combinados para providenciar escores representando o vetor geral da pessoa-alvo em cada eixo do círculo, com o objetivo de descrever mais detalhadamente padrões complexos de comportamentos típicos. Desde LaForge (1977) e Leary (1957), os escores são obtidos usando-se o peso trigonométrico dos escores de determinado protocolo. O vetor geral da *Pessoa Alvo* também pode ser avaliado subtraindo-se e somando-se respectivamente características antagônicas e características convergentes nos eixos vertical e horizontal como quadro que segue, onde o eixo vertical refere-se a *Controle* e o eixo horizontal refere-se a *Filia*, (Tavares, Couto, & Silva, 2012), (Kiesler, Goldston, & Schmidt, 1991). O escore no eixo vertical, interpretado como Controle, pode ser obtido pela fórmula: CONTROLE = A – I + 0,924 (B + P – H – J) + 0,707 (C + O – G – K) + 0,383 (D + N – F – L), enquanto o escore no eixo horizontal, interpretado como Filia, pode ser obtido pela fórmula: FILIA = M – E + 0,924 (N + L – D – F) + 0,707 (O + K – C – G) + 0,383 (P + J – B – H).

3.2.3- (QSDS - CCEB – BIS 11) - Questionário Sócio-Demográfico e de Saúde- Critério de Classificação Econômica Brasil-*Barratt impulsiveness scale* (Anexo 05).

QSDS – É um instrumento apropriado a coleta de dados acerca das ideias, planos, sentimentos e crenças, além de identificar a origem social, educacional e financeira contemporizando estes dados. Este questionário não se destinará a medir habilidades, mas sim, descrever interesses, aspectos de personalidade e informações biográficas através de um conjunto de perguntas. Este instrumento dispõe de 3 subdomínios que investigam a impulsividade motora (IM), impulsividade atencional (IA) e impulsividade por não planejamento (NP), (Malloy-Diniz e col, 2010). Pela ordem a (IM) refere-se a tendência de agir sem pensar, a (IA) esta ligada a incapacidade ou incompetência do individuo a focar sua atenção em uma tarefa por desvios de atenção relacionados a seus pensamentos e a (NP) refere-se a ações presentes as quais o individuo não mensura consequências futuras.

Assim como os demais inquéritos desta pesquisa o QSDS também é auto-aplicável e fez parte do tomo de dados coletados. A propósito de adequar as questões com as características específicas do grupo social, nível educacional mínimo dos sujeitos uso de fumo, álcool, drogas, reconhecimento do estado psíquico do indivíduo e adequar à época de pesquisa mesclamos questões pertinentes ao grupo oriundas de questionários aplicados a sujeitos das áreas de saúde (CCEB / BIS 11) posto que é necessário adequar os questionários sócio demográficos à realidade do grupo alvo (Günther, 2003).

3.2.4- (IB) – Índice de *Burnout*

O Índice de *Burnout* é uma ferramenta desenvolvida para este estudo em forma de escala seguindo as orientações de Benevides-Pereira (2001). Para este instrumentos adotou-se uma escala de 3 pontos variando de 0 a 2, seguindo a prescrição da autora, índices inferiores de SB dentro de cada dimensão recebem nota 0, índices medianos nota 1 e índices altos nota 2. A somatória das notas das 3 dimensões levou a escores que podem variar de 0 a 6 pontos. Escores mínimos representam indivíduos sem a SB, escores de 1 a 5 pontos indicam a menos ou maior predisposição à SB e escores com 6 pontos indicam que o individuo é portador da SB (

Tabela 1: Tabela que demonstra predisponência/presença da SB em graduandose (Tabela 2).

3.3- Procedimentos

3.3.1- Coleta de dados

Esta pesquisa é exploratória, o grupo de odontólogos em questão foi convidado a participar respondendo a questionários, os grupos foram orientados sobre as características, interesse, repercussão, benefícios e caráter sigiloso da pesquisa. Para a abordagem dos sujeitos foram treinados graduandos em odontologia tendo instrução e entendimento suficientes para a prática de coleta de dados. O grupo de sujeitos, graduandos do curso de Odontologia da UNITRI (Centro Universitário do Triangulo) foi abarcado na coleta de dados. Este grupo é composto por 120 indivíduos de ambos os gêneros, graduandos em odontologia na referida Instituição de Ensino (IE), os indivíduos deveriam estar cursando minimamente o sexto período da graduação, posto que a partir deste marco temporal os graduandos passam a ter efetivamente contato laboral

frequente com pacientes através de atendimento clínico mesmo que inicialmente assistidos. Assim, diversos autores levantaram a possibilidade de a SB iniciar-se nesta fase. (Carlotto, 2009), (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), (Loretto, Martins & Abatayguara, 2011), (Bonafé, Trotta, Campos & Marroco, 2012).

Outro grupo de sujeitos que foi composto de odontólogos, sua coleta de dados foi executada utilizando-se a técnica denominada Bola de Neve descrita por Kaslow & Hammerschmidt (1992) na qual os sujeitos são escolhidos a partir da rede de relações de cada um dos próprios indivíduos já abordados. Seguindo esta sugestão o entrevistador realizou contato telefônico solicitando agendamento de entrevista para esclarecimentos da pesquisa e aceitação.

Embora tenha sido desenvolvido uma variante do MBI específica para estudantes “Maslach Burnout Inventory – Student Survey” (MBI-SS), a tomada de dados dos graduandos em uma fase em que já fazem atendimento clínico, pareceu permitir a este estudo que fosse adotado o questionário original e principal para maior fidedignidade com os dados colhidos junto aos odontólogos.

A coleta de dados foi iniciada pela aplicação do *Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo 01)*. Para a coleta de dados junto aos graduandos, além do *TCLE*, juntou-se termo de consentimento e anuência (Apêndice) no qual subscreveram-se, aluno, coordenador do Programa de mestrado, orientador e coordenador de graduação da instituição alvo.

Em seguida os sujeitos de pesquisa responderam um *Questionário Sócio Demográfico (Anexo 05)* com o objetivo de mapear características sócio demográficas como idade, escolaridade, sexo, estado civil, tempo de formação e atuação profissional, entre outros.

A seguir foi solicitado aos sujeitos que respondessem a forma de autoclassificação do **(CLOIT – II) - Check-List of Interpersonal Transactions – II (Anexo 03)** seguindo instruções inclusas no questionário. As orientações para preenchimento do referido questionário estão no anexo correspondente ao mesmo. As 96 proposições do CLOIT-II serão respondidas e seguirão o método de auto aplicação conforme descrito no anexo.

Aplicação do **(MBI) - Maslach Burnout Inventory (Anexo 02)** também administrado na forma de auto aplicação, vide anexo referente ao mesmo.

3.3.2- Análise de dados

Após a coleta dos dados, estes foram tabulados em planilha eletrônica (Excel ® for windows) e analisados. Para a análise dos dados foram estimadas as estatísticas descritivas das respostas dos participantes da pesquisa, feita a tabulação verificou-se se na amostra de sujeitos há indivíduos portadores de SB segundo os parâmetros do MBI. Separados em grupos por predisponência baixa, moderada e alta a SB estes indivíduos tiveram suas respostas do CLOIT-II processadas e comparadas às respostas do MBI a fim de identificar padrões comuns de interações interpessoais com a SB. Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o software *SPSS 13.5 (Statistical Package to Social Sciences for Windows)*. Para a correlação da ocorrência da SB e sua relação com padrões de comportamento foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman (ρ) PEREIRA., (2003). O mesmo tratamento foi utilizado para as correlações com os dados sociodemográfico e questionário de saúde.

4- RESULTADOS

Foram considerados validos para o MBI 89 questionários (n=89) e 50 questionários CLOIT-II (n=50) para os graduandos. Neste grupo a prevalência de SB foi de 7,9%, tais valores foram obtidos em decorrência da eliminação na amostra de questionários que foram respondidos parcialmente ou não foram respondidos, bem como aqueles que suscitassem duvidas quanto a veracidade das informações por esta razão o (n) total não é coincidente com o tamanho das amostras para o CLOIT-II e MBI.

No grupo de odontólogos foram considerados validos para o MBI 47 questionários (n=47) e 48 questionários CLOIT-II (n=48). 45 questionários BIS-11 (n=45) e 48 questionários. Tais valores foram obtidos em decorrência da eliminação na amostra de questionários que foram respondidos parcialmente ou não foram respondidos, bem como aqueles que suscitassem duvidas quanto a veracidade das informações por esta razão o (n) total não é coincidente com o tamanho das amostras para o CLOIT-II e MBI e demais questionários.

Com relação à prevalência de SB no grupo de odontólogos avaliados foi encontrado que 22,4% estão acometidos pela SB e 34,7% dos indivíduos estão em situação de risco ou alta predisponência a desenvolver a SB acumulando 4 ou 5 pontos na escala de Índice de *Burnout* (IB) (Tabela 2). Este percentual é expressivo quando comparado ao grupo de graduandos inseridos neste estudo e acometidos pela SB 7,9% (Tabela 1).

Tabela 1: Tabela que demonstra predisponência/presença da SB em graduandos

Escores	Frequência	Percentual valido	Percentual cumulativo
0	5	5,6%	5,6%
1	5	5,6%	11,2%
2	20	22,5%	33,7%
3	16	18,0%	51,7%
4	22	24,7%	76,4%
5	14	15,7%	92,1%
6	7	7,9%	100,0%
Total	89	100,0%	

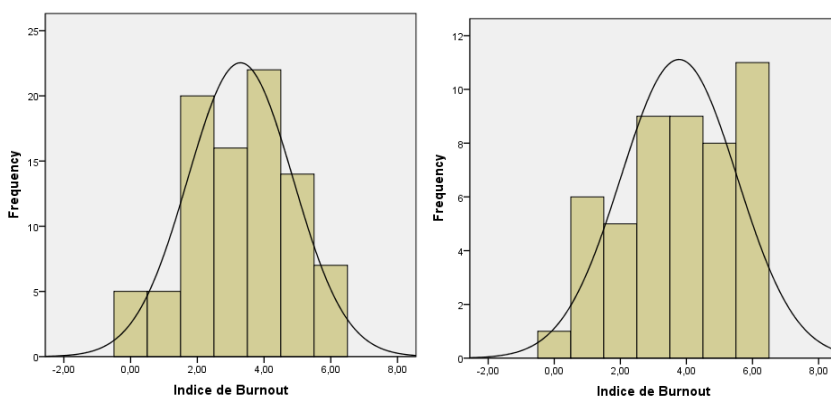
Tabela 2: Tabela que demonstra predisponência/presença da SB em odontólogos

Escores	Frequência	Percentual valido	Percentual cumulativo
0	1	2%	2%
1	6	12,2%	14,3%
2	5	10,2%	24,5%
3	9	18,4%	42,9%
4	9	18,4%	61,2%
5	8	16,3%	77,6%
6	11	22,4%	100,0%
Total	49	100,0%	

Na ferramenta IB para graduandos obteve-se correlação baixa para as dimensões isolamento (F) ($\rho=0,28$; $\alpha<0,05$) e confiança (K) ($\rho=-0,24$; $\alpha=0,08$) com probabilidade baixa e marginal negativa respectivamente para ocorrência ao acaso, $(V)=3,29$ e $(\sigma)=1,575$. A mesma análise realizada para profissionais mostrou correlações moderadas com desconfiança (C) ($\rho=0,38$; $\alpha>0,05$); com isolamento (F) ($\rho=0,33$; $\alpha>0,05$) e com insegurança (H) ($\rho=0,37$; $\alpha=0,01$). $(V)=3,78$ e $(\sigma)=1,759$ (

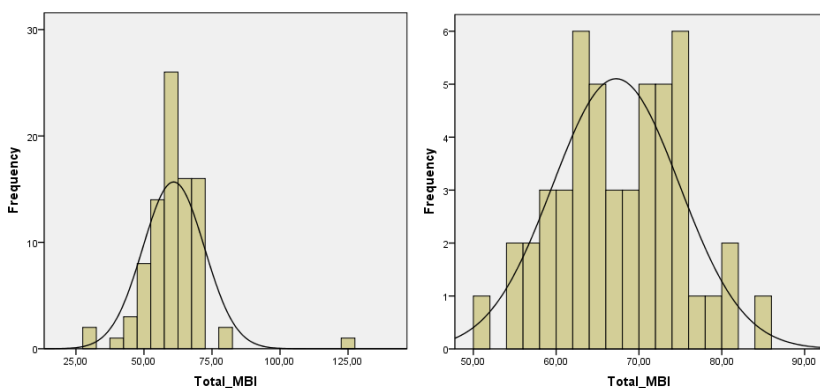
Tabela 1), (Figura 4).

Figura 4: Variância e desvio padrão do índice de *Burnout* de graduandos e odontólogos.



Para o grupo de graduandos o escore total do inventário MBI teve correlação baixa com as dimensões hostilidade (E) ($\rho=0,20$) e isolamento (F) ($\rho=0,24$); ($\alpha=0,15$) e ($\alpha=0,10$). Este parâmetro teve variância (V)= 60,90 e desvio padrão (σ)=11,324 (Tabela 9) (Figura 5). Quanto aos odontólogos houve correlação também baixa para frieza afetiva (D) ($\rho=0,25$; $\alpha>0,08$); isolamento (F) ($\rho=0,21$; $\alpha>0,05$) e inibição (G) ($\rho=0,23$; $\alpha>0,05$); (V)=67,24 e (σ)=7,661 (Tabela 10) (Figura 5). Cabe nota de que para todas as avaliações de correlação as significâncias podem não ser representativas em razão do (n) em nenhum dos instrumentos aplicados é superior a 50 salvo para o MBI de graduandos.

Figura 5: Variância e desvio padrão do *Maslach Burnout Inventory* de graduandos e odontólogos.



A dimensão exaustão emocional EE 9 e 45 , para graduandos a variação ficou compreendida entre 9 e 35 pontos e para odontólogos entre 9 e 44 pontos o que aponta maior amplitude no grupo de profissionais quando comparada ao grupo de estudantes (máximo 35).

Em graduandos observou-se 40 indivíduos (44,9%) com baixa predisponência, 35 indivíduos (39,3%) com predisponência a SB moderada e 14 indivíduos (15,7%) com alta predisponência, (

Tabela 4). Esta dimensão apresentou correlação negativa baixa ($\rho=-0,26$) com a dimensão segurança (P) e significância marginal ($\alpha=0,08$), ou seja, a exaustão emocional é menor a medida que o indivíduo sente-se seguro em suas relações com os pacientes (

Tabela 4).

Quanto à predisponência em odontólogos e EE, observou-se 10 indivíduos (20,4%) com baixa predisponência, 22 indivíduos (44,9%) com predisponência a SB moderada e 17 indivíduos (34,7%) com alta predisponência, (Tabela 3). Esta dimensão apresentou correlação moderada com as dimensões desconfiança (C) ($\rho=0,32$; $\alpha=0,01$) e isolamento (F) ($\rho=0,34$; $\alpha=0,02$), baixa correlação com a dimensão insegurança (H) ($\rho=0,27$; $\alpha>0,05$), este dado é corroborado pela correlação também baixa, porém negativa da dominância segurança (P) ($\rho=0,23$; $\alpha>0,05$) (Tabela 3).

Os grupos graduandos e odontólogos tiveram as seguintes variâncias e desvio padrão com relação à dimensão EE, (V)=19,65, (σ)=6,074 e (V)=23,61, (σ)=7,297 (Figura 1).

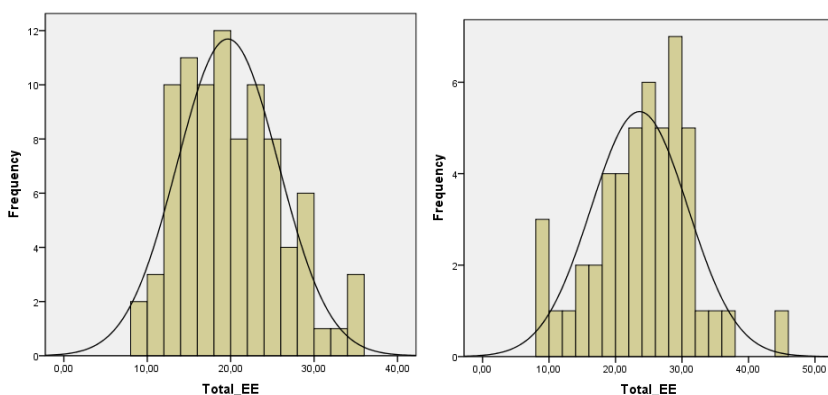
Tabela 3: Exaustão emocional em odontólogos

Escores	Frequência	Percentual válido	Percentual cumulativo
9	3	6,1%	6,1%
11	1	2,0%	8,2%
13	1	2,0%	10,2%
15	2	4,1%	14,3%
16	2	4,1%	18,4%
18	1	2,0%	20,4%
19	3	6,1%	26,5%
20	4	8,2%	34,7%
22	2	4,1%	38,8%
23	3	6,1%	44,9%
24	3	6,1%	51,0%
25	3	6,1%	57,1%
26	4	8,2%	65,3%
27	1	2,0%	67,3%
28	5	10,2%	77,6%
29	2	4,1%	81,6%
30	4	8,2%	89,9%
31	1	2,0%	91,8%
33	1	2,0%	93,9%
35	1	2,0%	95,9%
37	1	2,0%	98,0%
44	1	2,0%	100,00%

Tabela 4: Exaustão emocional em graduandos

Escores	Frequência	Percentual válido	Percentual cumulativo
9	2	2,2%	2,2%
10	1	1,1%	3,3%
11	2	2,2%	5,6%
12	4	4,5%	10,1%
13	6	6,7%	16,9%
14	4	4,5%	21,3%
15	7	7,9%	29,2%
16	7	7,9%	37,1%
17	3	3,4%	40,4%
18	4	4,5%	44,9%
19	8	9,0%	53,9%
20	5	5,6%	59,6%
21	3	3,4%	62,9%
22	7	7,9%	70,8%
23	3	3,4%	74,2%
24	4	4,5%	78,7%
25	4	4,5%	83,1%
26	1	1,1%	84,3%
27	3	3,4%	87,6%
28	5	5,6%	93,3%
29	1	1,1%	94,4%
30	1	1,1%	95,5%
33	1	1,1%	96,6%
34	1	1,1%	97,8%
35	2	2,2%	100,00%

Figura 6: Variância e desvio padrão da exaustão emocional de graduandos e odontólogos.



Na dimensão RP em que pode-se pontuar de 8 a 40, houve pontuações variando de 17 a 40 pontos para profissionais e 12 a 40 pontos para graduandos, estes dados apontam para melhora significativa na dimensão RP quando compara-se graduandos com profissionais que estejam exercendo a profissão há pelo menos 2 anos (Tabela 5), (Tabela 6). Na dimensão RP a predisponência baixa a SB em odontólogos deu-se em 5 indivíduos (10,2%), moderada em 22 indivíduos (44,9%) e alta com 22 indivíduos (44,9%). Houve em odontólogos nesta dimensão correlação moderada e negativa ($\rho=-0,30$) com significância de ($\alpha=0,04$) em relação à dimensão insegurança (H) e correlação baixa e negativa ($\rho=-0,28$) e ($\rho=-0,27$), ambos com significância de ($\alpha=0,05$), em relação às dimensão isolamento (K) e hostilidade (E) (Tabela 10). Entre profissionais a variância foi de (V)=33,63 e o desvio padrão de (σ)=4,986 (Tabela 10), (Figura 7).

Seguem as porcentagens referentes a predisponências de SB de baixa, moderada a alta, 10 indivíduos (11,3%), 33 indivíduos (37%), 46 indivíduos (51,7%) quando avaliado o grupo de estudantes (Tabela 6). Os percentuais descritos permitiram observar que tanto para profissionais quanto para graduandos (51,7%) a alta RP é denotada por um percentual expressivo. Houve nesta dimensão para graduandos correlação baixa e negativa ($\rho=-0,24$) com significância marginal ($\alpha>0,08$) em relação a dimensão desconfiança (C) e correlação moderada e negativa ($\rho=-0,30$) em

relação a dimensão isolamento (K) (Tabela 9). Para os graduandos a variância foi de (V)=32,36 e o desvio padrão de (σ)=9,243 (Figura 7).

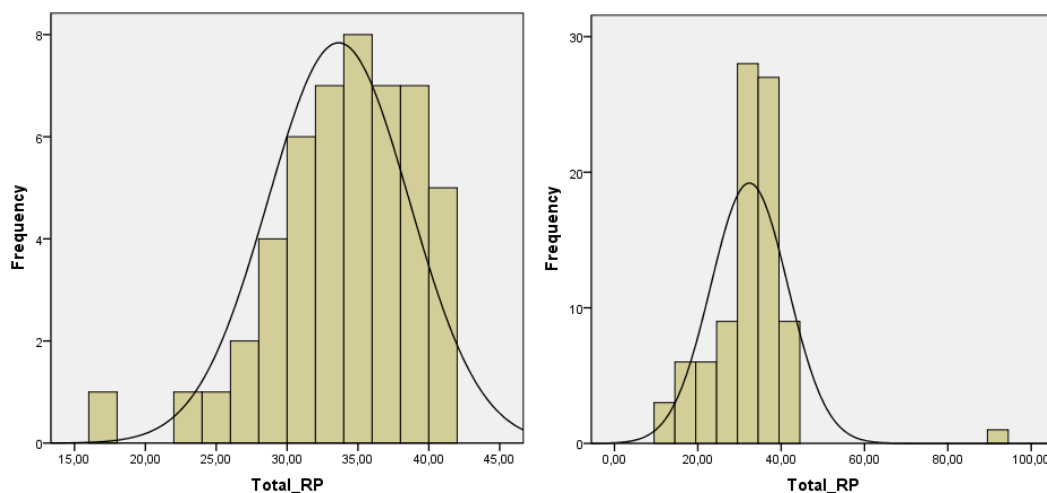
Tabela 5: Realização profissional em odontólogos

Escores	Frequência	Percentual válido	Percentual cumulativo
17	1	2,0%	2,0%
22	1	2,0%	4,1%
24	1	2,0%	6,1%
26	1	2,0%	8,2%
27	1	2,0%	10,2%
29	4	8,2%	18,4%
30	2	4,1%	22,4%
31	4	8,2%	30,6%
32	3	6,1%	36,7%
33	4	8,2%	44,9%
34	1	2,0%	46,9%
35	7	14,3%	61,2%
36	2	4,1%	65,3%
37	5	10,2%	75,5%
38	5	10,2%	85,7%
39	2	4,1%	89,8%
40	5	10,2%	100,0%

Tabela 6: Realização profissional em graduandos

Escores	Frequência	Percentual válido	Percentual cumulativo
12	1	1,1%	1,1%
14	2	2,2%	3,4%
16	2	2,2%	5,6%
18	1	1,1%	6,7%
19	3	3,4%	10,1%
22	1	1,1%	11,2%
24	5	5,6%	16,9%
25	1	1,1%	18,0%
27	1	1,1%	19,1%
28	4	4,5%	23,6%
29	3	3,4%	27,0%
30	6	6,7%	33,7%
31	7	7,9%	41,6%
32	5	5,6%	47,2%
33	4	4,5%	51,7%
34	6	6,7%	58,4%
35	3	3,4%	61,8%
36	5	5,6%	67,4%
37	11	12,4%	79,8%
38	7	7,9%	87,6%
39	1	1,1%	88,8%
40	10	11,2%	100,0%

Figura 7: Variância e desvio padrão da realização profissional de graduandos e odontólogos.



Na dimensão DE que tem pontuação variando de 5 e 25 houve marcações entre 5 a 20 pontos para odontólogos, tendo baixa, moderada e alta predisponência a SB respectivamente 8 indivíduos (16,3%), 19 indivíduos (38,8%), 22 indivíduos (44,9%) (Tabela 7: Despersonalização de odontólogos). No grupo de estudantes houve marcações entre 5 a 18 pontos mostrando menor espectro para esta dimensão e portanto, um grupo com variância e desvio padrão menor (V)=8,89 e o desvio padrão de (σ)=3,426, comparado ao grupo de odontólogos (V)=10,00 e o desvio padrão de (σ)=3,83 (Figura 8: Variância e desvio padrão da dimensão despersonalização de graduandos e odontólogos.). As faixas de predisponência para o grupo graduandos segundo a dimensão DE foram; baixa 19 indivíduos (21,3%), moderada 33 indivíduos (37,1%), alta 37 indivíduos (41,6%) (Tabela 8: Despersonalização em graduandos). As dimensões calor afetivo (L) e amabilidade (M) apresentaram baixa correlação (ρ =-0,22) e (ρ =-0,21) com a dimensão despersonalização com índices de significância não aceitáveis (α >0,05) que podem ter seus valores influenciados pelo (n =50) baixo.

A amostra de odontólogos apresentou para a dimensão DE correlação moderada ($\rho=0,41$) e baixa ($\rho=0,27$) com significância baixa e marginal respectivamente ($\alpha=0,00$) e ($\alpha=0,06$) com as dimensões desconfiança (C) e insegurança (H). (Tabela 7).

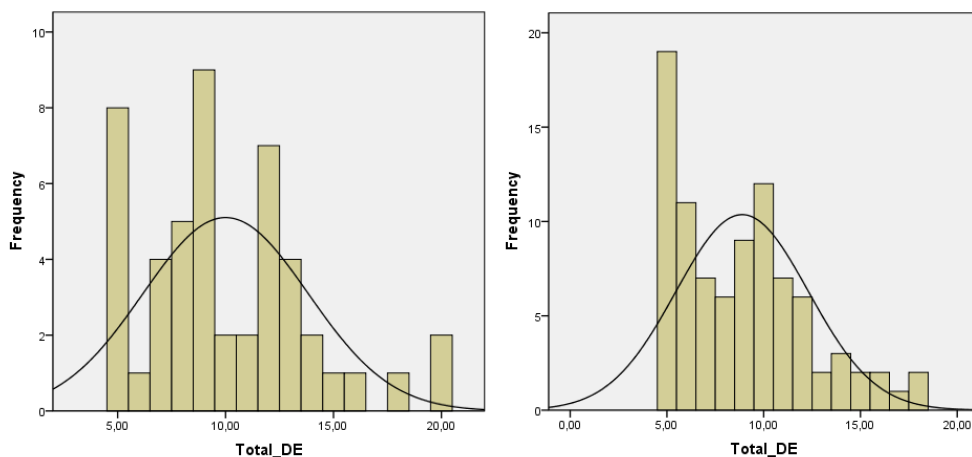
Tabela 7: Despersonalização de odontólogos

Escores	Frequência	Percentual valido	Percentual cumulativo
5	8	16,3%	16,3%
6	1	2,0%	18,4%
7	4	8,2%	26,5%
8	5	10,2%	36,7%
9	9	18,4%	55,1%
10	2	4,1%	59,2%
11	2	4,1%	63,3%
12	7	14,3%	77,6%
13	4	8,2%	85,7%
14	2	4,1%	89,8%
15	1	2,0%	91,8%
16	1	2,0%	93,9%
18	1	2,0%	95,9%
20	2	4,1%	100,0%

Tabela 8: Despersonalização em graduandos

Escores	Frequência	Percentual valido	Percentual cumulativo
5	19	21,3%	21,3%
6	11	12,4%	33,7%
7	7	7,92%	48,3%
8	6	16,7%	51,7%
9	9	10,1%	58,4%
10	12	13,5%	71,9%
11	7	7,9%	79,8%
12	6	6,7%	86,5%
13	2	2,2%	88,8%
14	3	3,4%	92,1%
15	2	2,2%	94,4%
16	2	2,2%	96,6%
17	1	1,1%	97,8%
18	2	2,2%	100,0%

Figura 8: Variância e desvio padrão da dimensão despersonalização de graduandos e odontólogos.



Em linha geral percebeu-se com relação as dimensões avaliadas reduzida exaustão emocional EE, satisfação nas atividades do curso de graduação e profissional RP e tendência a comportamentos dissimulativos DE (Tabela 7), (Tabela 8). Os grupos apresentaram-se homogêneos com relação à variância e com pouca dispersão.

Tabela 9: Correlação de Spearman entre CLOIT-II e dimensões da Síndrome de *Burnout* em graduandos.

Escores	Dimensão	MBI	Total EE	Total RP	Total DE	Índice de <i>Burnout</i>
C. Correlação	Dominância (A)	-0,15	-0,16	0,14	-0,09	-0,14
Significância		0,29	0,24	0,31	0,50	0,30
C. Correlação	Competição (B)	-0,04	-0,08	0,07	0,01	-0,05
Significância		0,75	0,55	0,62	0,91	0,71
C. Correlação	Desconfiança (C)	0,19	0,08	-0,24	0,06	0,15
Significância		0,17	0,56	0,08	0,67	0,27
C. Correlação	Frieza afetiva (D)	-0,05	-0,02	0,15	0,00	-0,01
Significância		0,69	0,87	0,27	0,96	0,91
C. Correlação	Hostilidade (E)	0,20	0,06	-0,20	0,02	0,12
Significância		0,15	0,67	0,14	0,87	0,37
C. Correlação	Isolamento (F)	0,23	0,16	-0,30	0,10	0,28
Significância		0,10	0,25	0,03	0,46	0,04
C. Correlação	Inibição(G)	0,00	-0,02	-0,07	-0,03	0,08
Significância		0,10	0,85	0,58	0,83	0,57
C. Correlação	Insegurança (H)	0,19	0,04	-0,18	0,15	0,17
Significância		0,17	0,80	0,20	0,27	0,22
C. Correlação	Submissão (I)	0,05	-0,05	0,17	-0,10	-0,10
Significância		0,72	0,90	0,73	0,52	0,67
C. Correlação	Deferência (J)	-0,16	-0,06	0,18	-0,10	-0,10
Significância		0,26	0,70	0,21	0,49	0,49
C. Correlação	Confiança (K)	-0,11	-0,10	0,15	-0,17	-0,24
Significância		0,43	0,46	0,30	0,22	0,08
C. Correlação	Calor Afetivo (L)	0,04	0,01	0,16	0,22	0,08
Significância		0,77	0,93	0,29	0,12	0,57
C. Correlação	Amabilidade (M)	0,01	-0,05	0,13	0,21	0,07
Significância		0,94	0,73	0,35	0,13	0,63
C. Correlação	Sociabilidade (N)	-0,16	-0,17	0,19	-0,05	-0,19
Significância		0,25	0,24	0,19	0,70	0,19
C. Correlação	Exibicionismo (O)	0,01	0,10	0,04	0,07	0,05
Significância		0,51	0,47	0,77	0,63	0,70
C. Correlação	Segurança (P)	-0,10	-0,26	0,04	-0,06	-0,15
Significância		0,48	0,06	0,77	0,68	0,28

Tabela 10: Correlação de Spearman entre CLOIT-II e dimensões da Síndrome de *Burnout* em odontólogos.

Escores	Dimensão	MBI	Total EE	Total RP	Total DE	Índice de <i>Burnout</i>
C. Correlação	Dominância (A)	-0,04	-0,10	-0,03	-0,13	0,05
Significância		0,77	0,47	0,80	0,36	0,71
C. Correlação	Competição (B)	-0,03	-0,18	-0,02	0,20	0,04
Significância		0,80	0,22	0,90	0,16	0,75
C. Correlação	Desconfiança (C)	0,41	0,32	-0,12	0,41	0,38
Significância		0,04	0,01	0,42	0,00	0,08
C. Correlação	Frieza afetiva (D)	0,25	0,14	-0,06	0,15	0,16
Significância		0,08	0,33	0,67	0,30	0,27
C. Correlação	Hostilidade (E)	-0,14	-0,04	-0,27	0,14	0,13
Significância		0,33	0,80	0,05	0,35	0,36
C. Correlação	Isolamento (F)	0,21	0,34	-0,28	0,13	0,33
Significância		0,14	0,02	0,05	0,35	0,21
C. Correlação	Inibição(G)	0,23	0,13	0,07	-0,01	0,05
Significância		0,12	0,35	0,61	0,93	0,73
C. Correlação	Insegurança (H)	0,15	0,27	-0,30	0,27	0,37
Significância		0,30	0,07	0,04	0,06	0,01
C. Correlação	Submissão (I)	0,12	0,13	-0,16	0,18	0,20
Significância		0,41	0,36	0,28	0,22	0,16
C. Correlação	Deferência (J)	-0,01	-0,06	0,04	-0,07	-0,07
Significância		0,94	0,45	0,77	0,60	0,60
C. Correlação	Confiança (K)	-0,12	-0,11	0,15	-0,17	-0,08
Significância		0,41	0,45	0,31	0,23	0,55
C. Correlação	Calor Afetivo (L)	0,00	-0,11	0,15	-0,05	-0,12
Significância		0,97	0,45	0,30	0,74	0,40
C. Correlação	Amabilidade (M)	0,08	0,02	-0,04	0,04	0,05
Significância		0,59	0,87	0,75	0,78	0,71
C. Correlação	Sociabilidade (N)	0,03	-0,06	0,09	0,00	-0,03
Significância		0,84	0,70	0,54	0,10	0,81
C. Correlação	Exibicionismo (O)	-0,18	-0,04	-0,10	-0,02	0,01
Significância		0,20	0,77	0,50	0,87	0,93
C. Correlação	Segurança (P)	-0,12	-0,23	0,03	0,10	-0,05
Significância		0,41	0,11	0,85	0,46	0,74

Através do inquérito BIS-11 procurou-se avaliar a impulsividade dos odontólogos e sua correlação com os dados referentes aos padrões comportamentais abarcados no CLOIT-II. Deste cruzamento de dados obtivemos as seguintes análises; isolamento (F), insegurança (H) e submissão (P) tem correlação baixa com o BIS-11 ($\rho=0,25$), com significâncias marginais $5 < \alpha < 10$. Há também correlação moderada ($\rho=0,36$), com baixa probabilidade de ocorrência ao acaso ($\alpha < 0,05$) para a dimensão exibicionismo em se tratando de (NP), reforça-se este conceito com a correlação moderada ($\rho=0,48$) e significância ($\alpha=0,001$). A impulsividade motora

(BIS_IM) teve correlação negativa e moderada ($0,28 \leq \rho < 0,34$), a impulsividade atencional (BIS_IA) teve moderada correlação com o isolamento (F) ($\rho=0,32$) e ($\alpha=0,03$) ao passo que insegurança (H) e submissão (I) tiveram baixa correlação com este domínio ($\rho=0,26$) e ($\alpha=0,08$). A impulsividade não planejada (BIS_NP) teve correlação baixa com a hostilidade (E) ($\rho=0,24$) e ($\alpha > 0,05$), correlação moderada foi encontrada entre este subdomínio, insegurança (H) ($\rho=0,31$) e exibicionismo (O) ($\rho=0,48$) ambos com ($\alpha < 0,05$) (Tabela 12).

O SQR instrumento com o qual se detecta desvios de fundo psiquiátrico moderados obteve correlação moderada com as dimensões isolamento (F) ($\rho=0,38$), insegurança (H) ($\rho=0,37$) e submissão (I) ($\rho=0,48$), para todos estes a significância foi ($\alpha < 0,05$) (Tabela 12).

Quanto a dependência de nicotina (QTF_Total) a correlação mais importante observada foi com a segurança (P) ($\rho=0,32$), ($\alpha=0,03$). O uso de álcool (CAGE_Total) apresentou baixa correlação com as dimensões exibicionismo (O), calor afetivo (L), competitividade (B) e dominância (A) ($0,26 \leq \rho \leq 0,28$), ($5 \leq \alpha \leq 10$) (Tabela 12).

Para a avaliação e entendimento de padrões comportamentais de graduandos em odontologia e odontólogos, foi utilizado neste estudo o CLOIT-II (Tabela 12) onde se expressaram os valores médios atribuídos aos escores para comportamentos conforme descrição do instrumento.

A comparação direta de ambos os circunplexos mostra em primeira instância a diferença de amplitude dos mapeamentos comportamentais, ou seja, parece que quase como um todo exceto algumas dimensões os profissionais tendem a expressar seus sentimentos e a demonstrar seus padrões de interação mais notadamente que os graduandos, o que é justificado pelo fato de na maioria das dimensões as escores de odontólogos serem maiores que os de graduandos (Tabela 12). Este é um dado que sobressai na amplitude relativa, ou seja, aquela em que se relaciona os

achados de odontólogos e graduandos, porém, há outra característica relevante para ambos os grupos que denominaremos amplitude absoluta, esta informação ou análise dos dados dá conta que a expressividade dos grupos não é grande, sendo que o maior escore médio para as dimensões chega a 5,69 segurança (P) em uma escala de até 9 pontos.

Porém, nas dimensões submissão (I) e isolamento (F) ocorreu a inversão dos valores de notas como pode-se notar no circunplexo sobreposto de Kiesler (1991), (Figura 10: Mapa circunplexo para padrões comportamentais em graduandos, odontólogos e grupo norma.) o que não chega a ser um indicio desfavorável no que tange ao desenvolvimento das habilidades sociais em razão de serem comportamentos negativos quando aplicados ao comportamento esperado para odontólogos. De outra forma o mapeamento comportamental dos grupos aponta para acréscimo das dimensões dominância (A), segurança (P), sociabilidade (N), amigabilidade (M) e deferência (J) que são comportamentos realmente esperados e desejáveis para o odontólogo.

O mapa circunplexo dos grupos alvo comparados entre si demonstraram similaridade comportamental na qual basicamente há variação na expressividade e amplitude. Quando comparados estes mesmos grupos a uma população geral de graduandos (Figura 10: Mapa circunplexo para padrões comportamentais em graduandos, odontólogos e grupo norma.) observou-se que o grupo alvo tem um perfil comportamental característico e não coincidente com o grupo geral (Figura 10: Mapa circunplexo para padrões comportamentais em graduandos, odontólogos e grupo norma.).

Tabela 11: Escores das dimensões do CLOIT-II.

Dimensão	Graduandos	Odontólogos
Dominância (A)	4,47	5,06
Segurança (P)	4,52	5,69
Exibicionismo (O)	1,84	2,60
Sociabilidade (N)	3,98	4,98
Amabilidade (M)	3,75	5,04
Calor Afetivo (L)	2,53	4,29
Confiança (K)	3,02	3,58
Deferência (J)	2,92	4,65
Submissão (I)	2,00	1,90
Insegurança (H)	2,49	3,23

Inibição (G)	3,39	3,92
Isolamento (F)	1,96	1,40
Hostilidade (E)	1,76	2,60
Frieza Afetiva (D)	2,35	2,67
Desconfiança (C)	2,71	3,17
Competição (B)	2,69	3,54

Tabela 12: Correlação de Spearman entre CLOIT-II e dimensões gerais de saúde em odontólogos.

Escores	Dimensão	BIS Tot	BIS IM	BIS IA	BIS NP	SQR Tot	QTF Tot	CAGE Tot	AAQ -II
Correlação	Dominância (A)	-0,06	-0,13	0,00	0,08	-0,11	0,26	0,28	-0,02
Sig		0,68	0,39	0,98	0,60	0,43	0,07	0,05	0,84
Correlação	Competição (B)	-0,02	-0,11	-0,10	0,07	-0,09	0,12	0,28	-0,21
Sig		0,85	0,43	0,48	0,61	0,50	0,38	0,05	0,15
Correlação	Desconfiança (C)	0,14	-0,09	0,18	0,21	0,26	0,13	-0,04	0,35
Sig		0,36	0,55	0,21	0,15	0,07	0,35	0,75	0,01
Correlação	Frieza afetiva (D)	-0,01	-0,30	0,00	0,15	0,22	-0,03	0,00	0,15
Sig		0,90	0,04	0,96	0,29	0,11	0,80	0,96	0,30
Correlação	Hostilidade (E)	0,12	-0,06	0,08	0,24	0,06	0,14	0,12	0,19
Sig		0,41	0,70	0,59	0,11	0,66	0,31	0,38	0,18
Correlação	Isolamento (F)	0,25	0,20	0,32	0,16	0,38	-0,04	0,05	0,30
Sig		0,09	0,18	0,03	0,29	0,00	0,77	0,72	0,03
Correlação	Inibição(G)	-0,16	-0,33	-0,01	-0,11	0,02	0,00	-0,26	0,15
Sig		0,27	0,02	0,90	0,44	0,88	0,99	0,07	0,28
Correlação	Insegurança (H)	0,27	0,04	0,26	0,31	0,37	-0,08	0,11	0,22
Sig		0,07	0,79	0,08	0,03	0,01	0,57	0,43	0,13
Correlação	Submissão (I)	0,26	0,19	0,26	0,18	0,42	0,00	0,06	0,17
Sig		0,08	0,20	0,08	0,22	0,00	0,96	0,67	0,23
Correlação	Deferência (J)	-0,03	-0,19	-0,01	0,06	0,12	0,01	0,00	0,09
Sig		0,83	0,19	0,92	0,69	0,38	0,91	0,98	0,52
Correlação	Confiança (K)	-0,05	-0,28	-0,18	0,14	-0,21	-0,10	-0,05	-0,11
Sig		0,72	0,05	0,22	0,33	0,14	0,47	0,73	0,45
Correlação	Calor Afetivo (L)	0,00	-0,05	0,00	0,07	-0,01	0,12	0,24	-0,04
Sig		0,97	0,71	0,96	0,64	0,91	0,38	0,10	0,77
Correlação	Amabilidade (M)	-0,19	-0,22	-0,21	-0,14	-0,08	-0,01	0,00	-0,10
Sig		0,20	0,14	0,16	0,35	0,57	0,91	0,97	0,47
Correlação	Sociabilidade (N)	-0,05	-0,15	-0,09	0,02	0,00	0,00	0,20	-0,05
Sig		0,72	0,32	0,55	0,87	0,95	0,95	0,16	0,73
Correlação	Exibicionismo (O)	0,36	0,12	0,21	0,48	0,22	0,04	0,26	0,11
Sig		0,01	0,40	0,16	0,001	0,12	0,75	0,07	0,42
Correlação	Segurança (P)	0,04	0,03	0,08	0,05	-0,11	0,32	0,19	-0,12
Sig		0,78	0,83	0,60	0,72	0,43	0,03	0,19	0,40

Figura 9: Mapa circunplexo para padrões comportamentais em graduandos

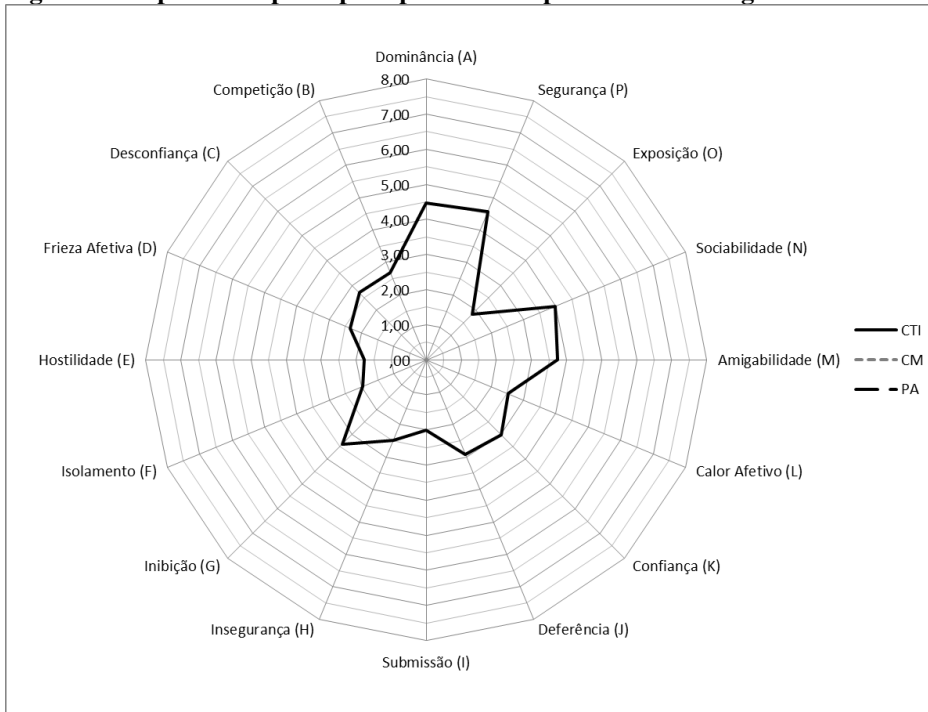
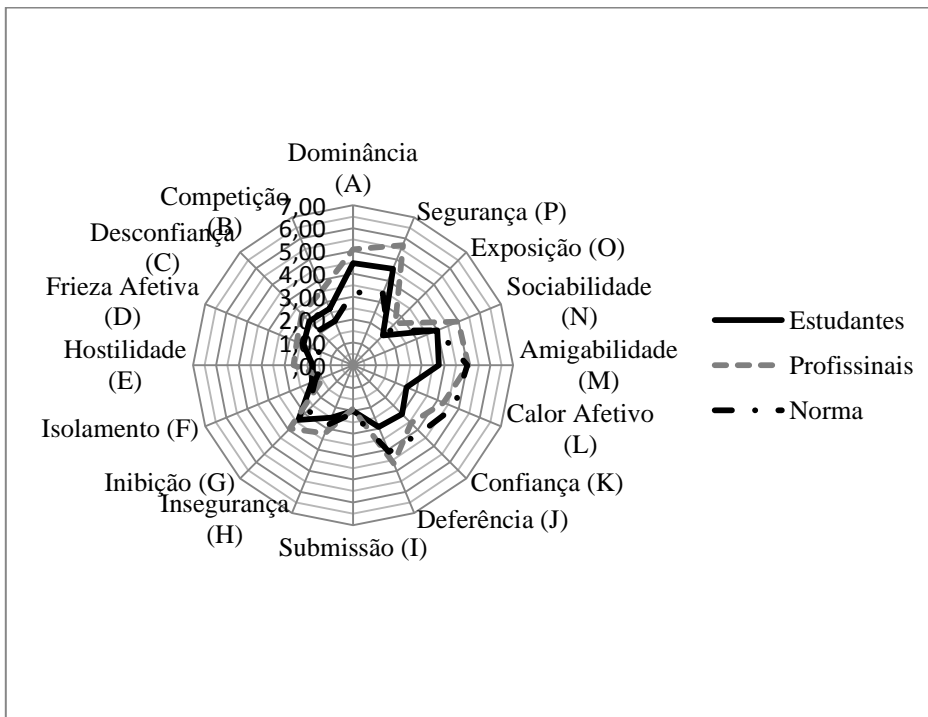


Figura 10: Mapa circunplexo para padrões comportamentais em graduandos, odontólogos e grupo norma.



5- DISCUSSÃO

Entendemos que em razão das mudanças ocorridas com relação ao trabalho e indivíduo após as décadas de 70 e 80 (Farber, 1983), deu-se maior destaque as necessidades de entendimento acerca das causas de uma série de doenças, tanto psíquicas quanto físicas que emergiram diante das aflições oriundas do trabalho. Sendo a década de 80 a época em que o estudo sistematizado destas intercorrências foi implementado com maior destaque por diversos autores (Farber, 1983; Maslach e Jackson ,1981; França, 1987; Edelwich & Brodsky, 1980; Cherniss ,1980; Maslach & Jackson ,1986), embora isto e mesmo que sem entendimento Schwartz e Will (1953) em tempos anteriores relatavam tais transtornos porém sem a sistematização e aprofundamento destas questões.

A princípio notou-se a relação próxima entre a SB e o trabalho, traçando-se então os delineamentos que seriam necessários para identificar a presença da SB no trabalhador e a avaliação ponto a ponto das dimensões referentes a SB para o entendimento deste acometimento.

Houve prevalência de 7,9% de SB no grupo avaliado (n=89), estes valores são um pouco superiores aos 6,1% encontrados em estudo similar por Loretto e col., (2011), embora isto, percentuais muito superiores a este 17% foram encontrados no mesmo tipo de estudo por Campos e col., (2012). Fatores como o grupo estudar em instituição privada, maior nível socioeconômico e condições mercadológicas da profissão na região em que estão inseridos talvez possam explicar a prevalência 7,9% de SB menor que a média encontrada em outros estudos similares. De outra forma o grupo de profissionais apresentou um percentual de 22,4% de acometimento pela SB e 34,7% em situação de risco ou alta predisponência, este comparativo de dados parece mostrar que

a lide direta e exclusiva com o trabalho odontológico pode incidir em maior percentual de acometimentos.

A avaliação da dimensão EE indicou no grupo de graduandos apenas 15,7% de predisponência a SB, pode indicar a perspectiva positiva dos graduandos em concluir sua graduação e iniciar sua vida clínica. A amplitude de pontuação para profissionais é maior 9 a 45 comparada com 9 a 35 de graduandos que pode indicar maior desgaste decorrente das relações de trabalho e interações com clientes relativamente àqueles que ainda não estão no mercado de trabalho, estes achados vão de encontro às etapas de surgimento da SB propostas por Edelwich e Brodsky (1980).

A dimensão RP mostrou um espectro menor para odontólogos que para graduandos, porém a pontuação deste primeiro grupo inicia-se a 17 pontos, ao passo que a de graduandos inicia-se a 12 pontos, tal fato pode indicar um menor espectro quanto a insatisfação ou baixa realização profissional para os indivíduos já graduados. O fato de 53,1% dos profissionais apresentarem índices de predisponência moderados ou baixos a SB comparados aos 43,6% dos graduandos segundo a proposição de Benevides-Pereira (2001), pode estar relacionado a maior índice de satisfação profissional no grupo em exercício da profissão. A dimensão RP apresentou correlação inversa com a o isolamento (F), insegurança (H) e hostilidade (E), estes apontamentos ajudam a traçar um perfil característico do odontólogo insatisfeito com suas ações laborativas, estes achados vão de encontro aos achados de Garbin e col., (2012), ao discorrer sobre o incremento do nível de satisfação e realização profissional a medida que o individuo progride na graduação até sua atuação profissional no mercado, esta observação é perfeitamente observável ao se colocar lado a lado os histogramas de RP de graduandos e odontólogos.

Na dimensão DE para ambos os grupos houve altas porcentagens de indivíduos em predisponência moderada ou alta para SB (83,7%, odontólogos) e (78,7% graduandos) estes achados deslocam o histograma de variância e desvio padrão para a direita como pode-se observar nas (Figura 8), assim reforça-se nestes grupos os conceitos de Trabalho Emocional (TE) com comportamentos dissimulativos que parecem acompanhar o indivíduo desde de sua fase de formação profissional à fase de completa integração ao mercado Gracia e col., (2006). Este comportamento é concordante com os achados de Gil-Monte (1993) ao enunciar que faz parte do *roll* de acometimentos da SB distanciamento emocional do trabalho e indiferença.

A avaliação de impulsividade BIS-11 em odontólogos levou a percepção de que correlaciona-se a impulsividade com o exibicionismo (P) ($\rho=0,36$) de forma moderada, de significância ($\alpha=0,01$) e especificamente na impulsividade não planejada (BIS_NP) este traço é mais marcante com a correlação moderada ($\rho=0,48$) e significância ($\alpha=0,001$), que pode remeter a comportamentos impulsivos sem mensuração das consequências futuras (Tabela 12).

Para esta amostra (odontólogos) os questionários referentes ao (SQR_Total) para desvios psiquiátricos moderados, (QTF_Total) para dependência de nicotina e (CAGE_Total) para uso de álcool apresentaram apenas correlações de baixa intensidade e moderada significância (Tabela 12). O fato de não encontrarmos correlação com significância expressiva neste íterim não permite que desconsideremos os apontamentos que descrevem uso de substancias químicas, álcool e nicotina em excesso para portadores de SB (Trigo e col., 2007) da mesma forma que não torna menos expressivos os estudos de Ferreira (1996) ou Salanova e Llorens (2009) em que descreveram a ocorrência significativa de distúrbios psiquiátricos, psicológicos e psicolaborais. O grupo adotado pode ter características que dissimulem os achados de outros estudos.

Para avaliar os padrões comportamentais dos grupos (graduandos em odontologia e odontólogos) neste estudo foi utilizado o CLOIT-II, dos dados mais relevantes do mapeamento de Kiesler (1991) destaca-se a comparação da amplitude das notas que podem estar ligadas a expressividade dos sujeitos, assim notas maiores são esperadas para praticamente todas as dimensões do CLOIT-II, exceto, submissão (I) e isolamento (F), estas dimensões foram abordadas por Del Prette e col., (2004) ao traçar uma correlação com o desenvolvimento da autoestima e autoaceitação agindo como fator modelador das habilidades sociais melhorando a qualidade dos aprendizados de habilidades sociais, portanto, é compreensível a posição mais insegura e isolada dos graduandos quando comparados a odontólogos que já estão mais adiantados neste processo de desenvolvimento das habilidades sociais que são requeridas em seu trato laboral.

O processo de inversão de alguns comportamentos é de fato esperado nas fases de graduação como parte da formação e desenvolvimento do aspecto relacional do indivíduo, este tema foi abordado por Bolsoni e col., (2010); Couto e col., (2009) avaliando o desenvolvimento de habilidades sociais em graduandos no decorrer de suas graduações, como de fato ocorre nas dimensões dominância (A), segurança (P), sociabilidade (N), amigabilidade (M) e deferência (J). Os autores encontraram alterações neste perfil das habilidades sociais, este fato explica a amplitude relativa (acréscimo da amplitude de expressão) observada no mapa circumplexo comparativo entre os dois grupos (Figura 10).

Ainda avaliando os padrões comportamentais dos grupos alvo e comparando-os a uma amostra de estudantes de diversos cursos nota-se que há similaridade entre os padrões comportamentais de graduandos em odontologia e de odontólogos, suscitando a possibilidade de cogitar que de fato o padrão comportamental característico da profissão já esteja consolidado ou

em estágio adiantado de formação nos últimos períodos de graduação. Ainda observou-se que estes padrões característicos de fato diferem dos padrões médios de uma amostragem tomada e composta por graduandos de diversos cursos superiores Tavares & Couto, (2012) como observado no mapa circumplexo (Figura 10), o desenvolvimento destes padrões característicos vão de encontro aos estudos de Gracia e col., (2006) e Hochschild (1983) nos quais foi abordada a modulação do comportamento para a adequação ao meio laboral do indivíduo, de forma similar Hayes e col., (2004) também discorreram a respeito dos processos de esquiva e aceitação experiencial para regulação dos potenciais de flexibilidade e inflexibilidade psicológica e sua correlação indivíduo e meio.

6- CONCLUSÕES

Este estudo aponta que há correlação entre o adoecimento pela Síndrome de *Burnout* e os padrões de comportamento avaliados quando se comparam um (1) grupo de odontólogos e um (1) grupo de graduandos em odontologia.

- Observa-se presença de SB no grupo de graduandos em odontologia a percentuais de (7,9%).
- O grupo de odontólogos avaliados apresenta taxa expressiva de SB (22,4%).
- A correlação mais expressiva que há para as variáveis de SB e padrões de comportamento dá-se quanto a desconfiança (C) a níveis moderados, outras correlações baixas também houveram com frieza afetiva (D), hostilidade (E) isolamento (F), insegurança (H).
- Os padrões comportamentais do grupo de graduandos de odontologia e odontólogos são coincidentes variando basicamente em amplitude. As dimensões mais expressivas são segurança (P), dominância (A), sociabilidade (N), amigabilidade (M) e deferência (J). O grupo de odontólogos tem um padrão de comportamento próprio, semelhante ao de graduandos em odontologia e que difere dos padrões de comportamento de uma mostra tomados para comparação.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema SB ainda suscita dúvidas e desperta tanta dúvida que nota-se em trabalhos expressivos os autores dedicarem-se a investigação deste momento de “*start-up*” e deterem-se longamente discorrendo a respeito da inversão da dominância de gênero (masculino até anos 90 e feminino a partir de então). Outros dedicam-se a discutir os prejuízos mercadológicos enquanto alguns cogitam medidas para terapia ou prevenção do evento SB.

Parece haver um interesse crescente nos meios acadêmicos e científicos sobre o tema e sobre temas correlatos como a qualidade de vida que em momento futuro originará o aprofundamento das discussões destas questões e uma real tomada de decisões e medidas que possam melhorar a percepção de que o trabalho faz parte da vida e não que é um sacrifício agregado a ela. Espera-se que estes tempos cheguem em breve, e que os interessados em ler este tipo de estudo tenham a percepção futura de que estes esforços não foram vãos e que estudar as bases para a compreensão da SB pode ser o início da solução dos questionamentos a respeito da relação pacífica e prazerosa entre trabalho e indivíduo.

Assim, ao concluir este estudo, percebe-se que ainda cabem pesquisas especialmente junto aos grupos de trabalhadores com maior incidência e maior predisposição à SB a fim de que seja produzido conhecimento a respeito da doença com finalidade de propor, gerar e gerir ações de combate a ela.

8- REFERÊNCIAS

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Anastasio, P., Calle, M. E., & Dominguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, v.78, p.505-516.
- Amorim, C., & Turbay, J. (1998). Qualidade de vida no trabalho e síndrome de burnout. *Anais do VII Encontro Regional Sul da ABRAPSO*. Curitiba, 18-20 de setembro, p. 70
- Ayers, K. M., Thomson, W. M., Newton, J. T., & Rich, A. M. (2008). Job stressors of New Zealand dentists and their coping strategies. *Occupational Medicine*, 58(4), 275-281. doi:10.1093/occmed/kqn014
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2001). MBI - Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. In: *Anais da 32ª Reunião Anual de Psicologia*, Rio de Janeiro, 84-85.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002b). O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças. O burnout em um grupo de médicos. In: A. M. T. Benevides-Pereira (Org.), *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador* (pp. 105-132). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bonafé, F. S. S., Trotta, O. S. T., Campos, J. A. D. B., & Maroco, J. (2012). Burnout syndrome in public service dentists. *Psychology, Community & Health*, v. 1, p. 56-67, Meio de divulgação: Digital; ISSN/ISBN: 2182438X.
- Bradley, H. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15, 359-370.
- BRASIL. *Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999*. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/Decreto/3048_99.htm>. Acesso em: 02 jun. 2013.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., Rosa, C. F., Oliveira, M. F. A. (2010). Caracterização das habilidades sociais de universitários. *Contextos Clínicos*, 3(1), 62-75
- Campos, J. A. D. B., Jordani, P. C., Zucoloto, M. L., Bonafé, F. S. S., Maroco, J. (2012). Síndrome de Burnout em graduandos de Odontologia. *Rev Bras Epidemiol*. 15(1): 155-65.
- Carlotto, M. S. (2009) *Revista de Psicologia*; Vol. XII, Nº. 17, p. 7-20.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico-PUCRS*, 39(2), 152-158.

- Carlotto, M. S., Nakamura, A. P., & Câmara, S. G. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico*, 3 (1):56-72.
- Carlotto, M. S., & Palazzo, L. S. (2006). Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Praeger Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1017-1026.
- Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. *Praeger*, New York-US.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18 (4) 632- 636.
- Cornelius, A., Carlotto, M. S. (2007) Síndrome de Burnout em profissionais de urgência. *Psicologia em Foco*, v.1, n.1, p.15-27.
- Couto, G., Vandenberghe, L., Van Hattum, A. C., & Campos, H. R. (2006). Propriedades Psicométricas do Checklist de Relações Interpessoais – Revisado. *Psicologia Argumento*.
- Couto, G., Vandenberghe, L., Van Hattum, A. C., Tavares, W. M., Coelho silva, R. L. F. (2012) Interações e habilidades sociais entre universitários: um estudo correlacional. *Estud. Psicol.* (Campinas) vol.29 supl.1 Campinas Oct./Dec.
- Curiel-Garcia, J. A., Rodrigues-Moran, M., & Guerreiro-Romero, F. (2006) Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (3), 221-226.
- Delgado, A. C., Fuentes, J. M. B., Quevedo, M. P. A., Salgado, A. R., Sánchez, A. C., Sanchez, T. S., Velasco, C. A., & Yela, J. R. B. (1993) Revisión teorica del burnout o desgaste profesional en trabajadores de la docencia. *Caesura*, v.2, p.47-65.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A., Barreto, M. C. M., Bandeira, M., Rios-Saldaña, M. R., Ulian, A. L. A. O., Gerk-Carneiro, E., Falcone, E. M. O., Villa, M. B. (2004). Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), p.341-350.
- Donatelle, R. J., Hawkins, M. J., (1989). Employee stress claims: Increasing implications for health promotion programming. *American Journal of Health Promotion*, 3, 19-25.
- Drutman, J. (2001). Burnout o el “incendio” de los trabajadores de la salud. *Revista Virtual Odontología Ejercicio Profesional*, 2(18), 100-105.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Burnout: stages of disillusionment in profession. *Human Science Press*. New York-US.
- Farber, B. A., (1983). Introduction: a critical perspective on burnout. In: Farber, B.A, *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon; pp. 1–20.

- Farber, B. A. (1991). Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher. São Francisco: Jossey-Bass Inc. Formighieri, V. J. *Burnout*
- França, A. C. L., & Rodriguez, A. L. (1999). *Stress e trabalho*. São Paulo: Atlas, P.124.
- França, H. H. (1987). A Síndrome de "Burnout". *Revista Brasileira de Medicina*, 44, 8, 197-199.
- Ferreira, B. (dez 1995/ jan 1996). Mercúrio também é inimigo. *Rev. ABO Nac*, vol.3, nº.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychoanalytic Review*, 66, 275-295.
- Freudenberger, H. J. (1977). "Burnout: Occupational hazard of the child care worker." *Child Care Quarterly*, 6(2), 90-100.
- Gallego, E. A., Rios, L. F., (1991). El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. Revisión de Estudios – *Revista Assoc. Esp. Neuropsiquiatria*, 11, 39, 257-265.
- Garbin, C. A. S., Saliba, N. A., Santos, R. R., Prado, R. L., Garbin, A. J. I., (2012) Burnout en estudiantes de odontología: evaluación através MBI versión estudiantes. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58, 327-334.
- Gietzelt, D., (1997). Social profile of first-year dentistry students at the University of Sydney. *Aust Dent J*. 42(4):259-66.
- Gil-Monte, P. R., (1993). Una nota sobre el concepto de "burnout", sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Revista do Departamento de Psicologia Básica, Metodología, Psicobiología y Psicología Social da Universidad de Valencia*, 45, 46-57.
- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral em la sociedade del bienestar. *Pirâmide*. Madrid-ES .
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en El trabajo: el síndrome de quemarse. *Síntesis*. Madrid-ES.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 11 (3), 679-89.
- Glass, D. C.; Mcknight, J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional Burnout: a review of the evidence. *Psychology and Health* 11: 23-48.
- Gracia, E., Martínez, I. M., Salanova, M., & Noregada, C. (2006). El trabajo emocional: concepto y prevención. Nota Técnica. *INSHT del Ministerio de Trabajo*, Espanha.

Gravina, M. E. R. (2002) LER - Lesões por Esforços Repetitivos: uma reflexão sobre os aspectos psicossociais. *Saúde Soc.* 11(2):1-18.

Grau, A., Suner, R., & Garcia, M. M. (2005). Desgaste profissional em el personal sanitario y su relación com los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitária*, v.19, n.6, p.463-470.

Günther, H. (2003). Como Elaborar um Questionário (*Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 01*). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart. The Commercialisation of Human Feeling.* University of California Press. Berkeley, CA.

Humphris, G., Blinkhorn, A., Freeman, R., Gorter, R., Hoad-Reddick, G., & Murtooma, H. (2002). Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools. *European Journal of Dental Education*, 6(1), 22-29.
doi:10.1034/j.1600-0579.2002.060105.x

Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 75: 209-221.

Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and psychological measurement.*

Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80-87. doi:10.1037/0735-7028.38.1.80. 2007.

Kaslow, F., & Hammerschmidt, H. (1992). Long-term "good" marriages: the seemingly essential ingredients. *Journal of Couples Therapy*, 3(2/3), 15-38.

Kiesler, D. J., Goldston, C. S., & Schmidt, J. A. (1991). *Manual for Check List of Interpersonal Transactions - Revised and Check List of Psychotherapy Transactions – Revised.* Virginia Commonwealth University.

Lafourge, R. (1977). Using the ICL. *Unpublished monograph*, Mill Valley, CA.

Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro.* Tese de doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca - Facultad de Psicologia, Salamanca.

- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. Ronald Press Company: New York.
- Leggat, P. A., Chowanadisai, S., Kedjarune, U., Kukiattrakoon, B., & Yapong, B. (2001). Health of dentists in southern Thailand. *Int Dent J.*;51:348-52.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*. 9, 297–308.
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety Stress and Coping*, 9(3), 229-243.
- Lewczuk, E., Affeska-Jercha, A., & Tomczyk, J. (2002). Occupational health problems in dental practice. *Med Pr*. 53:161-5.
- Lima, A. D. F., & Farias, F. L. R. (2005). O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: considerações teóricas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 18(1), 50-54.
doi:10.5020/18061230.2005.p50
- Loretto, N. R. M., Martins, I. A. F., Abatayguara, M. M. F. (2011). Burnout em estudantes de odontologia. *Odontol. Clín.-Cient*. Recife, 10 (2) 147-152, abr./jun.
- Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., Jardim de Paula, J., Tavares, H., Vasconcelos, A. G., Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *J. Bras. Psiquiat*, v.59, n. 2, p.99-105.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, v. 5, n. 9, p. 26-22.
- Maslach, C. (1978). Job burnout: How people cope. *Public Welfare*, 8, 56-58.
- Maslach, C. (1993) Burnout: A multidimensional perspective. In *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (Schaufeli, W.B., Maslach, C. & Marek, T., eds), Taylor & Francis, Washington, DC, pp. 19±32.
- Maslach, C., Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: news perspectives. *Applied & Preventive Psychology*. v.7, p.63-74.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981) The measurement of experienced burnout. *J of Occup Beh*. 30: 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Patterns of Burnout among a national sample of public contactworkers. *Journal of Health Resources Administration*, v.7, p.189-212.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986) (2nd ed). Maslach Burnout Inventory. *Consulting Psychologist Press*. Palo Alto, CA

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it. *Jossey-Bass*. San Francisco-US.

Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993) Historical and conceptual development of burnout. In: W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Orgs.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.1-16). New York: Taylor & Francis.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annu Rev Psychol*, 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

McMichael, A. J. (1976). Standardized mortality ratios and the healthy worker effect: scratching beneath the surface. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(3), 165-168. doi:10.1097/00043764-197603000-00009

Moreno Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 13(2), 185-207.

Mowday, R. T., Steers, R. M. & Porter, L. W. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Psychology*, 14, 224-247.

Nunes, M. F., & Freire, M. C. M. (2006). Qualidade de vida dos cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública*; 40(6):1019-26

Nunes, M. F., Silva, E. T., Santos, L. B., Queiroz, M. G., Leles, C.R., (2010). Profiling alumni of a Brazilian public dental school. *Hum Resour Health* 8:20.

Olkinuora, M., Asp, S., Juntunen, J., Kauttu, K., Strid, L., & Aarimaa, M. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 25: 81-86.

Organização Mundial de Saúde, (1998). Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: Staff Burnout. *Geneva Division of Mental Health World Health Organization*, pp. 91-110.

Paulo da Silva, F. P. (Jun/2000). Burnout: Um desafio à saúde do trabalhador. *Revista de psicologia social e institucional*. ISSN: 1516-4888, V. 2, n. 1.

Pereira, M. F., Botelho, T. L. (1997). Perfil do cirurgião-dentista no estado de Goiás. *Rev Fac Odontol UFG*.1:37-40.

- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Asberg, M., & Nygrem, A. (2008). Work Characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: a study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management*, v.15, n.2, p.153-172.
- Phillips, J. R. (1984). Faculty burnout. *American Journal of Nursing*, (9):1525-1.526.
- Rada, R. E., & Johnson-Leong, C. (Jun/2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc*. 135(6):788-94.
- Rego, R. C. F. S do., Ferreira, M. F., & Soares, T. K. (2012). Burnout: Analisando a incidência da síndrome nos professores do curso de ciências contábeis da Universidade Federal do Piauí. *Anais do Encontro Nacional da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração*, Curitiba, PR, Brasil, 2012.
- Salanova, M., Llorens, S. (2008). Current state of research on burnout and future challenges. *Papeles del Psicólogo*, 29 (1), 59-67.
- Sávio, S. A. (2008). El Síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Hologramática*. Buenos Aires, n.v, v.8, p.121-138.
- Schaufeli, W. & Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice a critical analysis. *Taylor & Francis*, Londres.
- Schwartz, M. S. & Will, G. T. (1953) Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 16,337-353.
- Silva, S. R. C, Rosa, A. G. F. (1996). Características dos cirurgiões dentistas com vínculo empregatício em empresas públicas e/ou privadas no município de Araraquara-SP. *Rev Odontol UNESP*. 25:9-18.
- Tamayo, R. M. (1997). Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos. *Dissertação de mestrado não publicada*, Universidade de Brasília.
- Tavares, W. M., Couto, G., Silva, R. L. F. C. (2012). Perfil de relações interpessoais e habilidades sociais de estudantes de psicologia. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina*, v. 3, n. 1, p. 75-92, jun.
- Tavares, W. M., Couto, G.,(2012). Verificação da estrutura circumplexa do checklist de relações interpessoais-II (CLOIT-II). Anais da 64^a Reunião anual da SBPC. São Luiz – Maranhão 22-27 Julho 2012.
- Telles, H., & Pimenta, A. M. C. (July/Sept 2009). Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde soc*. Vol.18 no.3 São Paulo.

Tironi, M. O. S., Nascimento Sobrinho, C. L., Barros, D. S., Reis, E. J. F. B., Marques Filho, E. S., & Almeida, A. (2009) Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de *Burnout*) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev Assoc Med Bras*. 55(5):547-52.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v.34, n.5, p.223-233.

Vasconcellos, I. C. (2002). Estresse profissional. *Revista Brasileira de Odontologia*, 59(1), 6-7.

Volpato, D. C., Gomes, F. B., Silva, S. G. M., Justo, T., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). Burnout: o desgaste dos professores de Maringá. *Rev Eletr InterAção Psy*, 1(1): 90-101.

Wallace, L. G., Cockrell, D. J., Taylor, J. A., (2010). The University of Newcastle's first cohort of Bachelor of Oral Health students: a social profile. *Aust Dent J* 55(4):436-40.

9- ANEXOS

9.1 ANEXO 01: (TCLE) - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62) 3521-1075 ou (62) 3521-1076.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Síndrome de *Burnout*, interações interpessoais: Um estudo com odontólogos

Pesquisador Responsável: Odont. Esp. Marco Antonio Simonassi Damasceno

Orientador: Prof. Dr. Gleiber Couto Santos

Telefone para contato (inclusive ligações a cobrar): (34) 3213-6716 ou (34) 9129-2838

Descrição da pesquisa: Essa pesquisa tem como objetivo mapear as relações interpessoais e sua interação com a satisfação profissional, relacionar os fatores predisponentes ao

acometimento pela Síndrome de *Burnout* (Doença psico-laboral) e que medidas podem ser adotadas para salvaguardar a saúde de odontólogos diante este acometimento.

Caso aceite nosso convite você deverá responder questões dispostas em 3 questionários (MBI) *Maslach Burnout Inventory*, (CLOIT II) *Check-List of Interpersonal Transactions* – II Estas questões somarão um total de aproximadamente 120 perguntas. Você poderá se recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Durante o procedimento, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que, por ventura, lhe causar algum constrangimento. A sua participação como voluntário nessa pesquisa, não auferirá nenhum privilégio de caráter financeiro ou de qualquer natureza, no entanto contribuirá efetivamente com o desenvolvimento da ciência e no estudo da doença em questão, trazendo a comunidade odontológica avanços no sentido de preservar a saúde física e mental de seus envolvidos. Estes questionários não incorrem em quaisquer riscos a sua saúde física ou psicológica. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante o direito de não se identificar ou informar dados que possam compromê-lo. Em nenhum dos questionários ou inventários apresentados haverá identificação direta da pessoa, os questionários serão recolhidos somente se lacrados em envelope opaco, sem qualquer meio de identificação, sinalização ou marca que possa identificar o respondente. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes nem suas iniciais ou qualquer outro caractere que possa identificar qualquer participante desta pesquisa.

O único instrumento no qual haverá identificação do entrevistado é este (TCLE) e em hipótese alguma deve ser colocado dentro do envelope a ser lacrado.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____, abaixo

assinado, concordo em participar desse estudo, como sujeito. Fui devidamente

informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) MARCO ANTONIO SIMONASSI

DAMASCENO sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os

possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

_____, __/__/2014.

Nome e Assinatura do sujeito: _____

Prédio da Reitoria - Térreo - Campus II - CEP-74001-970 - Goiânia-GO - Fones: 0 XX62

3521-1076 - Fax:3521-1163 Homepage: www.prppg.ufg.br - E_mail:

prppg@prppg.ufg.br

9.2 ANEXO 02: (MBI) – Maslach Burnout Inventory

Atribua uma nota de 1 a 5 conforme sua percepção dos seguintes eventos

- 1- Nunca;
- 2- Algumas vezes ao ano;
- 3- Algumas vezes ao mês;
- 4- Algumas vezes por semana;
- 5- Diariamente.

	Atribua uma nota na coluna a direita referente a respectiva a pergunta	Nota
01 ee	Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	
02 ee	Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	
03 ee	Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	
04 rp	Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender.	
05 de	Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	
06 ee	Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	
07 rp	Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	
08 ee	Sinto que meu trabalho está me desgastando.	
09 rp	Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.	
10 de	Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	
11 de	Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	
12 rp	Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	
13 ee	Sinto-me frustrado com meu trabalho.	
14 ee	Sinto que estou trabalhando demais.	
15 de	Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	
16 ee	Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	
17 rp	Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho	
18 rp	Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	
19 rp	Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	
20 ee	Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	
21 rp	No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	
22 de	Parece-me que os receptores do meu trabalho culpam-me por alguns de seus problemas.	

9.3 ANEXO 03: (CLOIT II) - *Check-List of Interpersonal Transactions – II*

INSTRUÇÕES:

As páginas seguintes contêm listas de comportamentos, atitudes e sentimentos que podem acontecer em interações entre duas pessoas. A sua tarefa é marcar um X no número correspondente a cada item, na folha de respostas, se ele corresponder a uma ação, atitude ou sentimento seu durante suas interações com outras pessoas.

Para lhe ajudar a fazer estes julgamentos, imagine que, por algum tempo, um observador escondido lhe seguiu diariamente enquanto você interagiu com outras pessoas na sua vida. Faça o julgamento a respeito da ocorrência de suas ações baseado no que este observador escondido teria visto.

Para ser marcada, a descrição deve ser julgada por você como seu próprio jeito de interagir com outras pessoas. Se um item não descreve uma ação ou sentimento que ocorre em suas interações com outras pessoas, deixe este item em branco. Se, ao contrário, o item corresponde a um sentimento ou ação sua nas interações com outras pessoas, assinale o item.

Por favor, não faça marcas neste caderno.

	Durante as atividades com outras pessoas...
1	... facilmente inicio a conversa.
2	... sou reservado no contato com elas.
3	... tomo cuidado para não mostrar os meus sentimentos.
4	... elogio seu modo de fazer as coisas.
5	... fico atento ao modo como estão se sentindo.
6	... sinto-me bem comigo mesmo.
7	... observo cuidadosamente quaisquer reações que elas possam ter com o intuito de me
8	... geralmente não fico interessado em conversar.
9	... frequentemente uso expressões do tipo “tanto faz”, “você quem sabe”, “não sei”, etc.
10	... sou aberto ao contato com elas.
11	... pondero pouco antes de falar ou agir, ou ajo com pouca reflexão.
12	... procuro apresentar boas ideias (arrojadas).
13	... geralmente não observo como estão se sentindo.

14	... eventualmente preciso de ajuda para terminar certas coisas.
15	... interpreto positivamente as suas intenções.
16	... demonstro interesse em conversar.
17	... aproveito as oportunidades para convencê-las do meu ponto de vista.
18	... procuro fazer as coisas sem envolver sentimentos.
19	... minimizo expressões em relação ao que sinto.
20	... aponto suas contribuições pelo sucesso alcançado.
21	... geralmente apoio as suas ideias ou sugestões.
22	... geralmente consigo resolver as coisas sozinho.
23	... sinto dúvida sobre as suas “boas” intenções.

Durante as atividades com outras pessoas...

24	... não gosto de ficar com muita gente por perto.
25	... acho difícil começar a conversa.
26	... facilmente me sinto envolvido com elas.
27	... deixo transparecer meus sentimentos em tudo que faço ou falo.
28	... minha capacidade se sobressai.
29	... geralmente discordo das suas ideias ou sugestões.
30	... por vezes, sinto que não tenho controle dos acontecimentos.
31	... respondo sem me preocupar, falo tudo que eu sei ou penso.
32	... frequentemente participo das atividades.
33	... defendo as minhas opiniões.
34	... ajo de maneira formal, avaliando.
35	... esforço-me para achar as palavras certas para expressar meus pensamentos.
36	... geralmente aceito suas sugestões.
37	... demonstro estar satisfeito com a situação ou tarefa.
38	... prefiro tomar decisões ou resolver problemas por mim mesmo.
39	... penso que elas interpretam mal as minhas intenções ou ações.
40	... facilmente me distraio com meus próprios pensamentos.
41	... espero que elas iniciem a conversa.
42	... sou flexível com elas.
43	... enfatizo minhas emoções conforme a situação.
44	... procuro me destacar nas atividades que realizamos.
45	... às vezes reclamo das situações ou tarefas.
46	... às vezes desconfio da minha capacidade de realizar certas coisas.
47	... olho para elas sem me preocupar com segundas intenções.

Durante as atividades com outras pessoas...

48	... gosto de causar boa impressão.
49	... ofereço sugestões conforme as minhas preferências.
50	... sempre corrijo quando elas falham em minha companhia.
51	... acho difícil explicar como me sinto sobre certas coisas.
52	... evito fazer qualquer indicação de desaprovação ou crítica.
53	... rapidamente colaboro com suas propostas.
54	... acredito na minha capacidade para resolver as coisas.
55	... sinto dificuldade em esquecer ações que me prejudicaram.
56	... constantemente me sinto desconfortável em sua companhia.
57	... costumo voltar atrás para evitar discussões.
58	... às vezes, deixo as regras de lado quando tenho de corrigir suas faltas.
59	... mudo para novas atividades sem muito planejamento.

60	... menciono minhas contribuições para as coisas que fizemos juntos.
61	... argumento contra as ideias ou sugestões das quais discordo.
62	... gosto de consultá-las inclusive para pequenos problemas.
63	... acredito no que elas falam.
64	... faço de tudo para segurar ainda mais sua companhia.
65	... defendo fortemente a minha maneira de fazer as coisas.
66	... sou exigente com elas.
67	... avalio com cuidado antes de falar ou agir.
68	... ajudo-as a se destacarem nas atividades que realizamos.
69	... estou sempre atento e pronto para ajudar.
70	... expresso as minhas opiniões de forma confiante e segura.
71	... evito falar muito sobre as coisas que estou fazendo.
72	... demoro a procurar conversa ou a responder.

Durante as atividades com outras pessoas...

73	... facilmente concordo com as opiniões delas.
74	... ajo de maneira informal, sem fazer avaliações.
75	... ajo seguindo meus instintos sobre os acontecimentos.
76	... aprendo as boas ideias delas para usar depois.
77	... não gosto das situações onde tenho de ficar disponível.
78	... ocasionalmente me sinto inseguro.
79	... demonstro confiança nas suas boas intenções.
80	... gosto de estar na companhia delas.
81	... em uma conversa faço valer os meus pontos de vista.
82	... simplesmente aplico as regras quando tenho de corrigir algum erro.
83	... penso com muito cuidado antes de tomar decisões.
84	... realço as suas contribuições, mesmo que isso diminua as minhas.
85	... sempre considero suas opiniões sobre as coisas.
86	... demonstro confiança no meu futuro.
87	... geralmente desconfio das perguntas sobre minha vida.
88	... de vez em quando me sinto indiferente à elas.
89	... evito discussões sobre opiniões ou ideias a respeito do que fazer.
90	... às vezes deixo passar alguma falha delas.
91	... frequentemente mudo para novas ações ou atividades.
92	... sou mais caprichoso do que elas.
93	... às vezes deixo suas opiniões de lado.
94	... facilmente peço ajuda ou conselhos.
95	... sou compreensivo com ações que me causaram sofrimento.
96	... continuamente procuro ficar em contato com elas.

9.4 ANEXO 05: QSDS - CCEB – BIS 11 - Questionário Sócio-Demográfico e de

Saúde - Critério de Classificação Econômica Brasileira - *Barratt impulsiveness scale*

- Qual é seu sexo?
Masculino () Feminino ()
- Qual é seu estado civil?
() Solteiro (a)
() Casado(a) / Morando junto com outra pessoa
() Viúvo(a)
() Divorciado(a) / Separado (a)
- Qual sua ocupação atual?
() Trabalhando / Do lar
() Desempregado
() Aposentado / Afastado
() Estudante
- Qual é sua maior qualificação acadêmica?
() Ensino Fundamental Incompleto / Completo
() Ensino Médio Incompleto / Completo / Técnico
() Ensino Superior Incompleto
() Ensino Superior Completo
() Pós-Graduação
- Tem dores de cabeça frequentes?
() não () sim
- Tem falta de apetite?
() não () sim
- Dorme mal?
() não () sim
- Assusta-se com facilidade?
() não () sim
- Tem tremores na mão?
() não () sim
- Sente-se nervoso(a),tenso(a) ou preocupado(a)?
() não () sim
- Tem má digestão?
() não () sim
- Tem dificuldade de pensar com clareza?
() não () sim
- Tem se sentido triste ultimamente?
() não () sim
- Tem chorado mais do que de costume?
() não () sim
- Encontra dificuldades para realizar c/ satisfação suas atividades diárias?
() não () sim
- Tem dificuldades para tomar decisões?
() não () sim
- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?
() não () sim
- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?
() não () sim
- Tem perdido o interesse pelas coisas?**
() não () sim
- Você se sente uma pessoa inútil, sem valor?
() não () sim
- Tem tido a ideia de acabar com a vida?
() não () sim
- Sente-se cansado(a) o tempo todo?
() não () sim
- Tem sensações desagradáveis no estômago?
() não () sim
- Você se cansa com facilidade?
() não () sim
- Você fuma?
() não () sim
- Em caso afirmativo:**
Você se sente motivado a deixar o fumo nos próximos seis meses?
() não () sim

Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?

0 - () dentro de 5 minutos

2 - () entre 6 e 30 minutos

3 - () entre 31 e 60 minutos

4 - () após 60 minutos

Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca etc.)?

() não () sim

Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

0 - () o primeiro da manhã 2 - () os outros

Quantos cigarros você fuma por dia?

0 () 10 ou menos 2 - () 21 a 30

1 () 11 a 20 3 - () 31 ou mais

Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

() não () sim

Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

() não () sim

Você bebe?

() não () sim

Em caso afirmativo:

Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

() não () sim

As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?

() não () sim

Você se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?

() não () sim

Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

() não () sim

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL (CCEB)

“Apenas para fins de classificação sócio-econômica, quantos itens dos abaixo relacionados existem em sua casa?”

Posse de Itens

Itens					
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregado mensalista					
Máquina de lavar roupa					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

Grau de instrução do chefe da família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª série fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até a 4ª série fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A1	42 –

	46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Fonte: ABEP, 2010

Avaliação Pessoal - BIS 11

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações.

Esto é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada

afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo

em cada afirmação. Responda rápida e honestamente.

	raramente ou nunca	de vez em quando	Com frequência	quase sempre/ sempre
Eu planejo tarefas cuidadosamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu faço coisas sem pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tomo decisões rapidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu não presto atenção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho pensamentos que se atropelam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu planejo viagens com bastante antecedência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho autocontrole.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me concentro facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu economizo (poupo) regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Eu penso nas coisas com cuidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu falo coisas sem pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gosto de pensar em problemas complexos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu troco de emprego.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu ajo por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu ajo no “calor” do momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu mantenho a linha de raciocínio (“não perco o fio da meada”)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu troco de casa (residência).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu compro coisas por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu troco de interesses e passatempos (“hobby”).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ao mesmo tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gosto de jogos e desafios mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu me preparo para o futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10- APÊNDICE

10.1-APÊNDICE 01: Parecer favorável do Comitê de ética e Pesquisa.

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: SÍNDROME DE BURNOUT E INTE AÇÕES INTERPESSOAIS EM ODONTÓLOGOS

Pesquisador: Marco Antonio Simonassi Damasceno

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21736413.6.0000.5083

Submetido em: 20/09/2013

Instituição Proponente: Campus Catalão





Situação: Aprovado

Localização atual do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Parecer Consubstanciado do CEP	A	 PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_446709.pdf	05/11/2013 11:55:23
Interface REBEC	A	 PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	19/10/2013 12:07:53
Informações Básicas do Projeto	A	 PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_217364.pdf	20/09/2013 17:01:46
Outros	A	 digitalizar0003.pdf	20/09/2013 16:59:16

»
Listar Todos

Tramitação:

CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer	Informações
Universidade Federal de Goiás – UFG	Submetido para avaliação do CEP	13/09/2013		
Universidade Federal de Goiás – UFG	Rejeição do PP	17/09/2013		Prezado pesquisador, este protocolo de pesquisa es... Ver mais>>
Universidade Federal de Goiás – UFG	Submetido para avaliação do CEP	20/09/2013		
Universidade Federal de Goiás – UFG	Aceitação do PP	23/09/2013		
Universidade Federal de Goiás – UFG	Parecer liberado	05/11/2013	Enviar relatórios parcial e final	

10.2- APÊNDICE 02: Autorização para aplicação de questionários em graduandos do Centro Universitário do Triângulo.

Uberlândia, ___/___/_____.

Prezado Coordenador de graduação do curso de odontologia do Centro Universitário do Triângulo UNITRI-Udia, Prof. Dr. Caio Lucio Marinho Correa.

O mestrando Marco A. S. Damasceno está desenvolvendo pesquisa intitulada “Síndrome de *Burnout* em odontólogos”. Faz parte dos dados a apreciar-se informações colhidas junto a graduandos do curso de odontologia a propósito de constituírem grupo controle.

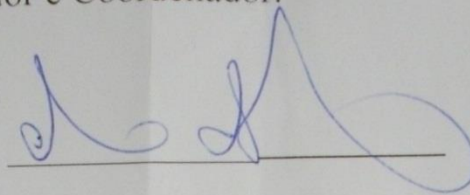
O referido trabalho visa estudar a mencionada síndrome a fim de propor condutas terapêuticas e preventivas para a mesma além de verificar a incidência desta e momento em que a Síndrome de *Burnout* (SB) é desencadeada.

Para tanto e contando com Vossa prestimosa colaboração, vem este mestrando solicitar autorização para coleta de dados dos graduandos de odontologia deste Centro Universitário.

A coleta caso autorizada se dará da seguinte forma. O pesquisador com a anuência do professor fará uma pequena exposição do motivo e conteúdo da pesquisa em sala de aula, em seguida oferecerá a um grupo não superior a 70 alunos questionários a serem auto-respondidos posteriormente e fora do turno escolar. Estes questionários são testados e validados para que não ofereçam qualquer risco, exposição ou constrangimento aos respondentes. Em data pré-agendada o pesquisador retornará a este Centro Universitário para recolher os questionários em envelopes lacrados e sem identificação dos respondentes.

Com este trabalho esperamos contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos futuros odontólogos detectando precocemente a SB ou seus predisponentes desencadeantes.

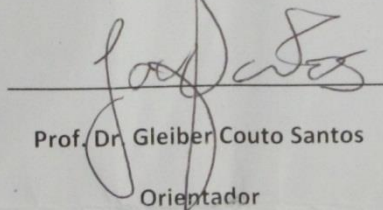
Contamos com Vossa prestimosa colaboração. Subscrevem-se Aluno, Orientador e Coordenador.



Marco A. S. Damasceno

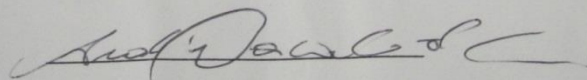
Odont-CROMG 19782

Esp. Ortodontia / Esp. Implantodontia



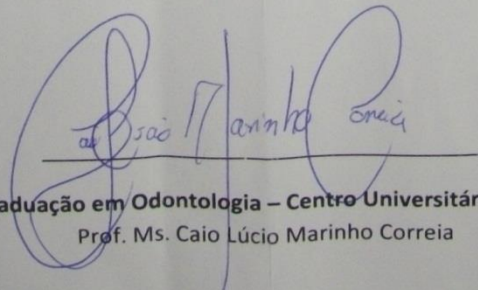
Prof. Dr. Gleiber Couto Santos

Orientador



Prof. Dr. André Vasconcelos-Silva

Coordenador do Mestrado em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás- CAC



Coordenador de graduação em Odontologia – Centro Universitário do Triângulo - UNITRI

Prof. Ms. Caio Lúcio Marinho Correia