

Estevam Vaz de Lima

BURNOUT

A
DOENÇA
QUE
NÃO
EXISTE

Appris
editora

BURNOUT
A DOENÇA QUE NÃO EXISTE

Editora Appris Ltda.

1.ª Edição - Copyright© 2021 dos autores

Direitos de Edição Reservados à Editora Appris Ltda.

Nenhuma parte desta obra poderá ser utilizada indevidamente, sem estar de acordo com a Lei nº 9.610/98. Se incorreções forem encontradas, serão de exclusiva responsabilidade de seus organizadores. Foi realizado o Depósito Legal na Fundação Biblioteca Nacional, de acordo com as Leis nos 10.994, de 14/12/2004, e 12.192, de 14/01/2010.

Catálogo na Fonte

Elaborado por: Josefina A. S. Guedes

Bibliotecária CRB 9/870

L732b Lima, Estevam Vaz de
2021 Burnout : a doença que não existe / Estevam Vaz de Lima. - 1. ed.
- Curitiba : Appris, 2021.
159 p. ; 23 cm. – (Multidisciplinaridade em saúde e humanidades).
Inclui bibliografias
ISBN 978-85-473-3670-7
1. Burnout (Psicologia). 2. Semiologia (Medicina). I. Título. II. Série.

CDD – 616.047

Livro de acordo com a normalização técnica da ABNT.

Editora e Livraria Appris Ltda.
Av. Manoel Ribas, 2265 – Mercês
Curitiba/PR – CEP: 80810-002
Tel: (41) 3156-4731 | (41) 3030-4570
<http://www.editoraappris.com.br/>

Appris
Editora

Estevam Vaz de Lima

BURNOUT
A DOENÇA QUE NÃO EXISTE

Appris
editora

FICHA TÉCNICA

EDITORIAL	Augusto V. de A. Coelho Marli Caetano Sara C. de Andrade Coelho
COMITÊ EDITORIAL	Andréa Barbosa Gouveia - UFPR Edmeire C. Pereira - UFPR Ireneide da Silva - UFC Jacques de Lima Ferreira - UP Marilda Aparecida Behrens - PUCPR
EDITORAÇÃO	Rebeca Nicodemo Candido
ASSESSORIA EDITORIAL	Natalia Lotz Mendes
DIAGRAMAÇÃO	Bruno Ferreira Nascimento
CAPA	Sheila Alves
REVISÃO	Stephanie Ferreira Lima
GERÊNCIA DE FINANÇAS	Selma Maria Fernandes do Valle
COMUNICAÇÃO	Carlos Eduardo Pereira Débora Nazário Karla Pipolo Olegário
LIVRARIAS E EVENTOS	Estevão Misael
CONVERSÃO PARA E-PUB	Carlos Eduardo H. Pereira

COMITÊ CIENTÍFICO DA COLEÇÃO MULTIDISCIPLINARIDADES EM SAÚDE E HUMANIDADES

DIREÇÃO CIENTÍFICA **Dra. Doutora Márcia Gonçalves - UNITAU**

CONSULTORES

Lilian Dias Bernardo – IFRJ

Taiuani Marquine Raymundo - UFPR

Janaína Dória Líbano Soares - IFRJ

Rubens Reimao – USP

Edson Marques – Unioeste

Maria Cristina Marcucci Ribeiro – UNIAN-SP

Maria Helena Zamora – PUC-Rio

Aidecivaldo Fernandes de Jesus – FEPI

Zaida Aurora Geraldes – FAMERP

*Para Matias e Julio, meus netinhos,
e Clara e Diana, minha netinhas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todos que contribuíram com meu trabalho e cuja colaboração certamente fez com que o texto resultasse muito melhor do que o seria sem sua participação:

Altino dos Santos Magalhães Junior, estimado colega, médico especialista em Medicina do Trabalho, analista judiciário e membro do quadro de Peritos Médicos Oficiais do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região, pelo estímulo, leitura e sugestões.

Célia Torrens Wünsch, querida colega, infectologista, médica da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do HC da FMUSP, médica do Tribunal Regional do Trabalho da 2ª Região, pela leitura minuciosa, críticas e sugestões.

Dartiu Xavier da Silveira, médico psiquiatra, analista junguiano, professor livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina), meu querido amigo e colega de turma, pela apresentação do Prefácio.

Edilson Ribeiro, querido amigo e jornalista, pelas leituras iniciais e sugestões quanto à estrutura do texto.

José Renato das Graças Amaral, clínico e geriatra, meu prezado colega, médico assistente do Serviço de Geriatria do HC da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pela leitura, sugestões e paciência na extensa troca de mensagens sobre o assunto.

Flávio Fernandes Fontes, psicólogo, professor da UFRN, pela troca de ideias e pela inestimável, extensa e generosa contribuição com todo o material bibliográfico de sua refinada tese (vide bibliografia). A relevância dos estudos de Flávio se reflete na citação de suas ideias em recente artigo da *The New Yorker*, de autoria de Jill Lepore, professora de História em Harvard e articulista dessa revista.¹

Philippe Blankert, psicólogo organizacional, diretor da Stichting Burnout (Fundação Burnout), que, apesar da divergência em nossas concepções, generosamente contribuiu com informações sobre a legislação holandesa e a condição do burnout na Holanda.

Raoul Freitas Vale Germano, médico, pesquisador do Laboratory of Neurovascular Signaling do Neuroscience Institute — Université Libre de Bruxelles, Bélgica, por informações adicionais sobre a legislação holandesa em questões de saúde.

Tania Zalcberg, querida amiga, psicóloga, psicanalista e tradutora de boa parte das publicações sobre Psicanálise no Brasil, pela leitura, sugestões e críticas.

De minha parte, poderia sugerir que entre a Terra e Marte há um bule de chá de porcelana girando em torno do Sol em uma órbita elíptica, e ninguém seria capaz de refutar minha asserção, pois eu teria o cuidado de acrescentar que o bule de chá é pequeno demais para ser observado mesmo pelos nossos telescópios mais poderosos. Mas, se eu dissesse que, como minha asserção não pode ser refutada, seria uma presunção intolerável da razão humana duvidar dela, com razão pensariam que o que estou dizendo é uma tolice. Entretanto, se a existência de tal bule de chá fosse afirmada em livros antigos, ensinada como a verdade sagrada todo domingo e instilada nas mentes das crianças na escola, a hesitação em crer em sua existência seria sinal de excentricidade e levaria o cético, numa época esclarecida, às atenções de um psiquiatra, ou às atenções de um inquisidor, numa época passada.

(Russell, B., 1952)

Bertrand Russell e seu “bule de chá celestial”.

PREFÁCIO

Estevam Vaz de Lima convida-nos à reflexão sobre um tema extremamente pertinente na atualidade: *Burnout: a doença que não existe*. O título, já provocativo em si, traz a essência do questionamento sobre a existência de uma das diversas doenças “fabricadas” atualmente disponíveis no mercado.

Somente para se ter uma ideia da importância desse tipo de questionamento, o Diagnostic and Statistical Manual (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana abrangia 106 doenças ou transtornos mentais na sua primeira versão de 1952. A terceira versão, lançada em 1980, passou a abranger 265 transtornos e a quinta versão, de 2013, passou a contemplar nada menos do que 355 transtornos mentais! Muito tem sido debatido sobre o que aconteceu com esse sistema classificatório de transtornos mentais. Ainda que possam ter sido descritas novas doenças em decorrência do desenvolvimento da ciência, muitos se debruçam sobre o que parece ter sido um manual acrescido de muitas doenças “inventadas”.

Allen Frances, da Duke University, um dos colaboradores de versões anteriores desse manual, escreve em seu texto “Saving Normal: An Insider’s Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life” (em tradução literal: “Salvando o Normal: a Revolta de um *insider* contra o Diagnóstico Psiquiátrico Fora de Controle, DSM-5, as Grandes Farmacêuticas e a Medicalização da Vida Comum”):

Tomem pelo menos tanto cuidado na “compra” de um diagnóstico como quando vocês compram uma casa ou um carro. Tornem-se consumidores plenamente informados, conhecedores o suficiente para desafiar os médicos que fazem diagnósticos rápidos ou questionáveis. Nunca aceitem um diagnóstico ou tomem comprimidos que tenham sido prescritos após uma avaliação rápida. Estejam sempre preparados para fazer muitas perguntas e esperar respostas de senso comum. Se vocês não se convencerem, procurem uma segunda opinião. (Frances, 2014).

E, enfaticamente, salienta:

A publicação do DSM-5 é um momento triste para a psiquiatria e um risco para os pacientes.

Minha recomendação aos médicos é simples: Não usem o DSM-5.

Meu conselho para os pacientes é mais complicado e difícil de realizar. O diagnóstico psiquiátrico pode ser um ponto de virada na sua vida, levando a grandes benefícios (se adequado), ou levar a grandes danos (se inadequado) (ibid.).

Ainda que o que se denomina burnout não tenha sido incluído na última versão do DSM nem da CID/OMS, pelo menos não enquanto entidade diagnóstica, o texto de Estevam ilustra-nos alguns dos mecanismos envolvidos na criação dessas doenças inexistentes e alguns dos riscos decorrentes de tais invenções.

Por meio de 14 tópicos abrangendo diversos aspectos dessa trajetória, somos levados a concluir que burnout tem vários elementos de uma doença fabricada.

Partindo do artigo fundador da noção de burnout (Freudenberger, 1974), Estevam destaca a informalidade do tema e a ausência de preocupações com a sistematização, descrevendo-o ora como um conceito, ora como um sentimento e, finalmente, como um risco ocupacional. Confunde vivências subjetivas do indivíduo (sintomas) com fenômenos objetivamente observáveis (sinais).

Para complicar ainda mais a questão, os estudiosos do burnout passam a condicionar o diagnóstico à utilização de questionários específicos, cujas questões se referem a três dimensões do fenômeno que poderiam ser descritas como referentes a: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Acontece que o critério para agrupamento das perguntas foi estatístico, ou seja, foram agrupadas de acordo com a frequência com que tais questões aparecem relacionadas. Mas faltou o essencial: o critério de comparação. Qual o padrão-ouro de referência que valida esses agrupamentos de perguntas que compõem o questionário? Em última análise, o que o questionário está medindo? Assim, o diagnóstico de burnout baseia-se nas respostas a um questionário cuja validade nunca foi estabelecida. Vergonhosamente, o mais importante desses questionários, usado na quase totalidade das pesquisas, não é de domínio público, somente podendo ser utilizado desde que sejam pagos direitos autorais pelo uso. Como pode o estabelecimento de um diagnóstico estar relacionado a auferir lucro? Se o conhecimento científico é patrimônio da humanidade, a prerrogativa de um instrumento diagnóstico pago e não disponível para os meios científicos coloca o conceito de burnout onde ele deveria realmente estar: uma doença fabricada com provável intenção de se tornar um negócio lucrativo.

Indo mais além, o fenômeno de burnout confunde-se com diversos transtornos mentais. Isso se dá porque se baseia em perguntas que utilizam conceitos distorcidos da Psicopatologia. Interpretam erroneamente os conceitos básicos sobre os quais se fundamenta a ciência que sistematizou a investigação

dos fenômenos psíquicos. Essa fenomenologia psiquiátrica fornece-nos os elementos semiológicos para o diagnóstico adequado de um transtorno mental. Os próprios autores dos questionários sobre burnout reconhecem que não existem sintomas específicos, posto que abrange mais de 130 sintomas diferentes (!) (Schaufeli & Enzmann, 1998). Diante de tal inespecificidade dos sintomas, é inevitável que burnout seja confundido com mais de duas dezenas de diagnósticos psiquiátricos.

Surge ainda um problema tautológico ao constatarmos que o diagnóstico de burnout se baseia nas respostas a um questionário desenvolvido indutivamente pela análise fatorial de um conjunto de perguntas arbitrariamente agrupadas. Pode-se questionar inclusive que, caso as perguntas originárias fossem outras, esse procedimento estatístico poderia ter originado outro questionário, diferente deste, que também chegaria ao mesmo diagnóstico de burnout!?

Os questionários são instrumentos que teriam supostamente a capacidade de aferir a existência de um determinado construto (um padrão de comportamento, um tipo de personalidade ou uma condição clínica específica). Para serem considerados adequados, esses questionários terão que passar por estudos de verificação de sua validade, havendo diversos tipos de estudos de validação de um instrumento:

Validade preditiva é o grau em que uma medida é capaz de prever um resultado de forma bem sucedida. Por exemplo, a validade de se classificar os homens em padrões de comportamento do tipo A ou B depende do quanto essa classificação é capaz de prever o aparecimento futuro de doença coronariana (Shekelle et al., 1985).

Validade de critério (ou convergente) é o grau com que uma determinada medida é capaz de se aproximar de outras medidas padronizadas daquele mesmo construto. Assim, respostas de um indivíduo a respeito de estresse serão válidas se houver concordância com respostas de seus familiares, com um diagnóstico psiquiátrico, ou com a dosagem de catecolaminas na urina.

Validade de face (ou de conteúdo) refere-se a um julgamento subjetivo a respeito daquele questionário fazer sentido e de parecer uma abordagem razoável da questão que está sendo examinada. Exemplificando, medidas de qualidade de vida são importantes em várias pesquisas, mas envolvem alto grau de subjetividade. Como consequência, sua validade vai depender do senso

comum e do quanto elas representam construtos amplamente aceitáveis pela maioria dos pesquisadores (Hulley & Cummings, 1988).

Ainda que os questionários para aferir burnout não tenham mostrado capacidade preditiva, nem possam ser comparados com outro padrão de referência (no qual um diagnóstico psiquiátrico de burnout, caso existisse, seria o padrão-ouro), eles ainda poderiam ser de alguma utilidade se demonstrassem apresentar razoável validade de face. Infelizmente, não é o caso, já que não existe um senso comum que reconheça sua validade, além de não medirem construtos aceitáveis pela maioria dos profissionais da área de saúde mental, como nos deixou claro Estevam neste texto.

Prof. Dr. Dartiu Xavier da Silveira Filho

*Médico psiquiatra, analista junguiano,
Professor livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina)*

REFERÊNCIAS

- Frances, A. (2014). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York William Morrow & Company Ed.
- Freudenberger, HJ. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice – a critical analysis*. London: Taylor and Frances Ltd.
- Hulley S. B., & Cummings S. R. (1988). *“Designing Clinical Research”*. Baltimore, MD, USA: Williams & Wilkins. ISBN 0-683-04249-1.
- Shekelle R. B., Hulley S. B., & Neaton J. D. et al. (1985). The MRFIT Behavior Pattern Study: Type A behavior and the incidence of coronary artery disease. *American Journal of Epidemiology*, 122, 559-570.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Antes de mais nada... 19

Nova doença? 19

Estado de confusão 20

Finalmente... 21

CAPÍTULO 1

Então... Deu um burnout, não deu?!?! 22

CAPÍTULO 2

Como tudo começou... (Um pouco de história) 26

Freudenberger 27

O burnout de Freudenberger - o artigo de 1974 29

Burnout, doença somente para gente extraordinária 31

Multiplicidade etiológica 32

CAPÍTULO 3

O burnout de Maslach.

Nota introdutória: o controle da discussão de burnout via alegação de reserva de direitos autorais. 38

Maslach e o MBI – Maslach Burnout Inventory 42

(Um pouco de história) 42

Schaufeli 44

Como o MBI funciona 45

Exaustão emocional 46

Problemas 47

Diagnósticos psiquiátricos que podem ser identificados como burnout no MBI em EE 51

Despersonalização 53

Problemas 54

Diagnósticos psiquiátricos que podem ser identificados como burnout no MBI em DE 55

Realização Profissional 58

Diagnósticos psiquiátricos que podem ser identificados como burnout no MBI em RP 59

Cada variável do tripé faria, por si só, o “diagnóstico” de burnout 60

O MBI pode “diagnosticar” como burnout transtornos psiquiátricos sem relação com o trabalho 62

Todo mundo sofre de burnout! 63

Maslach: burnout não é uma doença. Maslach: burnout é uma doença 65

(“Soluções” intempestivas para o problema do diagnóstico psiquiátrico de burnout) 65

Maslach: a conveniência de aderir ao burnout 68

CAPÍTULO 4

Síndrome. Com 140 sintomas?? 70

CAPÍTULO 5

Tautologia e circularidade nas pesquisas em burnout 74

CAPÍTULO 6

Questionamento do MBI pelos autores do Copenhagen Burnout Inventory 78

CAPÍTULO 7

Mais problemas... Critérios diagnósticos... 84

Qualidade metodológica e nível de cientificidade 86

Problemas Estatístico-Epidemiológicos 88

Ainda a questão da etiologia e da “miríade de definições” 89

A definição operacional de Schaufeli e Enzmann 92

Burnout & Neurastenia 94

Uso singular e distorcido de conceitos da Psicopatologia 96

Burnout e iatrogenia 99

CAPÍTULO 8

Burnout na Suécia e na Holanda 102

Passaporte falso para a Suécia 103

Burnout na Holanda – multiplicidade de diretrizes, informalidade e confusão teórica 107

CAPÍTULO 9

E o assédio moral? 112

CAPÍTULO 10

Burnout na CID 10 116

Ainda sobre a ausência de burnout nas classificações diagnósticas da OMS e DSMs 120

Notícia equivocada 121

A crítica de Schaufeli 122

CAPÍTULO 11

MBI, dinheiro, ciência, direitos autorais... 124

CAPÍTULO 12

Adaptando o burnout 126

Agora pode? 127

Depende de quem está falando... 128

CAPÍTULO 13

Voltando à prosa no avião 130

CAPÍTULO 14

Para Finalizar 134

REFERÊNCIAS 136

APÊNDICE 144

1. Sobre a avaliação pericial de burnout 145

2. Burnout no judiciário 146

3. Burnout na mídia 149

4. Não é a primeira vez que isso acontece na Psiquiatria 151

**5. Descrição da síndrome da fadiga (CID F43.8.A) na Suécia
e critérios para afastamento médico 156**

6. Conceito de Transtornos de Adaptação da OMS/CID10 158

INTRODUÇÃO

Antes de mais nada...

Antes de mais nada, preciso deixar claro que *não estou questionando que indivíduos adoçam sob determinadas condições de trabalho*. Lido todos os dias com o crescente problema dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRTs) e com pessoas que sucumbem a disfuncionalidades, agressões, desmandos, autoritarismos, descasos, desqualificações, indiferença, frieza, grosserias etc., de toda ordem e espécie, gerando diferentes formas de transtornos psíquicos e seus respectivos diagnósticos.

Portanto, ao questionar o burnout, *não estou colocando em dúvida o sofrimento alheio* ou que pessoas que tenham recebido esse “diagnóstico” não estejam sofrendo, eventualmente de forma extrema. Os problemas são outros, e muitos...

Nova doença?

Burnout tem sido descrito, em termos gerais, como resultado da dedicação intensa a um determinado projeto, a frustração em alcançar os objetivos propostos e um consequente estado de esgotamento que se abate sobre o indivíduo. Segundo o criador da noção, “O *burned out* é uma pessoa que está num estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, modo de vida ou um relacionamento que não correspondeu às expectativas” (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 13).

Tomei contato pela primeira vez com a noção há muitos anos, quando chegou às minhas mãos, por meio de uma paciente, sócia de uma empresa de eventos da área de negócios e legislação, um CD no qual aparecia “burnout” como um dos temas de simpósio que havia organizado. Lembro-me que me ocorreram algumas dúvidas — um termo em inglês, uns sintomas que tangiam a minha especialidade, uma condição, enfim, da qual nunca tinha ouvido falar, sugerindo um tema de Psicologia Organizacional que nada tinha a ver com Medicina.

Posteriormente, entretanto, burnout ou “o burnout” começou a aparecer mais e mais à minha frente como uma *doença* ou *síndrome*, decorrente de determinadas características individuais em sua interação com o trabalho. Não há, atualmente, curso, seminário ou palestra acerca de *transtornos mentais relacionados ao trabalho* (TMRTs) em que burnout não apareça em profusão

como uma *doença*, além de milhares de pesquisas, artigos, livros, blogs e publicações na imprensa leiga.

Na literatura encontramos afirmações alarmantes, como: “Em estudo de equipe pertencente à OMS, considerou-se o *burnout* como uma das principais doenças dos europeus e americanos, ao lado do diabetes e das doenças cardiovasculares.” (Trigo, 2007, p. 5).

Herbert Freudenberger foi o grande divulgador inicial da noção de burnout, que se naturalizou na linguagem de leigos e profissionais. Posteriormente, Christina Maslach desenvolveu o MBI — Maslach Burnout Inventory, um questionário usado em mais de 90% das pesquisas atuais e baseado em ferramentas estatísticas. Burnout passou a ser considerado doença e ganhou um status arraigado no ideário de muita gente, a ponto de seu questionamento causar surpresa, como se se tratasse de algo *óbvio e indiscutível*.

Entretanto, na contramão da obviedade, trata-se de uma noção surpreendentemente insustentável enquanto entidade clínica. Há dezenas de argumentos que evidenciam a inconsistência dessa noção como doença, enfermidade, moléstia, patologia ou síndrome, conforme terminologia usada pelos autores da área. Se burnout é uma doença, é preciso descrevê-la e identificá-la em termos de Semiologia Médica; ou seja: *é preciso dispor de um conjunto de sinais e sintomas que possibilite estabelecer um diagnóstico de forma clara e segura e realizar diagnósticos diferenciais com outras doenças ou síndromes*. É absolutamente impossível no caso do burnout. É disso que trataremos neste livro.

Estado de confusão

Uma das dificuldades para elaborar o estudo crítico que apresento foi *organizar o grande número de fragilidades, inconsistências, contradições e mesmo absurdos envolvendo a alegada enfermidade*, de tal modo que a melhor analogia que me ocorre é com um grande emaranhado: você vê o emaranhado cheio de nós, mas não é possível perceber como se entrelaçam. Alguns problemas conduzem a mais problemas, e assim por diante, evidenciando o *estado de confusão* com que nos deparamos numa investigação abrangente. Paradoxalmente, é essa condição que mantém a noção viva. Essa opinião aparece em outros autores, como Heinemann e Heinemann: “as pesquisas atuais

reproduzem acriticamente a noção confusa de burnout de novo e de novo e, ao fazê-lo, apenas a reforça.” (Heinemann & Heinemann, 2017, p. 9).

Assim, o “status epistemológico” ou “condição científica” do burnout é o desse *estado de confusão* a que me refiro e que torna muito difícil, senão impossível, abordar todos os problemas envolvidos. Este livro é uma tentativa de tratar de alguns deles.

Finalmente...

O texto que apresento é uma análise crítica e decorre de vários anos de pesquisa e reflexões. Procuro usar linguagem clara e acessível, porém sem deixar de amparar meus argumentos em conceitos consolidados e bibliografia disponível, quando a terminologia poderá se tornar um pouco mais especializada. Recorro a alguns conceitos da Medicina e da Psiquiatria que procuro esclarecer em notas auxiliares para facilitar a leitura para aqueles que não tenham familiaridade com a questão dos transtornos mentais e com os assuntos pertinentes a este campo. Aos profissionais da área, peço uma leitura crítica dos argumentos que apresento e que os confrontem com aquilo que pensam sobre burnout.

CAPÍTULO 1

Então... Deu um burnout, não deu?!?!

A breve e pitoresca história que relato a seguir acabou parecendo um golpe de sorte para começar a falar sobre burnout, pois ensejou uma curiosa ponte entre uma conversa informal com duas pessoas nos dias atuais e afirmações feitas 30 anos antes por Herbert Freudenberger, considerado o criador da noção.

Assim, estava eu num voo, revendo umas anotações sobre *burnout* e acabei entabulando prosa com dois rapazes dos assentos ao lado. Ditas umas coisas e outras, um deles, vendo as anotações, perguntou-me o que eu fazia. Respondi que sou psiquiatra, ao que ele acrescentou:

— Ah, que legal!... E você estuda o burnout?

— Estudo, sim...

— E aí, o que me diz do burnout?

— Não existe...

E ele, obviamente, muito surpreso:

— Como assim, não existe?!?!

— É... como *uma doença*, como *uma entidade clínica*, não se sustenta, não existe não...

Um tanto incrédulo, resolveu dar um exemplo:

— Mas olha só... Nós temos um amigo que é muito tímido, muito tímido mesmo, muito calado e retraído... Um dia ele foi numa festa, tomou droga e surtou... Ele começou a ouvir vozes e a achar que estavam perseguindo ele... Teve que ir no psiquiatra e precisou tomar remédio... A vida dele virou uma confusão, ele teve que parar de trabalhar por três meses. *Então... deu um burnout, não deu??*

— Não deu não... — respondo.

— Ué, o que é que deu então???

— Parece que “deu” psicose aguda induzida por drogas... — digo, num tom brincalhão.

A prosa continuou, comentei que, em minha opinião, o termo pode ser usado assim, informalmente, mas que *não existe uma entidade clínica* que se possa chamar de burnout e a viagem prosseguiu...

Exatos 30 anos antes, Freudenberger, o criador da noção nos anos 60, dizia o seguinte:

A rapidez com que o termo e o conceito de burnout foram incorporados como gíria no cotidiano da nossa sociedade é surpreendente. Nos últimos cinco a oito anos,

burnout tornou-se uma palavra da moda usada para se referir a um grande número de problemas pessoais e sociais.² (Freudenberger, 1989, p. 1, tradução nossa).

E, ainda, no mesmo artigo “Precisamos ter cuidado para não atribuir tantos conceitos ao burnout de tal modo que ele se torne sem sentido”³ (Freudenberger, 1989, p. 3, tradução nossa).

CAPÍTULO 2

Como tudo começou...
(Um pouco de história)

Freudenberger

O termo “burnout” era uma gíria usada nos anos 60 por consumidores pesados de drogas para se referir ao estado extremo a que alguns chegavam. Passou a ser usada espontaneamente nas *free clinics* americanas pelos próprios voluntários para se referir à experiência de alguns deles, que sucumbiam às condições de trabalho e às exigências da clientela. As *free clinics* eram entidades que prestavam assistência a usuários de drogas e pessoas marginalizadas e desassistidas e que apresentavam, além dos problemas com drogas, doenças venéreas, abscessos e problemas médicos gerais, conforme relato de Freudenberger no artigo “Free Clinic: what they are and how do you start one” (Freudenberger, 1971). Freudenberger provinha de uma família judia de Frankfurt. Teve uma infância idílica no campo até a ascensão do nazismo, quando, aos 12 anos, seu mundo ruiu, passou por experiências dramáticas, envolvendo medo, risco de vida, fuga e convivência com estranhos. Conseguiu emigrar para os EUA, formou-se em Psicologia pela NYU, dedicou-se à formação como psicanalista e foi analisando de Theodor Reik. Teve papel muito importante no desenvolvimento do movimento “free clinic” e seu trabalho e dedicação foram reconhecidos por meio de vários prêmios que recebeu ao longo da vida (Freudenberger, 1993). O próprio Freudenberger parece reconhecer que o sofrimento vivido na infância foi fonte inspiradora de suas preocupações humanitárias: “eu queria fazer algo para ajudá-los; talvez porque tenha sido uma criança na Alemanha nazista que sobreviveu só por milagre e devido a uma rede de apoio que incluía muitos estranhos.” (Freudenberger & Richelson, 1980, p. XVIII).

Schaufeli, Leiter e Maslach, três dos mais importantes autores da área, assim relatam o período inicial do burnout, em “Burnout: 35 anos de pesquisa e prática”:

O sucesso da metáfora do burnout reflete as origens do conceito no discurso geral. As pessoas usavam o termo para descrever um determinado tipo de experiência antes que a psicologia científica o identificasse como um fenômeno digno de estudo. Freudenberger (1974) emprestou o termo da cena das drogas ilícitas, onde, de forma coloquial, se referia ao efeito devastador do abuso crônico de drogas. Usou o termo para descrever o desgaste emocional gradual, a perda da motivação e comprometimento reduzido entre os voluntários da St. Marc Free Clinic no East Village de Nova York, que ele observou como psiquiatra⁴ consultor. Tais free clinics para viciados em drogas e pessoas desabrigadas cresceram a partir do movimento *anti-*

establishment. Não de menor importância, o próprio Freudenberger foi vítima de burnout duas vezes, o que aumentou sua credibilidade na divulgação da mensagem sobre o burnout. Seus escritos sobre o assunto eram fortemente autobiográficos e seu impacto é ilustrado pelo fato de que em 1999 recebeu o Prêmio Medalha de Ouro por Realizações de uma Vida na Prática de Psicologia na Convenção da APA⁵ em Boston. (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009, p. 205).

O próprio Freudenberger não atribuiu a si mesmo ter começado a usar o termo, mas a uma criação espontânea de seu grupo de trabalho e assim escreveu nas primeiras linhas daquele que viria a ser considerado o artigo fundador do burnout: “Alguns anos atrás, alguns de nós que estávamos trabalhando intensivamente no movimento free clinic, começamos a falar de um conceito ao qual nos referíamos como burnout” (Freudenberger, 1974, p. 159).

Incorporado pela cultura à linguagem coloquial, o significado estrito em inglês pouco ou nada tem a ver com os fenômenos a que se refere — o termo “burnout” corresponde a dano irreparável, irreversível (por exemplo, fósforo usado, lâmpada queimada ou o *burnout* de um foguete que, extinto o combustível, desprende-se da nave e se torna lixo espacial).

Desde o início, o burnout teve um forte apelo como noção leiga e popular. Schaufeli e Enzmann assim comentam esse aspecto:

Tipicamente, as primeiras publicações sobre burnout eram anedóticas e apareciam em jornais, revistas e periódicos, não apenas para profissionais como professores, assistentes sociais, enfermeiros, médicos e gerentes, mas também para farmacêuticos, bombeiros e bibliotecários. Estimulado por essas publicações, o interesse público cresceu enormemente e o burnout tornou-se o assunto do momento. Ao tornar o tema ainda mais popular, a mídia de massa desempenhou um papel crucial, embora questionável. Assim, o burnout se tornou um chavão ou frase de efeito no final dos anos 70 e início dos 80. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 6).

Ao tratar do futuro da noção no final de seu livro, em capítulo intitulado “Quo Vadis?”, os mesmos autores prognosticam: “O burnout tem um forte apelo público e é provável que continue assim nos anos vindouros.” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 185).

No início, o burnout foi atribuído a duas ou três profissões que envolviam atividades assistenciais e o contato direto com pessoas, embora Freudenberger já o associasse a inúmeras situações e circunstâncias, algumas inusitadas, conforme veremos ao longo do livro. O leque se ampliou, incluindo outras profissões assistenciais, posteriormente profissões que envolviam contato com pessoas, porém não assistenciais, depois profissões em que o contato e lida com pessoas

eram mínimos e, finalmente, condições gerais da vida sem relação com o trabalho.

O burnout de Freudenberger - o artigo de 1974

Considerado o artigo fundador da noção de burnout e dada sua importância, “Staff Burn-Out” merece um exame mais detalhado.

Os textos de Freudenberger são bastante informais, sem preocupações com sistematização ou com Semiologia Médica.⁶ Há aspectos que poderiam ser considerados meros detalhes; outros, nem tanto. Nesse artigo, Freudenberger refere-se inicialmente a burnout como “*conceito*” — “começaram a falar de um conceito a que se referiam como burnout” (Freudenberger, 1974, p. 159), — em seguida como *sentimento* — “Having experienced this feeling state of burn-out myself” (ibid.) — e no final do parágrafo como “*risco ocupacional*” — “this serious occupational hazard” (ibid.).

Assim, em poucas linhas, burnout é citado ora como conceito, ora como sentimento, ora como risco ocupacional. Não é possível considerar burnout como doença e risco ocupacional ao mesmo tempo, visto que são mutuamente excludentes. O risco ocupacional diz respeito a um potencial dano à saúde do trabalhador e não ao dano em si mesmo. Há, ainda, uma evidente confusão entre vivências subjetivas dos indivíduos *burned out* (sintomas) e fenômenos objetivamente observáveis (sinais).

A seguir, Freudenberger parece estar se referindo a uma doença, acrescentando uma informação aparentemente epidemiológica ao final:

O burnout se manifesta através de muitas formas sintomáticas que variam em sintomas e gravidade de pessoa para pessoa. Geralmente ocorre cerca de um ano depois que alguém começa a trabalhar em uma instituição, porque é exatamente nesse ponto que vários fatores começam a entrar em cena. (ibid., p. 160).

Na frase seguinte, atribui o surgimento de burnout a um fator precipitador externo — a perda do carisma do líder:

Um dos principais prelúdios para o burnout parece ser a perda de carisma do líder e a frustração do pessoal da clínica com essa decepção. Este autor acredita que muitas vezes esperamos, por ter sido uma pessoa ou poucas pessoas que fundaram a clínica, que elas sejam quase superpessoas. Quando começam a nos decepcionar, nós as atacamos e o resultado, a menos que seja interrompido, traz um dano psíquico para toda a equipe. (ibid., p. 160).

A perda de carisma de um líder pode ser considerada fator etiológico para burnout? Conforme veremos adiante, Freudenberger entrevê uma considerável multiplicidade de fatores etiológicos para essa suposta doença, que incluem desde aspectos psicodinâmicos, circunstâncias objetivas da vida até as condições da sociedade americana à época.

O artigo como um todo evolui com o uso livre de terminologia especializada, com comentários, observações e percepções do autor, deixando no leitor a impressão de que se trata mais de uma livre descrição do que da proposição de um conceito ou de um esforço de sistematização do conhecimento sobre uma nova doença que se acredita ter descoberto.

A despeito da informalidade e liberalidade com que foi escrito, deve ser ponderado que se tratava dos primórdios do esforço para caracterizar uma possível doença. Veremos como esse esforço foi se desenvolvendo ao longo do tempo com o surgimento dos demais autores.

Burnout, doença somente para gente extraordinária

No livro publicado em 1980 (Freudenberger & Richelson, 1980), a abordagem do burnout é feita por meio do relato de casos, entremeada por comentários e impressões, com vieses sociológicos, psicológicos, culturais, econômicos, aconselhamentos, sugestões, valores pessoais, aspectos autobiográficos etc., deixando entrever o que se costuma chamar de “filosofia de vida”. *O texto é importante no sentido de podermos entender o perfil dos indivíduos que desenvolvem burnout, segundo o autor.*

Os “burned out” de Freudenberger são consideradas *pessoas absolutamente extraordinárias*.

Adjetivos e atributos como *carismáticos, dinâmicos, determinados, idealistas, perfeccionistas, impacientes, argutos, dedicados, comprometidos, propensos a altas aspirações, com talentos para a liderança, poderosos, intensamente focados e invencíveis, realizadores de tarefas sobre-humanas* aparecem inúmeras vezes ao longo dos textos. Parece haver aí um forte componente cultural, tipicamente norte-americano. “Carisma” e “superpessoas” (*super-people*) aparecem logo no início do artigo de 1974 (Freudenberger, 1974, p. 160). Nesse caso, ele se refere ao líder do grupo e deixa uma dúvida se seria uma referência autobiográfica ao burnout que experimentou, mas ao longo dos textos publicados, há inúmeras

passagens sobre as características extraordinárias dos candidatos a burnout, como no livro de 1980.

Vejamos:

Nem toda personalidade é suscetível ao burnout. Seria virtualmente impossível para uma pessoa de baixo desempenho atingir esse estado. Ou o indivíduo despreocupado com aspirações muito modestas. O burnout limita-se àqueles homens e mulheres dinâmicos, carismáticos, focados, ou a idealistas determinados, que querem que seus casamentos sejam os melhores, que seu desempenho no trabalho seja excepcional, que seus filhos brilhem e que sua comunidade seja a melhor. (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 20).

Em “Falsas Curas II”, assim inicia o capítulo:

Este é um bom ponto para nos determos por um instante para lembrarmos do nosso retrato composto de um candidato a burnout. Dissemos que é carismático, enérgico, impaciente, propenso a padrões elevados e que se empenha no que quer que faça com todas as suas forças, esperando ser recompensado proporcionalmente ao esforço despendido. Também dissemos que a época em que vivemos conspira contra aqueles dentre nós que têm expectativas altas. (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 103).

E ainda:

A personalidade burnout evolui com intensidade. Muitas vezes, sua vida é organizada de modo a progredir de crise em crise, pois funciona melhor sob pressão. Quando uma nova crise aparece, procura a ação. Sua adrenalina começa a fluir, seus sentidos ganham vida. Sente-se alerta, poderoso, intensamente focado e invencível. Geralmente, seus sentimentos não o desapontam. Sob condições de crise, pode trabalhar por inacreditáveis horas e realizar tarefas sobre-humanas. (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 104).

Freudenberger atribui, também, as mesmas características extraordinárias a jovens delinquentes dos quais cuidou nas *free clinics*. Devido a qualidades excepcionais, logo se tornavam chefes de gangues e desenvolviam burnout como consequência desse destino:

Alguns dos jovens que tratei tinham todos os ingredientes do nosso perfil de burnout. Eram carismáticos, com talentos de liderança, que rapidamente os levavam à chefia de gangues, mas que, sob circunstâncias diferentes, poderiam facilmente tê-los catapultado para os holofotes da política. Eram enérgicos, tinham objetivos. Infelizmente, os caminhos disponíveis para eles eram vias de mão única para o burnout e embarcaram tão cedo em suas jornadas que era geralmente impossível trazê-los de volta. (Freudenberger, 1980, p. 196).

Multiplicidade etiológica

Freudenberger entrevê, ainda, uma considerável *multiplicidade de fatores etiológicos para burnout*.

O próprio conceito que propõe abrange muitas facetas que o fenômeno poderia adquirir: “O *burned out* é uma pessoa que está num estado de fadiga ou frustração causado pela devoção a uma causa, modo de vida ou um relacionamento que não correspondeu às expectativas.” (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 13).

Freudenberger via o burnout se manifestando em inúmeras condições, situações ou associado a aspectos psicológicos dos indivíduos “*burned out*”. Entende o desenvolvimento de burnout ora a partir de fatores psicodinâmicos, ora a partir de fatores externos, não fazendo distinção entre *fenômeno* e *interpretação do fenômeno*. Exemplifica tanto um quanto outro viés por meio de diversos relatos de casos, como os que seguem.

Negação do fracasso.

Em “Negação do fracasso”, Freudenberger refere-se a um paciente chamado George: “Com George, vemos um exemplo específico do medo do fracasso e das circunstâncias que o levaram primeiro à negação e depois ao burnout” (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 74).

No item anterior do capítulo, intitulado “Pelo amor de Deus, não seja como...”, o autor relata a pressão que George sofreu da mãe para não ser como o pai, um fracassado. Ao descrever a “Negação do Fracasso”, Freudenbger faz uma crítica da sociedade moderna, na busca de fatores socioculturais e econômicos que explicariam o burnout:

[...] o fracasso é hoje um medo generalizado em nosso mundo e, em quase todos os casos, a maneira como vivemos acaba por promovê-lo. Era costume, se você estivesse passando por momentos difíceis, que alguém da família iria acolhê-lo ou, ao menos, apoiá-lo. O dono da mercearia aumentaria seu crédito. Agora nos tornamos tão divididos que nossas famílias estão frequentemente a centenas de quilômetros de distância e nossa amigável mercearia da esquina se metamorfoseou no supermercado impessoal. (ibid., p. 75).

Negação da idade

Freudenberger considera também esse mecanismo psicodinâmico como fator etiológico para burnout:

Negação da idade.

Onde quer que você vá hoje em dia, quase não pode se virar sem esbarrar em alguém que nega envelhecer. O cinquentão de braços dados com uma garota de vinte tornou-

se um clichê. O mesmo ocorre com o *lifting* facial, a elevação dos seios e a abdominoplastia. É como se todo mundo estivesse tentando ter 26 anos novamente. Bem, sejamos sinceros, ninguém gosta da perspectiva de envelhecer (exceto aqueles que, como diz o ditado, consideram a alternativa!), mas alguns de nós temos um medo tão patológico, que desenvolvemos Burn-Out numa tentativa vã de afastar os efeitos reais e antecipados do envelhecimento. [...] Quando um homem chega aos quarenta ou cinquenta anos, vê pessoas mais jovens e ambiciosas subindo na escada corporativa e entra em pânico. “Talvez”, ele pensa, “eles possam fazer mais do que eu posso”. “Talvez eles tenham pontos de vista mais novos e atualizados. Talvez eles estejam aqui para me substituir”. Começa a trabalhar mais do que quando era jovem, muitas vezes dando início a um Burn-Out ao se esforçar para além de sua capacidade. Observem que esses medos são injustificados, pelo contrário, são reflexos diretos dos valores de nossa sociedade. (ibid., p.78)

Negação do medo

Aqui, Freudenberger apresenta o caso de pessoas que foram muito oprimidas e humilhadas na infância e que adotam comportamentos de risco com o objetivo de provar que não são covardes nem “maricas” e acabam desenvolvendo burnout (ibid., p. 75).

Negação da morte

A negação da morte é outro mecanismo incluído pelo autor como mecanismo de defesa que pode produzir burnout: “Negação da morte – Muitas pessoas exageram tanto na negação da morte que esse se torna seu veículo para *burning out* a si mesmos” (ibid., p. 82).

Negação de sentimentos

Na página 67, deparamo-nos com a negação de sentimentos como fonte de burnout, ilustrada com “A história de Martha”. Martha apresentou-se para terapia com Freudenberger como uma pessoa muito fria e sem emoções. Vivia um conflito conjugal, porque o marido queria que deixasse de trabalhar para cuidar somente da vida doméstica. Em síntese, Martha apresentou burnout por ter ficado cuidando de tarefas domésticas e recuperou-se quando pôde voltar trabalhar.

Distrações

Em “Falsas Curas” (ibid., p. 98), Freudenberger considera que mesmo distrações banais também podem produzir burnout. Faz considerações detalhadas e propõe o uso de anotações para controlar o risco de burnout.

Este pode ser um bom momento para você examinar algumas de suas distrações para ver se as controla ou se elas é que estão te controlando. Pegue uma folha de papel - um bloco de tamanho ofício seria perfeito - e anote as coisas que você faz para se divertir. Liste todos eles, pareçam Falsas Curas ou não. Podem ser atividades saudáveis, como corrida, natação, tênis ou golfe. Podem ser “apenas coisas que você faz”, como fumar, roer unhas ou sonhar acordado. Comer. Ler. Assistir televisão. Filmes. Discos. Discoteca à noite. Considere todos eles. O jogo é importante, seja no time de futebol do escritório, na loteria ou nas caminhadas na pista. Bebida. Comprimidos. Maconha. Tudo o que você faz como distração, emoção ou fuga. Depois que fizer sua lista, que pode ser uma ou várias, mantenha-a à mão. Adquirir o hábito de prestar atenção ao que quer que esteja nela. Por exemplo, quando você começar a pensar em um item da lista, faça uma anotação. Mantenha o controle de quanto tempo ele ocupa sua mente. Um minuto ou quinze? Observe quantas vezes por dia ele aparece. É o mesmo sempre? Ou cada vez mais? Observe também se você está apimentando sua conversa com referências a ele (ou eles). Se estiver, mantenha a contagem da frequência. Todo esse exame pode parecer muito barulho para mudar “um pouquinho” de sua vida. Mas é muito mais fácil cortar algo quando ainda está no começo. Se você não fizer um balanço agora, sua distração pode ficar fora de controle e levá-lo a um completo burnout. (ibid., p. 99).

A sugestão de fazer anotações aparece várias vezes no texto, que ganha, com outras orientações e sugestões, matizes de autoajuda.

Burnout em adolescentes usuários de drogas

O desenvolvimento de burnout é descrito como consequência do uso precoce de drogas e da vida em bairros pobres:

No meu trabalho com abuso de drogas e em outras clínicas, conheci dezenas de jovens economicamente carentes que estavam em estágios avançados de burnout antes de terem saído da adolescência. Minha experiência ensinou que, embora, na superfície, a parte de alto desempenho de nossa definição de burnout parecesse não fazer sentido aqui, na verdade fazia. Quando nos lembramos dos modelos de que esses jovens dispõem e da sensação de estarem excluídos da corrente principal da vida americana, podemos ver que, muitas vezes, suas incursões no crime, drogas e valores são tentativas desesperadas, embora equivocadas, de “chegar lá”. Certamente, essa não é a motivação em todos os casos, mas é, em muitos deles. (ibid., p. 195).

Burnout em delinquentes

Conforme vimos no capítulo anterior, Freudenberger relata o desenvolvimento de burnout também em alguns jovens delinquentes que,

devido às suas características excepcionais, logo se tornavam chefes de gangues e ficavam, portanto, sujeitos à tensão e ao estresse próprios de sua atividade.

Outros usos da noção de burnout

Freudenberger estende a noção de “burnout”, ainda, a casamentos e relacionamentos, a grupos, à sociedade americana num viés sociológico: “Por que, como nação, tanto de maneira coletiva quanto individual, parecemos estar na trilha de um fenômeno de rápida disseminação – o burnout?” (ibid., p. 3), e ao planeta como um todo num viés ecológico: “um burnout da energia e dos recursos do planeta” (ibid., p. 200) e, ainda, a “burnout da liderança política, da ética na vida pública e da moralidade” (ibid., p. 200).

Quanto às preocupações de Freudenberger de que “burnout tornou-se uma palavra da moda usada para se referir a um grande número de problemas pessoais e sociais.” (Freudenberger, 1989, p. 1) e que “Precisamos ter cuidado para não atribuir tantos conceitos ao burnout de tal modo que ele se torne sem sentido.” (ibid., p. 3), não há como deixar de concluir que ele mesmo contribuiu bastante para isso, devido ao amplo leque de usos que fazia da noção de burnout.

Flávio Fontes, psicólogo, pesquisador e professor da UFRN, faz uma abordagem refinada desses momentos iniciais do burnout e parece ter identificado muito bem o nascimento da ideia de que se tratava de uma entidade clínica e as consequências futuras disso:

Para além dessa compreensão idiossincrática do conceito de síndrome, fica a pergunta: por que Freudenberger escolheu falar desse fenômeno em termos de síndrome? Teria o contexto da clínica médica influenciado nessa direção? A importação de um termo médico para falar do fenômeno psicológico/comportamental descrito é uma decisão que não é auto evidente e porta consequências graves para o futuro do objeto psicológico burnout. “O burnout é uma síndrome” é uma afirmação que vai se tornar habitual na literatura sobre o assunto e que aparece em 1973 sem uma justificativa clara. O que parece estar em jogo é que Freudenberger nos propõe pensar o burnout como se ele fosse uma síndrome, isto é, ele fornece uma metáfora a partir da qual é possível organizar um discurso sobre causas, sinais, tratamento. No entanto essa não é uma metáfora que se pensa como tal, mas pelo contrário, entra como uma afirmação a respeito da qual não há dúvidas. Assistimos aqui à fabricação de um mito, no sentido dado a esta palavra por Leary (1987): tomar uma analogia ou metáfora como uma identidade, se esquecendo de dizer “como se”. Isto é, passamos de “o burnout pode ser visto como se fosse uma síndrome” para “o burnout é uma síndrome”. (Fontes, 2016, p. 64).

CAPÍTULO 3

O burnout de Maslach

**Nota introdutória: o controle da
discussão de burnout via alegação
de reserva de direitos autorais.**

Para tratar dos próximos capítulos, é indispensável comentar sérios problemas relativos à possibilidade de discussão livre e aberta do burnout.

A ferramenta usada em mais de 90% das pesquisas sobre burnout é o Maslach Burnout Inventory – MBI, considerado sinônimo de burnout, conforme veremos adiante.

Inicialmente, alguns detalhes chamaram minha atenção quanto à possibilidade de eventuais dificuldades com os detentores dos direitos autorais do MBI. Um desses detalhes é o fato do questionário não estar disponível em publicações científicas — um dos motivos dados por Kristensen, pesquisador dinamarquês que criou o Copenhagen Burnout Inventory, para não usar o MBI (Kristensen et al., 2005, p. 196); outro foi um rápido comentário de Benevides-Pereira sobre problemas com direitos autorais (Benevides-Pereira, 2015) e, ainda, a profusão de alertas sobre direitos autorais e do verbo “comprar” que aparecem no Manual do MBI. Finalmente, uma rápida pesquisa na internet (“*direitos autorais MBI Brasil*”) levou-me à constatação de que ao menos duas autoras brasileiras (Carlotto & Camara, 2007) tiveram problemas com a editora MindGarden Inc., detentora dos direitos autorais, por terem publicado uma tabela do MBI com seus 22 quesitos. Mesmo tendo publicado o artigo antes dessa editora adquirir os direitos autorais, foram obrigadas a retirá-lo de circulação, republicá-lo acompanhado de uma justificativa e sem a tabela, ação a que se dá nome de “retratação” no mundo das publicações científicas. O texto, republicado, faz referência à “Tabela 1”, sem que esta, todavia, esteja disponível para o leitor.

Entrei em contato com a Editora Mind Garden para pedir autorização para publicar a Tabela 5 do MBI que aparece no Manual — este eu já havia adquirido. Esclareci do que se tratava em formulário próprio para esse fim. Esse formulário é detalhado, permite à empresa saber com precisão o uso que será feito do MBI. O próprio título de meu livro deixa claro tratar-se de uma crítica ao burnout. Embora eu já houvesse esclarecido que não pretendia aplicar o MBI, recebi como resposta:

Observe que o Manual do MBI é apenas um documento de referência e não confere permissão para usar / administrar o MBI. A compra da licença é necessária para o uso e/ou tradução do MBI. Temos um registro de sua compra do Manual MBI, mas não parece que você já tenha feito a compra da licença do MBI. Você pode comprar a

licença aqui - você precisaria de uma para cada uso/administração. Por exemplo para pesquisar 150 pessoas duas vezes, você compraria uma licença para 300 administrações

Se você quiser fazer uma tradução para o português do MBI, por favor, adicione o Aplicativo de Tradução grátis ao seu carrinho de compras a compra da licença e preencha este breve formulário online. Com a compra da licença, fornecemos uma carta de permissão assinada e orientações sobre direitos autorais.

Observe que apenas alguns itens de amostra específicos do instrumento podem ser incluídos em teses, dissertações ou outros trabalhos publicados. Qualquer outro uso deve receber permissão prévia por escrito da Mind Garden. Todo o formulário do instrumento em qualquer idioma não pode ser incluído ou reproduzido a qualquer momento em qualquer outro material publicado. Por favor, entenda que divulgar mais do que autorizamos comprometerá a integridade e o valor do teste.

Nos demais e-mails, nos quais fiz alguns questionamentos, a seguinte resposta foi repetida várias vezes:

Apenas três itens de amostra específicos deste instrumento, fornecidos pelo Mind Garden e visíveis para todos através do nosso site, podem ser incluídos no trabalho publicado. O formulário do instrumento como um todo não pode ser incluído ou reproduzido em qualquer outro material publicado. Por favor, entenda que divulgar mais do que autorizamos comprometerá a integridade e o valor do teste. Assim, não é permitida a reprodução das questões da Tabela 5 e sua inclusão em inglês ou em qualquer outro idioma.

A editora oferece um link para acessar os três itens de amostra que disponibilizam e podem ser livremente publicados. Ali se constata que são seis letras: EE, DE e RP, as siglas do “tripé multidimensional da síndrome”, conforme as nomeou Maslach, psicóloga social da Universidade da Califórnia que criou o MBI.

Parece absurdo que a mera e livre discussão de uma Tabela poderia prejudicar sua integridade e valor, *se ela tiver valor*. Essa postura parece envolver um verdadeiro cerceamento do debate e da livre discussão de ideias e, a depender dos titulares dos direitos autorais, coloca o MBI e o burnout como “objetos intocáveis”, ao alcance somente de quem lhes interessa.

A despeito da proibição, as tabelas são encontradas livremente em imagens na internet.

Por não poder publicar o conteúdo do MBI, opto por não reproduzir a imagem das tabelas, esclarecer como o MBI funciona e apresentar os quesitos, que correspondem à linguagem corriqueira e frequente na prática clínica do dia a dia, sobre a qual não pesam direitos autorais.

Maslach e o MBI – Maslach Burnout Inventory

(Um pouco de história)

Ao final dos anos 70, Christina Maslach, uma psicóloga social da Universidade da Califórnia, desenvolveu uma abordagem diferente do fenômeno, baseada na psicologia psicométrica americana. A inspiração inicial para o uso do termo “burnout” brotou de fontes populares e, segundo a autora, à mesma época e de modo muito semelhante ao de Freudenberg:

Aproximadamente à mesma época, Maslach, uma pesquisadora em psicologia social, estudava as maneiras através das quais as pessoas lidavam com estimulação emocional no trabalho. Ela estava particularmente interessada em estratégias cognitivas como “desinteresse” e “desumanização como autodefesa”, mas logo descobriu que tanto a estimulação quanto as estratégias tinham implicações importantes para a identidade profissional e o comportamento das pessoas no trabalho. Quando, por acaso, descreveu esses resultados para um advogado, foi informada de que advogados de populações carentes chamavam esse fenômeno em particular de “burnout”.

Uma vez que Maslach e colegas adotaram esse termo, descobriram que ele era imediatamente reconhecido pelos entrevistados; nascia, assim, uma nova expressão coloquial. (Maslach & Schaufeli, 1993, p. 2).

Freudenberg já se referia de modo não sistematizado a aspectos do burnout com os quais Maslach viria também se ocupar. Para diagnosticar o burnout, ela desenvolveu um questionário, o Maslach Burnout Inventory, MBI, que é dividido em três blocos e mede cada uma das três variáveis atribuídas ao burnout — Exaustão Emocional (EE), Despersonalização – distanciamento afetivo (DE) e realização profissional (RP). Por entender que o burnout corresponde a um fenômeno multidimensional, deu o nome de *tripé multidimensional da síndrome* ao conjunto dessas três variáveis (EE, DE e RP) (Maslach, 1980). Tanto a criação dos quesitos quanto o uso do MBI são baseados em ferramentas estatísticas. Quando apresentou seu Inventário pela primeira vez para publicação, Maslach recebeu o material de volta do editor de um jornal científico com a anotação “Não publicamos ‘psicologia pop’”. (“[...] we do not publish ‘pop psychology’”) (Maslach & Jackson, 1984, p. 139). Apesar desse percalço inicial, o MBI tornou-se a ferramenta para pesquisa de burnout na quase totalidade dos casos.

Além do MBI, foram desenvolvidos inúmeros inventários, alguns com alterações no trinômio EE, DE, RP, mas seguindo a técnica de apresentação de questões a serem respondidas pelo indivíduo avaliado.

Dentre essas ferramentas, há o CBI — Inventário de Burnout de Copenhagen (Kristensen et al., 2005), o BM — Burnout Measure (Pines & Aronson, 1988),

BM Short (Malach & Pines, 2005), o Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (Shirom, 1989), o Bergen Burnout Inventory – BBI (Feldt et al., 2014), o Oldenburg Burnout Inventory – OLBQ (Halbesleben & Demerouti, 2005) e o GBQ – Granada Burnout Questionnaire (De la Fuente et al., 2013).

Na Holanda, há uma versão local do MBI, desenvolvida por Schaufeli – UBOS (Utrecht Burnout Scale) –, com 15 itens (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000).

Schaufeli comenta que alguns desses questionários “usam uma conceituação semelhante e as mesmas subescalas do MBI, exceto que a redação dos itens é diferente, provavelmente em uma tentativa de contornar a proteção de direitos autorais do MBI” (Schaufeli et al., 2020, p. 2).

Além desses, existe ainda um questionário com uma única questão, denominado “Single Item Burnout Measure”, no qual o que chama a atenção é que essa ferramenta *parte do pressuposto de que o respondedor sabe o que é burnout*. A questão é: “No geral, com base na sua definição de burnout, como você classificaria o seu nível de burnout?”. Há cinco alternativas de resposta e a terceira delas, para citar um exemplo, é “Estou definitivamente *burning out* e tenho um ou mais sintomas de burnout, como exaustão física e emocional”. A ferramenta é proposta como uma alternativa gratuita, dado que o MBI é pago, e com vantagens logísticas em relação a este (Dolan, Mohr & Lempa et al., 2015).

Nos demais questionários há modificações maiores ou menores em relação ao MBI – o CBI, por exemplo, não segue o modelo Likert (atribuição de notas) do MBI –, as respostas são qualitativas e não quantitativas, o Shirom-Melamed trabalha com variáveis um pouco diferentes – constitui-se de 14 questões divididas nas subcategorias P, E e C – cansaço físico, exaustão emocional e fadiga cognitiva, respectivamente.

Há muitos inventários desenvolvidos para profissões específicas, como é o caso do brasileiro Inventário de Burnout para Psicólogos (Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez, 2000).

Benevides-Pereira desenvolveu, ainda, a validação do Maslach Burnout Inventory para o português. A autora comenta, quanto à diversidade e ao uso desses questionários, que “No entanto, estes têm demonstrado algum tipo de dificuldade por divergências teóricas, culturais, abrangência ou, até mesmo, por dificuldades referentes a direitos autorais.” (Benevides-Pereira, 2015, p. 61).

O MBI, de qualquer forma, é a ferramenta usada na quase totalidade das pesquisas. Conforme Fontes, “Ao final da década de 1990, o MBI era utilizado dez vezes mais que outras medidas em artigos e dissertações sobre burnout” (Fontes, 2016, p. 74). Schaufeli e Enzmann apresentaram levantamento no qual o MBI aparece como o instrumento usado em 91% das pesquisas sobre burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 71). Em 2009, Schaufeli, Leiter e Maslach, após se referirem novamente ao uso do MBI em mais de 90% dos casos, declaram que “Na prática, o conceito de burnout coincide com o MBI e vice-versa.” (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009, p. 211).

Schaufeli apresentou, em 2020, seu próprio inventário para burnout, o Burnout Assessment Tool – BAT (ver logo adiante).

Alguns desses questionários estão disponíveis para uso livre e debate científico. Outros são fechados e pagos.

Schaufeli

Wilmar Schaufeli é professor de Psicologia Clínica e Organizacional na Universidade de Utrecht, na Holanda. A inserção de uma referência específica a ele deve-se ao fato de tratar-se, certamente, do mais importante teórico do burnout. Tem mais de 100 publicações relativas a disfuncionalidades e problemas envolvendo o trabalho. Escreve também em coautoria com Maslach, colaborou no desenvolvimento do MBI-GS (General Survey), do MBI-GS(S) (para estudantes) e é um dos detentores dos direitos autorais dessas duas versões. É o autor, juntamente com Enzmann, de um livro central sobre burnout — “The Burnout Companion to Study and Practice – a critical analysis.” (Schaufeli & Enzmann, 1998). O prefácio é de autoria de Christina Maslach, que ali registrou: “é a única fonte verdadeira à qual você deve se referir.” (ibid., p. X).

Schaufeli tece críticas de forma franca e aberta, a ponto de ser algo intrigante, na medida em que algumas delas parecem comprometedoras tanto das teorias sobre burnout quanto do próprio MBI. Recentemente, apresentou seu próprio Inventário, o BAT – Burnout Assessment Tool, no qual apresenta um novo conceito de burnout, com quatro dimensões principais — exaustão, distanciamento mental, comprometimento cognitivo e comprometimento emocional — e três dimensões secundárias — humor deprimido, sofrimento psíquico e queixas psicossomáticas. Para chegar a essas sete dimensões, “260

códigos ou sintomas foram coletados na folha de codificação, que foram agrupados em 19 categorias.” (Schaufeli et al., 2020, p. 4).

Como o MBI funciona

Vejamos, inicialmente, como o MBI funciona e a seguir vamos discutir questões envolvendo cada uma de suas variáveis.

O funcionamento do inventário é bem simples e permite o autodiagnóstico de burnout em poucos minutos. É formado por três blocos de questões que correspondem às variáveis do fenômeno (EE, exaustão emocional, DE, despersonalização e RP, realização profissional). Em cada um deles é dada uma nota às questões apresentadas, dependendo da frequência com que são experimentadas pelo respondedor. As notas variam de zero (nunca) a 6 (todo dia). Em seguida, é feita a soma das notas em cada bloco, cujo resultado vai indicar burnout leve, moderado ou grave. A apresentação do MBI é feita sob a forma de uma tabela, com sete colunas com notas de 0 a 6. Nas linhas estão as questões a serem respondidas.

Devido às restrições envolvendo direitos autorais, apresentarei três tabelas vazias apenas para facilitar a visualização do MBI pelo leitor. Apresento, separadamente, o teor dos quesitos que fazem parte de cada um dos três blocos.

É importante ter em vista que em seu Manual, Maslach (Maslach, Jackson, & Leiter, 2018) reiteradamente deixa claro que o burnout *pode ser identificado a partir de cada uma das três tabelas de forma independente e recomenda explicitamente que não se deve somar os três resultados, nem fazer a média entre eles.*

O bloco EE

Exaustão emocional

O primeiro bloco do MBI mensura “exaustão emocional” (EE), que é considerada a variável mais importante do fenômeno. É apresentado em uma tabela com nove linhas e sete colunas. Nas linhas estão os quesitos e nas colunas as notas a serem atribuídas a eles.

Tabela 1: Modelo visual para entender o MBI

Frequência e Notas							
Frequência e Notas	Nunca	Uma vez por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
	0	1	2	3	4	5	6
Quesitos							

Fonte: o autor

Como se vê, nas colunas aparecem as frequências com que determinados sentimentos são experimentados e lhes é atribuída uma nota. Esses sentimentos são descritos nas linhas (quesitos) e correspondem a queixas comuns e frequentes na prática clínica e psiquiátrica do dia a dia.

- sentir-se emocionalmente exaurido;
- sentir-se consumido;
- sentir-se exausto ao final de um dia;
- sentir tensão em meio a outras pessoas;
- sentir-se cansado pela manhã;
- sentir-se frustrado;
- sentir que está sobrecarregado;
- sentir que pessoas são uma fonte de estresse;
- sentir que está no limite.

No texto original do MBI, *todos esses sentimentos estão associados ao trabalho*.

O resultado para “EE” pode, portanto, variar de 0 (todas as respostas “nunca” para os nove itens) a 54 (todas as respostas “todos os dias”, ou seja, notas 6 para os nove itens). Notas mais altas indicam burnout grave e mais baixas burnout leve.

Problemas

Há, inicialmente, dois problemas surpreendentemente elementares aqui. O primeiro deles é que *mesmo que uma pessoa responda “Nunca” a todos os quesitos — ou seja, nunca teve nenhum desses sentimentos negativos em relação ao trabalho e, supostamente, esteja vivendo relativamente bem a sua vida profissional — receberá o “diagnóstico” de burnout leve*. Da mesma forma, mesmo que tenha sentido apenas uma vez no ano que estava sobrecarregada de trabalho, *estará sofrendo do que os autores insistem em chamar de uma “doença”, à qual deram o nome de burnout*. O MBI não possui o que chamamos de “critérios de exclusão” — ou seja, se uma pessoa respondesse “Nunca” a todos os quesitos, ou indicasse determinados sentimentos uma ou outra vez no ano, poderia ser considerada como “*não burned out*”. Isso tudo está rigorosamente de acordo com os critérios Manual do MBI, conforme veremos um pouco mais adiante.

O segundo problema elementar é não ter ocorrido às criadoras do MBI *que as questões que compõem o teste envolvem sentimentos que podem estar associados a inúmeras situações rotineiras da vida, médicas ou não, e não são específicos do trabalho*.

Na atividade clínica, o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica é uma operação restritiva. Em exemplo muito simples: no exame de um indivíduo, a *ausência*, ou o “não achado” de delírios e alucinações é um indicativo importante — embora não único — de que *não se trata, provavelmente, de psicose*. Assim, o examinador *restringe* seu campo de investigação e prossegue, incluindo ou excluindo outras manifestações, estreitando o campo de possibilidades, até que, a certa altura, dispõe de alguns elementos que *lhe permitem estabelecer uma hipótese diagnóstica*. Esse caminho, descrito em poucas palavras, envolve conhecimento, experiência e é uma ação *extremamente complexa*, assim como qualquer ação humana semelhante.

No caso da investigação de burnout por meio do MBI, isso é tudo o que esse questionário não faz: *a possibilidade de discriminação seletiva e complexa não existe*. Assim, os quesitos de EE *podem associar-se, indiscriminadamente, a uma infinidade de circunstâncias, envolvendo muitos agravos da saúde mental*.

E, ainda, se há um campo do conhecimento que “sofre” no território do burnout, é o da Psicopatologia. Na medida em que se considere “burnout” uma “doença” psíquica, seria necessário descrevê-la e caracterizá-la do ponto de vista psicopatológico. O que encontramos, entretanto, é *um construto teórico autóctone*

e idiossincrático, com terminologia própria e única ou uso distorcido e inusitado de conceitos consolidados em Psicopatologia.

No caso de EE, por exemplo, “exaustão emocional”, posteriormente reduzida a “exaustão” em outra versão do MBI (MBI GS — General Survey), é linguagem informal e que não corresponde a um conceito em Psiquiatria, ou, mais precisamente, em Psicopatologia. “Exaustão emocional” e suas eventuais manifestações específicas, sugeridas pelos quesitos do bloco EE, *referem-se a um estado subjetivo que pode aparecer em dezenas de agravos da saúde humana.*

Uma pessoa pode queixar-se de “exaustão” ou “exaustão emocional” ou de qualquer manifestação, *usando quaisquer palavras que possa ou queira* — cabe ao especialista ouvir, investigar, discriminar e remeter a queixa para um sistema referencial conhecido, consolidado e aceito pela comunidade de seus interlocutores. Ao propor “EE” para definir burnout, Maslach está supondo especificidade para uma noção inespecífica e que não existe como conceito em Psicopatologia.

A inespecificidade de EE fica evidente por meio dos quesitos que compõem esse bloco, pois envolvem manifestações e queixas típicas que podem estar associadas a dezenas de transtornos mentais, particularmente àqueles nos quais há polarização depressiva do humor, além de inúmeros agravos da saúde em geral. Podem aparecer, inclusive, como manifestações rotineiras do dia a dia. É tal a inespecificidade de EE que Schaufeli e Enzmann, ao apresentarem um nova definição para burnout, afirmam que ela “reduz mais de 100 sintomas do burnout ao indicador central (exaustão)...” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 36). Voltaremos mais adiante à definição de burnout proposta por esses dois autores.

Portanto, o MBI efetivamente apresenta problemas surpreendentemente simples, dado que inclui sintomas que podem aparecer em transtornos psiquiátricos, estes serão confundidos com “burnout” e receberão o rótulo ou “diagnóstico” de burnout. Além disso, *muitos desses transtornos podem ser decorrentes, de fato, das condições de trabalho e correspondem a formas humanas conhecidas de adoecimento. Eventualmente, entretanto, os mesmos transtornos podem não estar associados às condições de trabalho e mesmo assim serem rotulados como burnout.*

Schaufeli e Enzmann tecem críticas nesse mesmo sentido. Tratam a questão diagnóstica em termos de *abordagem indutiva do MBI versus a abordagem*

dedutiva. Tratam, também, da questão da sobreposição de burnout com diagnósticos psiquiátricos consolidados:

Como vimos, não é possível definir burnout em termos de sintomas específicos, devido ao grande número - identificamos mais de 130! Uma vez que a abordagem indutiva de uma lista tão extensa não é eficaz para a definição de burnout, uma abordagem dedutiva seria mais apropriada. Ainda, o instrumento mais amplamente utilizado para medir o burnout, o MBI, foi construído indutivamente através da análise de um conjunto de itens que se supõe representar sintomas específicos de burnout. Embora as características psicométricas do MBI sejam satisfatórias, existe uma considerável sobreposição com depressão, afetividade negativa e queixas psicossomáticas. Essa falta de especificidade do MBI decorre da abordagem indutiva em que se baseou sua construção. Usando essa abordagem, qualquer lista de sintomas específicos de burnout incluirá, necessariamente, sintomas que também são encontrados em outras síndromes, porque o burnout – tal qual outras síndromes como a depressão – não pode ser definido adequadamente apenas no nível de sintomas específicos.² Assim, muito paradoxalmente, qualquer instrumento para medir burnout baseado em sintomas específicos tende a ser bastante inespecífico, porque necessariamente se sobrepõe a medidas que envolvem condições psicológicas relacionadas.” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 186).

As críticas que Schaufeli faz ao longo de seu livro são notavelmente francas e abertas. O trecho reproduzido anteriormente parece não deixar dúvidas de que o MBI acaba por confundir “burnout” com muitos transtornos mentais. A sobreposição decorre por razões óbvias, considerando, a partir da citação do próprio Schaufeli, que o MBI foi construído “através da análise de um conjunto de itens que se supõe representar sintomas específicos de burnout” (ibid., p. 186). O que há de mais específico nesse questionário é que se dirige a indivíduos que trabalham. De resto, supor que os sentimentos que experimentam são específicos de burnout é abusar da razão e da inteligência. A rigor, teríamos que admitir que essas vivências e sentimentos seriam vicissitudes exclusivas do trabalho, o que parece um disparate. Tal é o *estado de confusão* em que o assunto se encontra.

Decorre disso tudo que, na medida em que mais de 90% das pesquisas que “diagnosticam” burnout são baseadas no MBI, estarão indiscriminadamente rotulando como burnout inúmeros transtornos psiquiátricos.

Assim, *o bloco EE do MBI pode incluir generalizadamente várias categorias diagnósticas psiquiátricas que envolvam humor deprimido entre seus sintomas*. Essas categorias podem ser tão diversas entre si quanto transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo e transtorno de personalidade borderline. Há críticos, como Bianchi, que consideram que o burnout se confunde com depressão, ou que faz parte de uma síndrome depressiva (Bianchi, 2017b, 2017c). Por um lado,

conforme veremos, a profusão de sintomas atribuídos ao burnout é de tal extensão que é impossível contê-lo dentro de uma síndrome, seja depressiva ou outra qualquer. Por outro, o humor polarizado para depressão, sugerido pelos quesitos do bloco EE do MBI, aparece em muitas categorias diagnósticas psiquiátricas que vão muito além do grupo das depressões. A maioria dos autores sobre burnout refere-se à “depressão” como se fosse uma entidade única, quando, na verdade, é bastante heterogênea e aparece em parte da sintomatologia de muitos transtornos mentais e em comorbidade com inúmeros outros agravos gerais da saúde.

O maior problema, entretanto, é que o conceito de burnout foi desenvolvido à margem da Psicopatologia e não haveria como não se sobrepor a inúmeros transtornos psiquiátricos, dado que, além disso, a noção é muito abrangente e quase sem limites, conforme veremos ao longo do livro. Cresceu fora do campo do conhecimento médico em geral, criando terminologia própria e idiossincrática, com alto grau de inespecificidade. Bianchi comenta que “Em mais de 40 anos, não foram estabelecidos critérios consensuais obrigatórios para o diagnóstico de burnout.” (Bianchi et al., 2017c, p. 110). Talvez isso possa ser entendido como um possível resultado dessa condição isolada e peculiar da suposta doença.

Diagnósticos psiquiátricos que podem ser identificados como burnout no MBI em EE

Para aqueles que não têm familiaridade com diagnósticos psiquiátricos, vejamos, usando a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID 10) da OMS e respectivos códigos, *algumas categorias diagnósticas podem apresentar humor polarizado para depressão e, portanto, serem confundidas com “burnout”:*

- Episódio depressivo leve (F32.0);
- Episódio depressivo moderado (F32.1);
- Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2);
- Transtorno depressivo recorrente (F33);
- Distímia (F34.1);
- Reação aguda ao estresse (F43.0);
- Estado de estresse pós-traumático (F43.1);

- Transtornos de adaptação (F43.2);
- Transtorno misto ansioso e depressivo (F41.2);

*TAB – Episódio atual depressivo leve ou moderado (F31.3);

- TAB – Episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos (F31.4);
- Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo (F25.1);
- Transtorno esquizoafetivo do tipo misto (F25.2).

*TAB – transtorno afetivo bipolar.

Essa é uma lista um tanto conservadora, pois, além desses, há outros transtornos que também podem apresentar humor polarizado para depressão, em comorbidade com o diagnóstico principal. Podemos incluir aqui os vários diagnósticos de transtornos obsessivo-compulsivos (CID F42), vários diagnósticos do grupo dos transtornos somatoformes (CID F45), transtornos fóbico-ansiosos (CID F40) etc. Poderia ser questionado que alguns transtornos apresentados “são a mesma coisa” — por exemplo, episódio depressivo leve, moderado e grave —, porém não são — até porque, se fossem, não faria sentido a OMS criar categorias específicas para cada um. Os quadros clínicos, as condutas terapêuticas e os prognósticos são diferentes entre si. Mas cabem todos no saco sem fundos do burnout, com todas as implicações de confusão e potencial iatrogênico que daí decorrem.

Há um grupo de transtornos psiquiátricos que, surpreendentemente, alinha-se à perfeição aos pressupostos da noção de burnout, *dado que podem comprometer primariamente as habilidades e capacidades de desempenho*. Alguns indivíduos que desenvolvem demências senis — a doença de Alzheimer é a mais comum delas — podem apresentar quadros depressivos *antes que os sintomas mais evidentes se manifestem*. Essas depressões são chamadas *prodrômicas* do quadro demencial, isto é, são precursores do desenvolvimento da enfermidade. Esses sujeitos se dão conta de que algo muito grave está acontecendo consigo e considera-se que o estado depressivo se estabelece como consequência emocional dessa percepção. Tentam superar suas dificuldades iniciais e é comum que nesse início tentem esconder seus sintomas dos demais. Tornam-se angustiados e deprimidos ao se darem conta de que “já não são mais os mesmos”.

Há casos de demência de início precoce e esses indivíduos podem estar profissionalmente ativos. As dificuldades cognitivas são discretas no início, mas passam a exigir maior esforço para dar conta de tarefas que antes realizavam com relativa facilidade; como consequência disso, o trabalho torna-se mais penoso e, naturalmente, podem se sentir progressivamente esgotados. Fato comum tanto em quadros depressivos quanto demenciais, podem tornar-se irritadiços e a convivência com os demais fica mais difícil. É comum também que alguns aspectos da personalidade, que antes eram mantidos sob controle da autocritica, agora passem a se manifestar mais intensamente e se tornem mais irascíveis e agressivos.

Mantendo em vista o bloco dos nove quesitos do MBI relativos a EE (exaustão emocional), esses indivíduos poderão se sentir esgotados ao fim do dia, sentir frustração ao se dar conta de que não são mais os mesmos, o volume de trabalho poderá lhes parecer maior, poderão ficar irritados e estressados no contato com pessoas e, sobretudo, poderão se sentir no limite de suas forças e possibilidades.

Ou seja: não é improvável que mesmo um transtorno demencial incipiente acabe recebendo o rótulo de burnout ao se aplicar o MBI. *É um modelo paradigmático do estado de confusão que a noção de burnout traz não só para a área dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, mas para a área de transtornos mentais em geral.*

Questionários como o MBI, por não terem especificidade, funções de seletividade e critérios de exclusão, engolfando dezenas de diagnósticos psiquiátricos, acabam por atender perfeitamente ao bordão popular “caiu na rede, é peixe”.

Se a lista de transtornos psiquiátricos que se confundem com burnout surpreende, veremos no Capítulo 10 que ela pode ser mais surpreendente ainda: de ejaculação precoce a hipercolesterolemia, de vaginismo a coronariopatias, de tiques nervosos a ciúmes, tudo cabe no território do burnout, por mais bizarro que possa parecer. A lista de transtornos psiquiátricos precisaria incluir todos os transtornos de ansiedade. Na verdade, boa parte da clínica médica pode ser colhida nas redes do burnout.

Despersonalização

O segundo bloco do MBI mensura “Despersonalização”.

Tabela 2: Modelo visual para entender o MBI

Tabela 2: Modelo visual para entender o MBI

		Frequência e Notas						
Quesitos	Frequência e Notas	Nunca	Uma vez por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
		0	1	2	3	4	5	6
{								

Fonte: o autor

A valoração das respostas é feita da mesma forma que em EE. Neste bloco são apresentados cinco quesitos, que dizem respeito a:

- estar tratando a clientela de forma fria, como objetos inanimados;
- tornar-se insensível com as pessoas desde que começou nesse trabalho;
- ficar preocupado com estar tornando-se emocionalmente indiferente;
- não se importar com o que se passa com os clientes;
- sentir que está sendo culpado pelo que acontece com os clientes.

Da mesma forma que em EE, são experiências associadas ao trabalho.

O resultado pode variar de 0 a 30 — de notas 0 para todas as questões até nota 6 para todas as cinco questões. Como em EE, escores mais altos indicam burnout grave e mais baixos, burnout leve.

Problemas

Os dois problemas apontados em EE (ausência de critérios de exclusão e quesitos que se reportam a sentimentos que não são específicos do trabalho) também estão presentes em DE.

Além desses, nunca é demais lembrar que, se burnout é uma síndrome ou doença, só poderia inscrever-se dentro dos transtornos mentais e, como tal,

deveria haver um mínimo de possibilidade de interlocução dos conceitos sobre burnout com os conceitos universalmente adotados para tratar desses transtornos. Mas essa “conversa” não é possível. Burnout é falado numa língua estrangeira à Psicopatologia, uma espécie de minipsicopatologia própria, improvisada e, sobretudo, superficial. O resultado é que essa minipsicopatologia atropela algumas dezenas de transtornos mentais bem conhecidos e estudados.

No caso de DE — despersonalização —, a questão complica-se mais ainda do que em EE, pois “despersonalização” faz parte da terminologia psicopatológica, porém o termo é usado de forma peculiar e distorcida pelos autores do burnout. DE foi posteriormente substituído por “cinismo” (cynicism) em outra versão do MBI.

Jackson e Maslach assim definem DE:

Talvez como uma estratégia defensiva para lidar com a sobrecarga emocional, muitos cuidadores começam a despersonalizar aqueles de quem cuidam, tratando-os como se fossem objetos em vez de pessoas; o cuidador profissional que antes se preocupava, agora se sente emocionalmente caído e insensível. (Jackson & Maslach, 1982, p. 64).

Ou seja: a despersonalização é entendida como *uma ação dirigida a um terceiro*, não como uma experiência subjetiva do indivíduo. O *burned out* “despersonaliza” o outro. De um ponto de vista psicopatológico, é uma concepção que soa um tanto esdrúxula, pois o conceito de “despersonalização” em Psicopatologia *nada tem a ver com esse uso que os autores sobre burnout fazem do termo*. Despersonalização diz respeito a *perturbações da identidade*. Em termos bastante sintéticos, é assim definida: “sensação subjetiva de ser irreal, estranho ou desconhecido” (Kaplan & Sadock, 2007, p. 317). Ou seja, sensação do indivíduo em relação a si mesmo, que *nada tem a ver com ações dirigidas a terceiros*. A despersonalização pode estar presente em quadros dissociativos e, de forma geralmente mais grave, em quadros psicóticos.

Despersonalização na linguagem do burnout envolve, também, a ideia de *distanciamento afetivo* de uma pessoa em relação a outra. *Distanciamento afetivo* e *despersonalização* são fenômenos distintos da vida mental, descritos como funções diferentes em Psicopatologia e registrados em chaves diferentes do exame mental. Os afetos são registrados em “*humor e afetividade*”. A *afetividade* envolve os complexos vínculos que o sujeito tem com a realidade e é, por assim dizer, o “*pano de fundo*” da experiência mental humana com um todo.

Portanto, DE *funde um conceito psicopatológico com uma vivência afetiva com a qual não tem nada a ver*, contribuindo para a natureza idiossincrática das teorias

sobre burnout, utilizando uma “*psicopatologia ad hoc*” e, conseqüentemente, contribuindo para tornar confuso o que tais teorias querem dizer. A idiosincrasia amplia-se quando, estranhamente, DE, supostamente um conceito psicopatológico, é substituído em outra versão do MBI por *cinismo*, um mero traço de personalidade.

Diagnósticos psiquiátricos que podem ser identificados como burnout no MBI em DE

Conforme vimos no capítulo anterior, os mais de 15 transtornos citados apresentam em comum a polarização depressiva do humor e, nesse sentido, compõem um grupo mais ou menos homogêneo quanto a este aspecto.

Assim, se EE aponta sobretudo para sintomas envolvendo humor deprimido, os quesitos do bloco DE *indicam perturbações e dificuldades na interação com terceiros*. Os principais transtornos mentais que têm essas características pertencem a um grupo mais heterogêneo, no qual o comprometimento do humor não é necessariamente o elemento mais relevante. Trata-se dos *transtornos de personalidade*. É interessante notar que os sentimentos apontados pelo conjunto de quesitos de DE coincidem com uma das características mais consistentes dos transtornos de personalidade em geral, que é a *incapacidade de empatia*. Cito, como exemplo, o transtorno de personalidade com instabilidade emocional ou personalidade *borderline*. Em linguagem coloquial, os indivíduos com esse diagnóstico “vivem brigando com o mundo” e algumas das características do grupo, que é composto por dois tipos, são as seguintes, de acordo com Organização Mundial da Saúde (*compare os sintomas com os quesitos*):

F60.3 – Transtorno de personalidade com instabilidade emocional.

Transtorno de personalidade caracterizado por tendência nítida a agir de modo imprevisível, sem consideração pelas conseqüências; humor imprevisível e caprichoso; tendência a acessos de cólera e uma incapacidade de controlar os comportamentos impulsivos; tendência a adotar um comportamento briguento e a entrar em conflito com os outros, particularmente quando os atos impulsivos são contrariados ou censurados. Dois tipos podem ser distintos: o tipo impulsivo, caracterizado principalmente por uma instabilidade emocional e falta de controle dos impulsos; e o tipo *borderline*, caracterizado, além disto, por perturbações da autoimagem, do estabelecimento de projetos e das preferências pessoais, por uma sensação crônica de vacuidade, por relações interpessoais intensas e instáveis e por uma tendência a adotar um comportamento autodestrutivo, compreendendo tentativas de suicídio e gestos suicidas. (CID 10, 2010, p. 353).

Para profissionais que têm experiência com indivíduos com o diagnóstico de transtorno dissocial (sociopatas) e transtorno *borderline*, creio que faria sentido a seguinte sequência de argumentos, *considerando os quesitos do bloco DE*:

Este trabalho está me deixando mais insensível e emocionalmente indiferente, *por causa disso* estou tratando as pessoas como objetos, *de tal modo* que acabo não me importando com o que acontece com alguns clientes e aí, *então*, eles acabam me culpando por seus problemas...

Ou seja, *o problema está lá fora, o problema são os outros*.

Os quesitos do bloco DE, ao atribuírem a experiência subjetiva do respondedor a um fator externo, associado ao trabalho, *“convidam” a respostas decorrentes dos sintomas próprios desses transtornos do que de outras circunstâncias*, dado que uma de suas características gerais é a disfuncionalidade nas relações interpessoais e, em alguns, a atitude de inexoravelmente atribuir “a culpa” a agentes ou fatores externos. Ou seja, tal qual no caso de humor polarizado para depressão, aqui também *o determinante das respostas ao MBI pode ser um transtorno de personalidade subjacente, independentemente das condições laborais*. Além desses transtornos, há um vasto espectro de características disfuncionais de personalidade, mas que não chegam a configurar o diagnóstico de transtorno.

Além dos já citados transtorno de personalidade dissocial e transtorno de personalidade com instabilidade emocional ou *borderline*, a OMS categoriza, ainda, os transtornos de personalidade paranoica, esquizoide, histriônica, anancástica e transtornos mistos da personalidade.

Embora o que segue se aplique a qualquer indivíduo que responda ao MBI, os transtornos de personalidade permitem realçar outro problema considerável: para atribuir objetividade a um questionário como esse, precisaríamos supor que os respondedores partem do *“mesmo lugar psíquico”*, dos *mesmos estados mentais e afetivos*, com *a mesma capacidade de percepção sobre si mesmos para oferecer suas respostas*. Teríamos que, para tanto, imaginar que seria possível desconsiderar as *infinitas variedades* da personalidade humana. Teríamos que supor indivíduos idênticos, o que abriria as portas para a ficção científica.

Realização Profissional

Tabela 3: Modelo visual para entender o MBI

Frequência e Notas							
Frequência e Notas	Nunca	Uma vez por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
	0	1	2	3	4	5	6
Quesitos							

Fonte: o autor

O terceiro bloco do MBI mensura “RP” — realização profissional. São oito quesitos que se distribuem nas linhas e os escores podem variar, portanto, de zero a 48 — notas zero ou 6 para todos os quesitos. Nesse caso, as medidas se invertem: quanto mais baixa a somatória, mais grave o burnout. Os quesitos dizem respeito a experiências *evidentemente positivas e otimistas* e seu conteúdo pode ser identificado na fala de sujeitos naturalmente muito animados e cheios de energia, em hipomaníacos ou indivíduos em fases iniciais de episódios de mania:

- poder entender facilmente os clientes;
- lidar com eficiência com os problemas dos clientes;
- influenciar positivamente os demais por meio do trabalho;
- sentir-se cheio de energia;
- ter facilidade para criar um ambiente agradável com seus clientes;
- sentir-se entusiasmado ao interagir com os clientes;
- realizar coisas interessantes no trabalho;
- lidar com questões emocionais no trabalho com muita calma.

Lembrando, são variáveis sempre relacionadas ao trabalho.

Essa terceira sigla do tripé do burnout corresponde a um aspecto histórico-biográfico do indivíduo, avaliado por ele mesmo, sem especificidade ou delimitação conceitual — ou seja, não existe uma função psíquica específica chamada “RP” ou realização profissional. É uma noção informal e subjetiva, sem

valor como conceito em Psicopatologia. O tipo de experiência sugerida pelos quesitos pode ter valor no exame mental desses indivíduos, visto que apontam, genericamente, para um *determinado estado de ânimo*. Seu registro se daria em “humor e afetividade”, tal qual em EE.

Tendo em vista a natureza dos quesitos de RP, há um pequeno grupo de transtornos psiquiátricos que, é de se notar, poderiam levar ao resultado de burnout leve *por força dos próprios sintomas, independentemente das circunstâncias, da mesma forma que outros transtornos, já comentados, levariam a resultado de burnout leve, moderado ou grave também por força dos sintomas próprios desses casos*.

Trata-se dos episódios maníacos do transtorno bipolar, da ciclotimia e da hipomania. Para indivíduos sob estados de humor polarizados para mania, pode-se dizer, em linguagem coloquial, que o mundo pode estar desabando ao seu redor, mas acharão tudo ótimo.

Além desses, deve ser lembrado que os transtornos envolvendo humor deprimido, já especificados anteriormente, tenderiam a revelar resultado de burnout grave em RP, na medida em que suas experiências não teriam o colorido otimista sugerido pelos quesitos, mas, sim, o colorido oposto.

Diagnósticos psiquiátricos que podem ser identificados como burnout no MBI em RP

Quanto a RP, portanto, teríamos os seguintes transtornos que poderiam resultar em burnout por força de seus sintomas, além daqueles apontados em EE:

F31.0 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual hipomaniaco;

F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco.

No exemplo anterior, estão excluídos episódio maníaco com sintomas psicóticos, episódios mistos e em remissão.

F34.1 – Ciclotimia, com eventuais manifestações de humor hipomaniaco.

Cada variável do tripé faria, por si só, o “diagnóstico” de burnout

Conforme vimos, Maslach, Jackson e Leiter (2018) afirmam que cada uma das pernas do *tripé multidimensional da síndrome*, composto pelas três variáveis

EE, DE e RP, identifica burnout de forma independente, por meio de metodologias estatísticas.

De um ponto de vista clínico, parece muito improvável, senão absurdo, que os três conjuntos de questões do MBI (blocos EE, DE e RP), bastante diferentes entre si, identifiquem ou “diagnostiquem” *a mesma entidade clínica*. A “doença” que emergiria de EE, um termo da linguagem comum e referencial subjetivo, de DE, que envolve o uso equivocado de um conceito da Psicopatologia “combinado” com uma função mental diversa (afetividade) e RP, uma referência histórico-biográfica, não conceitual, *seria sempre o mesmo burnout?* E é de se perguntar, ainda: por que se precisaria de três conjuntos para esse diagnóstico se todos levam ao mesmo resultado? Ao que parece, a justificativa para isso estaria nos fundamentos estatísticos que identificaram as assim chamadas três dimensões da síndrome. Do ponto de vista clínico, entretanto, isso não faz sentido algum.

Ao menos quanto aos diagnósticos psiquiátricos conhecidos e consolidados, aqueles com maior relevância de alterações do humor se associam a EE e aqueles caracterizados por disfuncionalidades nas relações interpessoais se associam aos quesitos de DE.

A sobreposição de burnout a muitos diagnósticos psiquiátricos parece ganhar corpo e evidenciar que o *construto* se desenvolveu isoladamente como um sistema autóctone, à parte da Semiologia, da Psicopatologia e da Nosografia.

Bianchi e colaboradores comentam os requisitos necessários para a caracterização do burnout como entidade clínica, em artigo que já diz muito no próprio título — “*Síndrome de Burnout’ - da indeterminação nosológica ao absurdo epidemiológico*”, e registram:

Recomendamos que os pesquisadores interessados em burnout comecem do começo, ou seja, estabelecendo um diagnóstico (diferencial) fundamentado e clinicamente baseado para sua entidade de interesse. Enquanto os pesquisadores não cumprirem as bases necessárias para estabelecer um diagnóstico e permanecerem incapazes de distinguir um caso de burnout de um não-caso ou de um distúrbio conhecido, as conclusões sobre a prevalência de burnout serão absurdas. (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2017a, p. 368).

Por esta e muitas outras razões, o burnout parece isolar-se numa ilha de idiosincrasias. Os desdobramentos desse isolamento insular são identificados por alguns autores, como Heinemann e Heinemann e Korczak, Huber e Kister:

Deve ficar claro agora que a própria pesquisa sobre burnout produz resultados problemáticos. Em vez de analisar o contexto psicossocial e o enquadramento

epistemológico do burnout, e tentar encontrar melhores definições e diagnósticos diferenciais para esse estado mental, as pesquisas atuais reproduzem acriticamente a noção confusa de burnout de novo e de novo e, ao fazê-lo, apenas a reforça. (Heinemann & Heinemann, 2017, p. 9).

Quanto à questão das pesquisas, comentada por esses dois autores, há outro fenômeno peculiar que acontece exclusivamente no território do burnout — é a única alegada doença sobre a qual se manifestam, escrevem e pesquisam as mais diferentes categorias profissionais. Golembiewski é especialista em Administração, suas pesquisas são conduzidas em organizações comerciais; esse autor introduz uma discordância com Maslach (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 132). A validação do CBI (Copenhagen Burnout Inventory) para o português foi feita por um mestrando da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Fonte, 2011). A validação do MBI genérico (MBI GS, General Survey) para o português foi feita por um doutorando em Administração, uma doutoranda em Agronegócios, uma professora de Ciências Administrativas e uma doutora em Engenharia de Produção e Sistemas (Schuster, Dias, Batisttella & Grohmann, 2015). Esses especialistas estão chamando a si a responsabilidade de afirmar que o MBI GS é “bom o suficiente” também em português para “diagnosticar” a “síndrome de burnout”. O problema de saber do que estão falando em termos de Semiologia Médica, de seu conhecimento sobre Psicopatologia e de suas experiências com transtornos mentais fica excluído, na medida em que o burnout é tomado como fato certo e indiscutível e se trata, apenas, de avaliar estatisticamente um questionário. Isso parece coincidir com o que afirmam Heinemann e Heinemann, anteriormente citados: “as pesquisas atuais reproduzem acriticamente a noção confusa de burnout de novo e de novo e, ao fazê-lo, apenas a reforça”. (Heinemann & Heinemann, 2017, p. 9).

Korczak et al. concluem acerca dessa “noção confusa”:

De fato, não existe uma definição válida consistente. O burnout parece ser mais ou menos um conjunto confuso de muitas definições. Na literatura, podem ser encontradas uma infinidade de sintomas e teorias de burnout e modelos explicativos. (Korczak, Huber & Kister, 2010, p. 3).

O MBI pode “diagnosticar” como burnout transtornos psiquiátricos sem relação com o trabalho

Vimos anteriormente uma lista de mais de 20 diferentes categorias diagnósticas em Psiquiatria que poderiam “passar por burnout”.

Nessas categorias, o adoecimento *poderia estar relacionado ao trabalho e ser indevidamente diagnosticado como burnout* — estaríamos falando do grande grupo dos TMRTs (Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho). Entretanto, *poderiam não estar relacionadas ao trabalho e serem diagnosticados como burnout quando se lhes aplicasse o MBI!*

Isso decorre, em primeiro lugar, de que vários transtornos psiquiátricos podem eventualmente se manifestar sem que haja circunstâncias externas que os precipitem. São “endógenos”, como se costumava dizer, e associados a fatores inatos ou hereditários. Em segundo, podem decorrer de fatores externos, porém sem relação direta com o trabalho, embora afetem a vida laboral do indivíduo. É o caso dos transtornos de estresse (agudo, pós-traumático e de adaptação), que pressupõem, necessariamente, a existência de fatores estressores causais, *porém tais fatores podem não estar relacionados ao trabalho*. Haveria boas razões para pessoas que sofreram estresses importantes em suas vidas não terem sido afetadas, de um modo ou de outro, em suas relações com o trabalho, com os colegas e com o público que atendem? E, apesar disso, não cairiam no saco sem fundos do burnout?

Todo mundo sofre de burnout!

– O MBI diagnostica burnout em cem por cento das populações pesquisadas.

Se, no capítulo “Burnout, doença só de gente extraordinária” vimos que os *burned out* de Freudenberg são sujeitos extraordinários, com Maslach veremos que *todo mundo sofre de burnout, pois, de acordo com os critérios do MBI, todo e qualquer respondedor receberá o rótulo de, no mínimo, burnout leve*.

Isso decorre do fato de que o terço inicial das tabelas EE e DE do MBI corresponde a “burnout leve” e, *mesmo que responda “Nunca” a todos os quesitos relacionados a experiências negativas no trabalho, o respondedor será “diagnosticado” com burnout leve*.

Da mesma forma, se assinalar “Todo dia” nos quesitos envolvendo as experiências positivas de RP, também receberá o rótulo de “burnout leve”.

Em outras palavras: basta o sujeito responder ao MBI que, mesmo tendo relações “perfeitas” com sua vida laboral, receberá o “diagnóstico” de burnout leve...

Portanto, se você, leitor, estiver trabalhando, não tenha dúvidas: você está doente de burnout! Mas aqui cabe a ressalva: Maslach diz que burnout não é doença. Entretanto, milhares de autores ao redor do mundo dizem que é. Mas temos que fazer a ressalva da ressalva: Maslach diz em outros pontos que é doença e que Bibeau, um autor canadense, propõe, inclusive, um “jeito” de fazer o diagnóstico psiquiátrico de burnout, conforme veremos mais adiante.

Ainda, quanto ao MBI diagnosticar burnout em todo e qualquer respondedor, é interessante notar que, a partir da 4ª edição do Manual do MBI, Maslach (Maslach, Jackson & Leiter, 2018) não se refere mais à divisão em burnout leve, moderado e grave, mas registra apenas que, em EE e DE, quando mais altas a somatória das notas, mais altos os graus de burnout e que, em RP, ocorre o oposto — quanto mais baixas, graus mais altos de burnout. Essa mudança parece ter sido uma maneira de tentar contornar o problema de que *qualquer resposta* ao MBI resultaria, no mínimo, em burnout leve. Porém, a questão não fica resolvida, pois está implícito que pontuações mais baixas em EE e DE indicam graus mais leves de burnout e a coluna “Nunca” continua lá, no mesmo lugar. O mesmo raciocínio se aplica a RP — a coluna “Todos os dias” para respostas “otimistas” também continua no mesmo lugar, para o frio tratamento computacional das estatísticas da *psicologia científica*. Ou seja: todo mundo sofre de burnout!

Não é surpreendente o fato de que, com isso, o MBI não tenha critérios de exclusão. Não permite concluir que alguém não está com problemas no trabalho e vivendo suas vidas razoavelmente bem. Não existe “não burnout”... Isso dá a essa “doença” outra característica única e peculiar, talvez pitoresca: é a única para a qual não existe conclusão diagnóstica negativa... “Você não tem burnout” — impossível! (Há autores que introduziram modificações no MBI, desde notas de corte até uso de menos quesitos do que o original. Trata-se, obviamente, de uma adulteração do questionário e do acréscimo de mais confusão ao território do burnout.)

Ainda quanto ao tema “quem tem burnout”, há um dado apresentado por Schaufeli que levanta uma questão importante. Em artigo publicado na África do Sul, escreve:

Praticamente todas as pesquisas de burnout foram conduzidas entre funcionários relativamente saudáveis, enquanto aqueles que não estão trabalhando porque estão doentes, incapacitados ou deixaram a organização geralmente não são incluídos na amostra. Em outras palavras, a pesquisa sobre burnout sofre do chamado *efeito do*

trabalhador saudável, um viés sistemático porque apenas trabalhadores ativos - e, portanto, relativamente saudáveis - são pesquisados. Ou, dito de outra forma, até agora o burnout só foi estudado como síndrome de estresse e não como incapacitação mental (mental disability)³. (Schaufeli, 2003, p. 5).

Obviamente, impõe-se a questão: esses trabalhadores doentes e incapacitados, *por que estão afastados*? Algum transtorno relacionado ao trabalho? Alguma coisa importante escapou às teorias do burnout e aos questionários do MBI? Dentre os que estão “relativamente saudáveis”, alguns estarão doentes “apenas” de burnout?

A dificuldade de interlocução com a terminologia usada pelos autores adeptos do burnout cria mais dúvidas. O que Schaufeli quer dizer com “o burnout só foi estudado como síndrome de estresse e não como incapacitação mental”? Como ele entende “síndrome de estresse”? É algo diverso dos transtornos de estresse descritos pela Organização Mundial da Saúde? Quando diz “e não como incapacitação mental”, entende que a síndrome de estresse não produz incapacitação mental? Certamente, essa não é a experiência da maioria dos psiquiatras ao redor do mundo. Os transtornos de estresse podem produzir os mais variados graus de incapacitação, que podem durar apenas alguns dias ou perdurar indefinidamente, gerando incapacitação e aposentadoria. Ganham corpo aqui, novamente, as idiossincrasias da noção de burnout: afinal, *do que é que estão falando*?

Maslach: burnout não é uma doença. Maslach: burnout é uma doença

(“Soluções” intempestivas para o problema do diagnóstico psiquiátrico de burnout)

A posição de Maslach em relação à clínica versus a psicologia psicometrista parece acrescentar mais fragilidade à noção de burnout. Ela registrou, ao comentar o desenvolvimento histórico da noção, que: “As pessoas usavam o termo para descrever um determinado tipo de experiência antes que a psicologia científica o identificasse como um fenômeno digno de estudo.” (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009, p. 205, grifos meus).

Essa postura pode ter resultado no comprometimento de sua ferramenta de pesquisa e da própria noção de burnout. É algo surpreendente que, ao criar o MBI, não tenha ocorrido a Maslach que seus quesitos poderiam estar associados

a inúmeros transtornos mentais e que há um considerável conhecimento desenvolvido sobre eles, em alguns casos ao longo de séculos.

Fontes parece ter identificado esse descaso de Maslach pela clínica. Apresenta um comentário da autora sobre um levantamento de 48 publicações sobre burnout, no qual ela escreve que “apenas 5 trabalhos tinham quaisquer dados empíricos que fossem além de uma anedota ocasional ou história de caso pessoal” (Maslach e Schaufeli, 1993, p. 4). Fontes investiga mais amplamente esse tema e prossegue, referindo-se às ideias de Maslach:

Hipóteses clínicas sobre as causas do burnout não merecem sequer ser reconhecidas como existentes; apenas trabalhos estatísticos podem oferecer relações causais que vão além de meras descrições. Não estamos longe da desqualificação da clínica como produtora legítima de conhecimento científico. (Fontes, 2006, p. 84-5).

Embora “não estando longe da desqualificação da clínica como produtora legítima de conhecimento científico”, *Maslach faz incursões no campo da clínica e afirma claramente em dados momentos que burnout não é uma doença e em outros que é uma doença.*

Assim, Maslach, Jackson e Leiter (2018, p. 74) registram no Manual que o MBI mede um continuum e que a pesquisa de um continuum é diferente de uma visão dicotômica do burnout, o que o tornaria mais uma doença médica do que um continuum de experiência.²

Em 1997, Maslach e Leiter afirmam que: “Não é um defeito de personalidade ou uma síndrome clínica. É um problema ocupacional” (Maslach & Leiter, 1997, p. 34) e “O MBI avalia o burnout como resultado de problemas no trabalho e não como uma síndrome psiquiátrica” (ibid., p. 156). Ou seja, reiteram que burnout não é uma doença.

E, ainda, nesse mesmo livro — “The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it” (Maslach & Leiter, 1997) —, Fontes observa que “a palavra síndrome só aparece duas vezes, e em ambas as ocasiões se trata de negar sua pertinência para falar do fenômeno.” (Fontes, 2006, p. 90).

No mesmo artigo, entretanto, Maslach e Leiter referem-se claramente a burnout como “doença”:

Ele representa uma erosão dos valores, da dignidade, do espírito e da vontade – uma erosão da alma humana. É uma doença que se espalha gradualmente e continuamente ao longo do tempo, colocando as pessoas numa espiral descendente da qual é difícil se recuperar. (Maslach & Leiter, 1997, p. 17, grifos meus).

Reforçando sua adesão à ideia de que burnout é uma doença, Maslach vale-se da literatura, recorre à clínica e supõe ter resolvido o problema da falta de objetividade do burnout recorrendo a uma — não tenho palavra melhor — *invencionice* no campo da Semiologia Médica, proposta por Bibeau, outro autor da área.

Bibeau et al. (1989) propõem critérios diagnósticos subjetivos e objetivos para o burnout. O principal indicador subjetivo é o estado geral de fadiga extrema [...] O principal indicador objetivo é uma significativa diminuição no desempenho no trabalho durante um período de vários meses, que precisa ser observada em relação a (1) clientes (que recebem serviços de menor qualidade); (2) supervisores (que observam uma eficiência diminuída, absenteísmo, etc.); (3) e colegas (que observam uma perda geral de interesse em assuntos relacionados ao trabalho). (Maslach & Schaufeli, 1993, p. 15, grifos meus).

Logo adiante, Maslach e Schaufeli endossam o ponto de vista de Bibeau: “Embora Bibeau et al. (1989) estejam certos ao argumentar que uma nova categoria diagnóstica é desnecessária, eles demonstraram que o burnout pode ser avaliado em termos psiquiátricos.” (Maslach & Schaufeli, 1993, p. 16).

Trata-se de uma aparente solução, fácil e ligeira, para um problema insolúvel, pois, quanto a ser o estado de fadiga extrema o principal indicador subjetivo, é preciso lembrar que *essa queixa pode estar associada a centenas de fatores diversos*.

Quanto ao restante, *o invencionismo da proposta reside em acreditar que as observações de terceiros poderiam ser consideradas elementos objetivos para se chegar a um diagnóstico psiquiátrico*. Está no fato de que essa proposição prescinde de *elementos semiológicos ao alcance de um examinador independente e coloca em seu lugar informações obtidas de clientes, supervisores e colegas... A observação de clientes, supervisores e colegas é tão sujeita à subjetividade quanto as queixas do próprio “doente”*. Trata-se de “anamnese indireta”. Nem Maslach nem Bibeau parecem se dar conta de que o problema não saiu do lugar e que *o burnout continua sem elementos objetivos que possam ser avaliados de forma independente*.

Além disso, quem convive com problemas envolvendo disfuncionalidades no ambiente de trabalho sabe em que maus lençóis poderá estar o trabalhador que depender de observações de clientes, supervisores e colegas para um “diagnóstico psiquiátrico”! E, ainda, vale lembrar que demências senis também apresentam “*significativa diminuição no desempenho no trabalho durante um período de vários meses*”. Os elementos diagnósticos objetivos, neste caso ou em qualquer outro, vão ficar por conta de quem? Clientes, supervisores e colegas?

Ficamos, enfim, com vários problemas aqui — alguns dos nós do emaranhado a que me referi:

- Problema 1: Maslach e os adeptos da teoria *parecem estar de acordo em algum momento* que burnout é uma doença.
- Problema 2: Maslach e os adeptos da teoria *parecem não estar em acordo em algum momento* que burnout é uma doença.
- Problema 3: Maslach parece estar de acordo e em desacordo consigo mesma acerca da natureza do burnout.

Tal é o *estado de confusão* próprio do território do burnout.

Maslach: a conveniência de aderir ao burnout

Um pouco mais adiante, Maslach entrevê motivos para deixar de usar um diagnóstico psiquiátrico para o burnout.

Entretanto, a descrição de burnout em termos psiquiátricos (como definido no DSM III)¹⁰ pode ter a consequência negativa de rotular os indivíduos como mentalmente doentes. Tem-se afirmado que um motivo para a popularidade do conceito de burnout é que é um rótulo socialmente aceito que transmite um mínimo de estigmatização. (Maslach & Schaufeli, 1993, p. 16).

É de se estranhar tal ponto de vista, vindo de alguém que alegadamente trabalha com psicologia *científica*: argumentar a favor de determinado rótulo em virtude de popularidade e aceitação social, em detrimento da descrição de burnout em termos psiquiátricos... Vale lembrar, ainda, que tudo o que falta ao burnout é uma “descrição em termos psiquiátricos”.

CAPÍTULO 4

Síndrome. Com 140 sintomas??

Burnout tem sido chamado de “doença”, “enfermidade”, “patologia”, “moléstia” ou “síndrome”.

Uma síndrome é conceituada como um *conjunto de* sintomas que caracterizam as manifestações de uma ou várias doenças ou condições clínicas, independentemente das causas que as diferenciem. Assim, de certa forma, o uso do termo “síndrome” para burnout permitiria que fossem incluídos sinais e sintomas muito variados e que, dessa forma, restasse um possível “lugar nosológico” para o fenômeno — ou seja, *para que pudesse ser considerado uma entidade clínica*.

Entretanto, embora uma determinada síndrome possa incluir várias doenças e condições clínicas, as diferentes síndromes comportam (e exigem) *diagnósticos diferenciais* entre si. Podemos nos referir ao menos a uma parte dos quadros de depressão, por exemplo, como “síndrome depressiva”, ou como “síndrome esquizofrênica” às esquizofrenias, porém uma não se confunde com a outra, assim como “síndromes inflamatórias” não se confundem com “síndromes infecciosas”. “Síndrome” não é sinônimo de “qualquer conjunto”.

O burnout, entretanto, *confunde-se com mais de 20 categorias diagnósticas psiquiátricas*, conforme vimos em capítulo anterior *e elas não cabem em uma única síndrome*.

Além dessas, uma enorme variedade de doenças gerais aparece associada à “síndrome do burnout”. Kaschka, Korczak e Broich, em revisão de 852 publicações, referem:

Existe uma associação entre burnout e doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, cutâneas e alérgicas e, no sentido prospectivo, com diabetes mellitus tipo II e hiperlipidemia... Alguns autores relatam alterações neuroendócrinas, hemostáticas e inflamatórias em pacientes com burnout, que não diferem essencialmente daqueles encontrados em outras condições de estresse crônico, transtorno de estresse pós-traumático ou depressão. (Kaschka, Korczak & Broich, 2011, p. 785).

Trigo et al., em revisão da literatura, relataram burnout associado ao uso de álcool e outras drogas ilícitas e ainda:

O indivíduo pode apresentar fadiga constante e progressiva; dores musculares ou osteomusculares (na nuca e ombros; na região das colunas cervical e lombar); distúrbios do sono; cefaleias, enxaquecas; perturbações 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, dispareunia/anorgasmia em mulheres, ejaculação precoce ou

impotência nos homens); alterações menstruais nas mulheres. (Trigo et al., 2007, p. 23).

Schaufeli, entretanto, foi mais longe. Conforme já comentado, ele é, talvez, o mais importante teórico da área, publica em coautoria com Maslach e é um dos colaboradores do último Manual do MBI. Escreveu um livro — *The Burnout Companion to Study & Practice – a critical analysis* — que é central no estudo do burnout, com prefácio de Maslach, que ali registrou: “é a única fonte verdadeira à qual você deve se referir” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. X).

No segundo capítulo, intitulado “O que é. Sintomas e definições”, o autor inicia o texto comentando que “Existem miríades de sintomas e definições possíveis de burnout.” (ibid., p. 19) e repete praticamente as mesmas palavras de Freudenbergue que citei na Introdução, ditas nove anos antes: “o conceito pode ser facilmente expandido para significar qualquer coisa, de tal modo que, ao final, há o perigo de que acabe por não significar nada” (ibid., p. 19). Apresenta uma tabela (páginas 21 a 24) intitulada “*Possíveis sintomas do burnout*”, na qual estão compilados inacreditáveis 132 sintomas de burnout.

É preciso ressaltar que Schaufeli não endossa essa lista, mas faz uma crítica a ela. Um pouco mais adiante há um subtítulo — “*Algumas notas críticas*” —, no qual diz:

A enumeração de 132 sintomas possíveis de burnout mostra que a abordagem através de uma lista com essa extensão é totalmente inadequada para definir o fenômeno. E, ainda, mostra como o conceito se expande a ponto de cobrir virtualmente tudo, perdendo, portanto, seu significado. Depois de examinar a Tabela 2.1, o leitor pode achar difícil pensar em algum sintoma que não esteja incluído! Portanto, parece apropriado fazer algumas observações críticas para colocar em perspectiva a multidão de sintomas de burnout. (ibid., p. 30).

Essa lista pode ser maior ainda. Uma rápida olhada na citação de Trigo, por exemplo, mostra que as quatro afecções de pele citadas por ela não aparecem na compilação de Schaufeli e que as cinco disfunções sexuais que enumera são reduzidas a uma na lista desse autor (“problemas sexuais”). Assim, recorrendo a apenas mais uma autora, a lista vai a 140 sintomas.

As vinte e tantas categorias diagnósticas psiquiátricas, tantos sistemas funcionais e anatómicos (endócrino, cardiovascular, gastrointestinal, neurológico, osteomuscular, imunológico, tegumentar, reprodutivo), envolvendo cerca de 20 enfermidades e os 140 sintomas associados parecem levantar sérias dúvidas sobre a existência de tal entidade clínica e evidenciar,

muito mais, o *estado de confusão* que reina nesse território. Além disso, a considerar esses dados, o burnout seria a mais singular, extraordinária e bizarra das doenças a acometer a espécie humana até hoje.

CAPÍTULO 5

Tautologia e circularidade nas pesquisas em burnout

Além de idiossincrática, a noção de burnout é considerada *tautológica* por alguns autores:

[...] burnout é o que o MBI mede. Essa tautologia é um problema sério, já que [...] o MBI foi desenvolvido indutivamente pela análise fatorial de um conjunto de itens bastante arbitrário. O que teria acontecido se outros itens tivessem sido incluídos? Muito provavelmente, outras dimensões teriam aparecido! (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 188).

Bianchi faz um comentário importante a esse respeito:

A arbitrariedade em torno da elaboração do MBI constitui um problema fundamental, especialmente dado o papel central do instrumento na definição do fenômeno de burnout - “burnout é o que o MBI mede” e o crescimento da pesquisa de burnout como um todo. Conforme observado por alguns pesquisadores importantes no campo da pesquisa de burnout, se outros itens tivessem sido submetidos a essa análise fatorial original, muito provavelmente, outras dimensões teriam surgido e o burnout teria sido definido de forma diferente. Esse estado de coisas enfraquece a construção de burnout em sua própria fundação. (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015, grifos meus).

Dando sequência a seu argumento acerca da possibilidade da emergência de outras dimensões do burnout no MBI e, portanto, de um fenômeno diferente, Schaufeli e Enzmann observam que “De fato, várias definições e abordagens teóricas sugerem que o conceito de burnout é muito mais amplo e abrangente do que o MBI assume.” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 188).

De algum modo, há que se concordar com o argumento desses autores, mas por outro viés: o conceito de burnout é, realmente, muito mais amplo e abrangente do que o MBI pressupõe. O burnout (ou o MBI, tendo em conta a tautologia) “engolfa” mais de duas dezenas de transtornos mentais e com eles se confunde, conforme vimos.

Seguindo, ainda, o argumento de que *o burnout é o que o MBI diz que é, mas poderia ser outra coisa*, resta a questão: que doença inefável é essa?

Kristensen, o criador do Copenhagen Burnout Inventory, a quem voltarei mais adiante, diz algo parecido, porém mais radical em matéria de tautologia: “burnout é o que o MBI mede, e o MBI mede o que é burnout.” (Kristensen et al., 2005, p. 193).

Circularidade

Heinemann e Heinemann comentam outro aspecto crítico envolvendo as pesquisas sobre burnout baseadas em questionários — a falta de conhecimento e

critérios para burnout acabam entrando num círculo vicioso de pesquisas. Apresentam resultados inconsistentes que, por sua vez, levam a mais pesquisas e assim por diante, e o burnout sobrevive devido à própria indefinição que o caracteriza:

Baseando nossas descobertas em uma extensa análise da literatura, argumentamos que, até o momento, a maioria das pesquisas sobre burnout tem sido circular, porque se baseia em questionários que medem sintomas que ainda não foram claramente definidos ou sobre os quais haja unanimidade em medicina e psicologia. A falta de conhecimento e de critérios diagnósticos para burnout desencadeiam novas pesquisas. Isso é, no entanto, igualmente problemático, porque usam os mesmos construtos e inventários discutíveis e contestados para identificar participantes que supostamente sofrem de burnout e, em seguida, examinam essa condição mental nesses indivíduos.

Nossa investigação sobre estudos médicos e psicológicos sobre burnout mostra que, em vez de fornecer mais esclarecimentos sobre o conceito, esse tipo de pesquisa na verdade contribui para o status indefinido da síndrome. No entanto, é precisamente esse status que faz do burnout um termo tão amplamente usado atualmente. (Heinemann & Heinemann, 2017, p. 2).

Aqui, apenas acrescentaria que, diversamente do que afirmam esses autores, os sintomas a que se referem são bem conhecidos e definidos e podem aparecer em inúmeros transtornos psiquiátricos. Ocorre que, além da circularidade das pesquisas, os inventários consideram tais sintomas como manifestações específicas de “burnout”.

CAPÍTULO 6

Questionamento do MBI pelos autores do Copenhagen Burnout Inventory

São muito interessantes os argumentos de Kristensen e colaboradores sobre os motivos para não usar o MBI e terem desenvolvido outra ferramenta. No item “Por que escolhemos não usar o Maslach Burnout Inventory”, por exemplo, dizem: “Como consequência da posição dominante do MBI, este questionário e a definição de Maslach de burnout se tornaram dois lados da mesma moeda: burnout é o que o MBI mede, e o MBI mede o que é burnout.” (Kristensen et al., 2005, p. 193).

A definição de Maslach, Jackson e Leiter (2018) a que se referem aparece logo na página 2 do Manual e atrela fortemente burnout ao MBI.

Em seguida, Kristensen et al. discutem seis argumentos que embasam sua escolha:

1. Um argumento circular?

[...] Assim, a versão de 1986 do MBI só pode ser aplicada no trabalho assistencial. Isso significa que acabamos num argumento circular: a suposição básica (a restrição do burnout a indivíduos que trabalham com pessoas) não pode ser contestada, e a hipótese básica (de que as demandas emocionais inerentes ao “trabalho com pessoas” aumenta o risco de burnout) não pode ser testada, pois o questionário não pode ser usado em um grupo “não exposto”. Do ponto de vista científico, tal situação é claramente inaceitável. Desde então, Maslach et al. desenvolveram um questionário geral - o MBI General Survey (MBI-GS), que pode ser aplicado em todos os setores ocupacionais. Voltaremos a este questionário abaixo. (ibid., p. 193).

2. Relação pouco clara entre o MBI e o conceito de burnout?

[...] De acordo com a definição, o burnout é caracterizado pela ocorrência simultânea de todas as três dimensões, mas, de acordo com o manual do MBI, as três dimensões devem ser medidas independentemente, e foram confirmadas por análises fatoriais como três dimensões distintas e diferentes. No manual, é declarado explicitamente que: ‘os escores para cada subescala são considerados separadamente e não são combinados em uma única pontuação total’. Isso significa que temos um conceito, mas três medidas independentes. (ibid., p. 194).

Já discutimos esse aspecto anteriormente e vimos que cada uma das dimensões sugere associação com grupos de transtornos mentais diversos entre si.

3. Mistura de uma condição individual, uma estratégia de enfrentamento e um efeito?

[...] Assim, a despersonalização é uma estratégia de enfrentamento desenvolvida em uma situação específica e, em nossa opinião, deve ser analisada como tal, juntamente com outras estratégias de enfrentamento e à luz de toda a literatura sobre enfrentamento e estresse. Com relação ao (sentimento de) redução da realização pessoal, pensamos que a mesma lógica se aplica: a realização reduzida deve ser vista como uma das muitas consequências do estresse a longo prazo. Não estamos dizendo que estratégias de enfrentamento e as consequências a longo prazo não são

importantes para estudar. Estamos apenas dizendo que esses importantes fenômenos não devem ser escondidos como partes de uma síndrome. (ibid., p. 194).

4. Questões inaceitáveis?

[...] Esses entrevistados inicialmente preencheram os questionários por conta própria. Depois foram convidados a fazer uma anotação em todas as perguntas que achavam difíceis de responder ou para as quais teriam outros tipos de comentários. Durante as entrevistas seguintes, os entrevistados explicaram porque reagiram a algumas das perguntas. Quase todos os comentários negativos foram direcionados para as questões do MBI. Em particular, as questões sobre despersonalização (como “sinto que trato alguns clientes como se fossem objetos impessoais” e “realmente não importa o que acontece com alguns clientes”) causou reações muito negativas – às vezes até irritação – nos entrevistados. [...] Além disso, algumas das questões sobre realização pessoal provocaram críticas. Várias foram consideradas “muito americanas”. (“Sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho” e “realizei muitas coisas interessantes neste trabalho”). Fomos alertados de que este questionário “nunca funcionaria na Dinamarca”. A tradução de questionários de uma cultura (geralmente os EUA) para outra é uma questão complicada. Muitas vezes, a ênfase principal é colocada em problemas técnicos e traduções precisas, enquanto as questões de diferenças culturais, de gênero e socioeconômicas tendem a ser ignoradas. Para nós, as reações de um grupo de usuários em potencial foram um motivo importante para não escolher o MBI. (ibid., p. 194).

A pesquisadora brasileira Benevides-Pereira identificou algumas dificuldades semelhantes ao fazer a validação do MBI para o português. Referindo-se aos questionários dessa ferramenta, diz: “No entanto, estes têm demonstrado algum tipo de dificuldade por divergências teóricas, culturais, abrangência ou, até mesmo, por dificuldades referentes a direitos autorais.” (Benevides-Pereira, 2015, p. 61).

A questão das diferenças culturais fica bem mais evidente se considerarmos os *burned out* de Freudenberg que, como vimos, são descritos como sujeitos extraordinários em luta com o destino, com evidente pano de fundo da cultura norte-americana.

5. O que o MBI-GS mede?

[...] Em meados da década de 90, foi introduzido um questionário geral para medir o burnout. O MBI-GS foi baseado no MBI original, mas o termo “clientes” foi removido de todas as perguntas e foram adicionadas algumas novas. De acordo com alguns autores (por exemplo, Taris, Schreurs e Schaufeli, 1999), a escala de exaustão do MBI-GS é genérica desde que a palavra “clientes” foi excluída. No entanto, deve-se notar que o MBI-GS não é genérico no verdadeiro sentido do termo, uma vez que todos os entrevistados precisam ter trabalhos remunerados para responder ao questionário. Curiosamente, isso se aplica a todas as perguntas do MBI-GS. No MBI-GS, as três dimensões foram ligeiramente renomeadas. (De exaustão emocional para exaustão, da realização pessoal para eficácia profissional e de despersonalização para

cinismo). A questão central, no entanto, é: o que o MBI-GS mede? Não conseguimos encontrar nenhuma (nova) definição de burnout em conexão com a apresentação do novo questionário. Na maioria dos trabalhos, os autores simplesmente escrevem que foi feito porque havia uma ‘demanda’ por isso. Por exemplo, Maslach, Schaufeli e Leiter (2001, p. 402) escrevem que eles desenvolveram a nova versão do MBI por causa do “crescente interesse em burnout em ocupações que não são tão claramente orientadas para pessoas”. E: “O MBI avalia as mesmas três dimensões que a medida original, usando itens levemente revisados, e mantém uma estrutura fatorial consistente em uma variedade de ocupações “. É difícil entender como um questionário com 16 questões relacionadas ao domínio do trabalho remunerado (MBI-GS) pode medir “o mesmo” que um questionário com 9 perguntas relacionadas a “clientes”, 9 ao trabalho e 4 a sintomas individuais (MBI). Outra questão perturbadora é teórica: na maioria da literatura relacionada a 20 anos de pesquisa sobre burnout, Maslach e muitos outros mantiveram a mensagem central: que o burnout é específico do setor de serviços assistenciais. (ibid., p. 195).

6. Domínio público?

Os três¹¹ questionários do MBI (incluindo o MBI-ES, para professores) não são de domínio público, mas distribuídos por uma empresa comercial. Isso significa que os questionários completos, com opções de respostas, não estão disponíveis em artigos regulares de revistas científicas. No NIOH em Copenhague, temos a política de trocar questionários e outras informações com todas as pessoas interessadas gratuitamente, uma vez que esses instrumentos foram desenvolvidos com dinheiro público. Por esse motivo, não poderíamos usar os Questionários MBI - mesmo se quiséssemos fazê-lo. (ibid., p. 196).

CAPÍTULO 7

Mais problemas...
Critérios diagnósticos...

Schaufeli e Enzmann referem-se a Bibeau e colaboradores (Bibeu et al., 1989) que propõem quatro critérios para *exclusão* de burnout:

Bibeu e seus colegas também mencionam os quatro seguintes critérios de exclusão. Primeiro, indicadores subjetivos e objetivos de burnout não devem resultar de mera incompetência, o que significa que o desempenho no trabalho costumava ser adequado e que houve diminuição. Segundo, que o indivíduo não sofra de psicopatologia maior. Terceiro, os problemas relacionados à família não devem ser responsáveis pela ocorrência de burnout. Finalmente, fadiga severa resultante de trabalho monótono ou sobrecarga de trabalho é excluída, porque isso não é necessariamente acompanhado por sentimentos de incompetência ou por redução da produtividade. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 56).

Chega a ser desorientador o número de pontos passíveis de questionamento que se aglutinam em poucas linhas:

- primeiro, se houve diminuição no desempenho no trabalho, como se pode garantir que se trata de indicador objetivo para burnout e não decorrente de outros fatores?
- segundo, quanto à exclusão de “mera incompetência”: sob o critério de quem? Não é fator sujeito, também, à subjetividade?
- terceiro, quanto a mais uma invenção terminológica, “psicopatologia maior” — do que se trata? Transtornos de ansiedade incapacitantes são psicopatologia maior ou menor? E os transtornos obsessivo-compulsivos, com seus graus extremos de muita ou pouca severidade? Em que classe de psicopatologia seriam incluídos? Indivíduos com transtorno bipolar estabilizados há muitos anos, qual classificação lhes caberia? Além disso, os cerca de 30 transtornos psiquiátricos que são engolfados pelo MBI são incluídos ou excluídos na “psicopatologia maior”?
- quarto, para usar “problemas relacionados à família” como critério de exclusão, teríamos que supor que em indivíduos que apresentassem problemas familiares, as relações com o trabalho ficariam imunes a tais problemas? E, no sentido oposto, indivíduos que apresentassem disfuncionalidades no trabalho, teriam a vida familiar inteiramente preservada, a despeito de apresentarem a suposta doença? Seria possível distinguir com clareza um grupo do outro?

- quinto, contribuindo com as contradições envolvendo a noção, o que é tratado como *critério de exclusão* por esses autores é tratado como *critério de inclusão* por Maslach e Jackson: “Além disso, o burnout parece estar correlacionado com vários índices auto relatados de sofrimento pessoal, incluindo exaustão física, insônia, aumento do uso de álcool e drogas e problemas conjugais e familiares.” (Maslach & Jackson, 1981, p. 2, grifos meus).
- sexto, quanto à sobrecarga de trabalho, novamente, o que é tratado como *critério de exclusão* por Bibeau é tratado como *critério de inclusão* por Maslach e Leiter e Maslach e Jackson:

Mas, mais especificamente, as causas podem ser atribuídas às seis incompatibilidades entre as pessoas e seus empregos que descrevemos no Capítulo Um: sobrecarga de trabalho, falta de controle, recompensa insuficiente, colapso na comunidade, ausência de justiça e valores conflitantes. (Maslach & Leiter, 1997, p. 37, grifo meu).

Vários estressores no ambiente de trabalho, como sobrecarga de trabalho e ambiguidade, estavam relacionados a burnout... (Maslach & Jackson, 1981, p. 2, grifo meu).

Acrescente-se que o *sentimento de estar trabalhando demais* é um dos itens do MBI para exaustão emocional (EE). A julgar pelos critérios de exclusão de Bibeau, Freudemberger não teria apresentado seu burnout pessoal, pois atribuiu o estado a que chegou ao fato de trabalhar 20 horas por dia (Freudemberger & Richelson, 1980, p. XIX).

Finalmente, vale lembrar que não existem critérios de exclusão dentro do MBI, nem a possibilidade de conclusão de que alguém não apresente burnout.

Qualidade metodológica e nível de cientificidade

Schaufeli e Enzmann registram, quanto à qualidade metodológica, que

Apesar da impressionante quantidade de publicações de pesquisas empíricas, a qualidade com frequência é questionável. Kilpatrick (1989) avaliou cuidadosamente o rigor metodológico de quase 200 estudos. Suas observações confirmam a unilateralidade e má qualidade metodológica das pesquisas iniciais sobre burnout: cerca de 90% são inquéritos, 96% apresentam comprometimento do viés de seleção, 88% usam amostras não aleatórias, 89% são estudos únicos sem casos controle; e as taxas de resposta são bastante moderadas (taxa média de 66%). (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 73).

Em seguida, os autores comentam que Kilpatrick afirma que esse cenário vem melhorando, mas não apresentam dados.

Kaschka, Korczak e Broich (Kaschka et al., 2011) procederam a uma revisão sistemática da literatura em 2011, sob o título “Burnout, um diagnóstico da moda”, avaliando 852 publicações sobre “burnout”. Do total de 852, 826 eram de estudos médicos, as demais tratavam de questões econômicas e jurídicas. Usando a escala de 10 pontos do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM), chegaram à conclusão de que, dentre as 826 publicações médicas, 25 preencheram critérios de inclusão para algum nível de cientificidade e, destas, *duas* apresentaram um nível de evidência melhor do que 4. O nível 4 é o nono e penúltimo nível do CEBM.

A escala do Oxford Centre se divide nos níveis 1a, 1b, 1c, 2a, 2b, 2c, 3a, 3b, 4 e 5, conforme descrição a seguir.

- 1a – Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados em diferentes centros clínicos;
- 1b – Ensaio clínico controlado randomizado com intervalo de confiança estreito;
- 1c – Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”;
- 2a – Revisão Sistemática de Estudos de Coorte;
- 2b – Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de menor qualidade);
- 2c – Observação de resultados terapêuticos (*outcomes research*);
- 3a – Revisão Sistemática de Estudos Caso-Controle;
- 3b – Estudo de Caso-Controle;
- 4 – Relatos de Casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade);
- 5 – Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais) (Centre for Evidence-Based Medicine, 2009).

Ou seja, dentre 826 estudos, apenas 23 puderam ser incluídos no último nível da escala, a categoria “Opinião desprovida de avaliação crítica”, que, em

linguagem mais simples, corresponderia a “mera opinião” e apenas dois foram incluídos como “Relatos de Casos”.

Imo procedeu, em 2017, a uma revisão sistemática de pesquisas sobre a prevalência de burnout entre médicos ingleses. Encontrou os mesmos índices alarmantes já comentados, porém identificou falhas metodológicas comprometedoras e assim conclui seu estudo: “O número de potenciais fatores de confusão para a presença de burnout e distúrbios psiquiátricos comuns é vasto e não pode ser controlado apenas através de inventários” (Imo, 2017, p. 202).

Problemas Estatístico-Epidemiológicos

Os dados estatísticos sobre “burnout” são muito divergentes e parecem reflexo da imprecisão da noção, de sua correspondente inconsistência clínica e dos problemas do MBI.

Encontra-se na literatura todo tipo de achado, indo de um extremo a outro:

Um levantamento alemão estimou que 4,2% de sua população de trabalhadores era acometida pela síndrome (Houtman et al., 1998 apud Trigo et al., 2007).

Na Espanha, um estudo transversal em médicos da AP e AE evidenciou burnout em 85,7% dos médicos de AP e 69,1% nos de AE (Munoz et al., 2003 apud Trigo et al., 2007).

Um estudo realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com 205 profissionais de três hospitais universitários, constatou que 93% dos participantes de um dos hospitais apresentavam burnout de níveis moderado e elevado (Borges et al., 2002).

Millan, comentando um estudo de Glasberg et al. sobre a prevalência de burnout em oncologistas brasileiros, observa:

Utilizando o rigoroso critério de interpretação dos resultados (Ramirez), concluíram que 7,8% desses médicos apresentam a síndrome [...] Utilizando um critério mais flexível (Grunfeld), a prevalência subiu para 68,6%,... É questionável, porém, a utilização de critérios de análise que levam a uma discrepância tão grande dos resultados (mais de 60%). (Millan, 2007, p.5).

E conclui:

O fato de o trabalho ser o fator desencadeante não justifica a criação de um novo conceito. Caso contrário, a cada fator desencadeante descoberto, um novo diagnóstico

seria criado, o que tornaria a classificação psiquiátrica um verdadeiro caos. A meu ver, Maslach era uma ótima observadora, pois percebeu com clareza o que se passava com muitos profissionais que se dedicavam ao cuidado de outras pessoas. O estudo desses problemas tem sido fundamental para a melhora da qualidade desses profissionais, o que, sem dúvida, trará benefícios a seus pacientes. Porém, cometeu um equívoco ao dar um novo nome a algo que Hipócrates já conhecia há mais de 2300 anos. É preciso desfazer com urgência essa confusão, sob o risco de criarmos uma nova Babel. (ibid. p. 5, grifos meus).

Heinemann e Heinemann também questionam a prevalência de burnout:

Mas o que significa se cerca de 70% da população sofre de burnout, como sugerido por Glasberg e colaboradores? Qual é o valor dessas informações e do conceito de burnout em geral, se quase todo mundo parece propenso e precisa lidar com ele? Esta questão não é abordada. É simplesmente assumido que a medição do burnout é à prova de falhas e que a aplicação de um determinado inventário produzirá resultados confiáveis, que falam por si mesmos. Tais investigações não fornecem ajuda para realmente entender o burnout, mas apenas servem para aumentar e reproduzir o conceito vago que é hoje. Problemas semelhantes se aplicam a estudos que buscam biomarcadores para burnout. (Heinemann & Heinemann, 2017, p. 9).

Ainda a questão da etiologia e da “miríade de definições”

Conforme vimos, as dificuldades com essa noção começam com Freudenberg (Freudenberg & Richelson, 1980), envolvendo um tratamento informal do assunto, ausência de sistematização e uma grande variedade de fatores etiológicos, como burnout decorrente do trabalho, de separações e frustrações amorosas, de aspectos psicodinâmicos envolvendo a negação da idade, dos fracassos, dos sentimentos, do medo; ao consumo precoce de drogas por crianças, à escalada de sucesso no mundo do crime, às distrações banais do dia a dia, estendendo a noção, ainda, para grupos, para a sociedade americana como um todo e para o meio ambiente (burnout dos recursos naturais do planeta). Seguindo a tendência multietiológica original de Freudenberg, Pines estende o domínio do burnout para o ativismo político (Pines, 1994) e para o amor e o casamento (Pines, 1996).

Em 1981, Pines fazia uma distinção entre “burnout” e “tedium”, associando burnout à pressão emocional prolongada em indivíduos envolvidos em cuidados intensivos com pessoas e “tedium” como resultado de qualquer pressão crônica física, mental ou emocional. Os sintomas são considerados similares. Posteriormente, abandona essa divisão (Pines et al., 1988)

Perlman e Hartmann propõem investigar multifacetado do burnout: burnout do desenvolvimento/amadurecimento, burnout da seleção de carreira, burnout do papel no trabalho, burnout das expectativas incongruentes no trabalho e burnout resultante de interações complexas entre os anteriores (Perlman & Hartman, 1982)

Schaufeli e Enzmann comentam Golembiewski, que também teoriza, discordando de Maslach. “A maior parte das pesquisas de sua equipe é conduzida em organizações comerciais, fora dos serviços assistenciais” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 132). Golembiewski, um especialista em Administração, discorda de Maslach quanto à sequência dos três componentes do burnout. Para ele, o burnout começa com DE, seguido por RP e depois EE...

Schaufeli e Enzmann comentam, também, uma pesquisa sobre a relação entre depressão e burnout — um pode ser causa do outro e vice-versa:

Apenas um estudo (McKnight & Glass, 1995) tenta explicitamente responder à questão sobre se a depressão causa ou consequência do burnout. Infelizmente, os autores não conseguiram encontrar suporte para nenhuma das relações causais. Parece que o burnout pode ser considerado consequência e também causa da depressão. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 86).

Nesse caso, parece que estaríamos novamente às voltas com circularidade, desta vez no campo da etiologia: burnout é uma doença que causa depressão, que é uma doença que causa burnout, que é uma doença que causa depressão...

Quanto às abordagens teóricas, Schaufeli trata do assunto nos seguintes termos:

Apesar dos esforços das últimas décadas, ainda falta um quadro teórico abrangente. De fato, uma teoria generalizadamente aceita ou um modelo explicativo abrangente do burnout sempre permanecerão ilusórios, tendo em vista a enorme complexidade do fenômeno. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 101).

Aí está uma questão talvez interessante para epistemólogos: o que Schaufeli está dizendo é que, devido à sua enorme complexidade, o fenômeno escapa da possibilidade de compreensão: “um modelo explicativo abrangente sempre permanecerá ilusório”. Não se está muito longe de dizer que *o burnout é uma miragem*. Bianchi quase o diz no título de uma carta enviada ao *British Medical Journal*: “A epidemia de burnout é uma ficção acadêmica?” (Bianchi, 2017). O objeto burnout ganha, assim, nuances de inefabilidade, intangibilidade e nebulosidade. Se estamos falando de uma doença e, enquanto doença, o burnout não alcança nem mesmo o nível descritivo em termos semiológicos, como

podemos falar em “modelo explicativo abrangente”? É possível desenvolver “n” teorias, em diversos campos e sob diversos vieses, por exemplo, sobre esquizofrenia ou pneumonia, mas, antes, é preciso dizer *o que é* esquizofrenia e *o que é* pneumonia. O que parece faltar ao burnout não é “um quadro teórico abrangente”, *senão o fenômeno com sua identidade própria*.

E, ainda, se o burnout é caracterizado pela “enorme complexidade do fenômeno”, que faz com que “uma teoria generalizadamente aceita ou um modelo explicativo abrangente do burnout sempre permanecerão ilusórios”, como entender que esse fenômeno cheio de complexidade e intangível *pode ser tão facilmente identificado em poucos minutos por um questionário com quesitos tão simples como os do MBI?*

E não deixa de ser surpreendente que Heinemann & Heinemann, citando o próprio Schaufeli, escrevem: “o MBI e o Burnout Measure têm sido criticados por uma série de itens fracos e ambíguos, o que pode ser interpretado como um indício de uma definição fraca do próprio fenômeno.” (Heinemann & Heinemann, 2017, p. 8, grifos meus).

A definição operacional de Schaufeli e Enzmann

Esses autores consideram impossível apresentar uma descrição geral do burnout, dado que “A razão pela qual tal definição consensual não pode ser formulada é evidente: as definições existentes são contraditórias, ao menos em alguns aspectos” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 36).

Propõem, então, com base numa revisão dos sintomas e nas definições de estado e processo que apresentam anteriormente, uma definição operacional:

Burnout é um estado mental persistente, negativo, relacionado ao trabalho, em indivíduos “normais”, caracterizado primariamente por exaustão, acompanhada por angústia, um sentimento de redução da eficiência, diminuição da motivação e pelo desenvolvimento de atitudes e comportamentos disfuncionais no trabalho. Essa condição psicológica se desenvolve gradualmente, mas pode permanecer despercebida por muito tempo pelo indivíduo envolvido. Resulta de um desajuste entre intenções e a realidade no trabalho. Muitas vezes o burnout se autoperpetua devido a estratégias inadequadas de enfrentamento associadas à síndrome. (ibid., p. 36).

Comentam a seguir que

Esta definição operacional de burnout especifica sua sintomatologia geral, suas precondições, assim como o domínio onde ocorre. Mais especificamente, a definição reduz mais de 100 sintomas a um indicador central (exaustão) [...] Além disso, intenções frustradas e estratégias inadequadas de enfrentamento desempenham um

papel como precondições [...] Finalmente, o domínio é especificado: os sintomas são relacionados ao trabalho e o burnout acontece em indivíduos ‘normais’, que não sofrem de psicopatologia. (ibid., p. 36).

A despeito do esforço dos autores para oferecer uma definição com texto cristalino e inequívoco, ele suscita muitas dúvidas.

Em primeiro lugar, temos o problema com a inespecificidade semiológica de “exaustão”, conforme já discutido. *É tal a inespecificidade que, segundo o próprio Schaufeli, “caberiam” mais de 100 sintomas do burnout sob o rótulo de exaustão.*

Em segundo, seria necessário incluir somente os indivíduos “normais” para o diagnóstico — algo que é bastante difícil de definir e categorizar. Decorre ainda daí que indivíduos “anormais” estariam excluídos. O texto permite entender com clareza: normais são aqueles que *não sofrem de psicopatologia* e anormais são aqueles *que sofrem*. Qualquer estudioso ou especialista em transtornos mentais sabe que a divisão dos indivíduos nesses dois grupos — os “normais” e os “anormais” — é bastante problemática, difícil, senão impossível (as implicações mais abrangentes disso envolveriam a divisão da humanidade em duas categorias...). Os “mais de 100 sintomas” que, segundo Schaufeli, seriam reduzidos à exaustão afetariam, portanto, somente indivíduos “normais”?

O cruzamento de ideias sobre o burnout levanta questões que mergulham em mais contradições: conforme o mesmo Schaufeli reconhece, os casos de burnout identificados a partir do MBI se sobrepõem a muitos diagnósticos psiquiátricos. Como fica, então, a separação entre “normais” e “anormais” proposta em sua *definição operacional*?

Em outro ponto de seu livro, dizem os autores:

Alternativamente, em nossa definição operacional, caracterizamos burnout em termos de construtos psicológicos gerais que não podem ser observadas diretamente. [...] Ao contrário de uma abordagem indutiva para a definição do burnout, uma abordagem dedutiva permanece necessariamente ampla e abstrata. Em consequência, deve-se concluir que, muito paradoxalmente, a especificidade do burnout é melhor representada usando uma definição abstrata em vez de apenas listar seus sintomas. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 186).

Esse argumento resulta numa dúvida inevitável: *estamos falando de uma doença?* A especificidade dessa doença é que é ela uma abstração? A proposição causa mais surpresa ainda ao se considerar os esforços desses autores para fazer crer que burnout é uma entidade clínica, seja doença, patologia, enfermidade ou síndrome.

Se o burnout existe como entidade clínica, como mantê-lo na condição de “construtos psicológicos gerais que não podem ser observados diretamente”?

Além disso, como se compõe esse argumento dos autores com sua proposta apresentada algumas páginas antes: “O rótulo diagnóstico de neurastenia da CID 10 pode, com a condição de estar relacionado ao trabalho, ser usado para a avaliação individual de burnout.”? (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 56). Significa que, na falta de pé na realidade, vamos “improvisar uma fenomenologia” para esse objeto intelectual e dar-lhe o nome de neurastenia?

Burnout & Neurastenia

Schaufeli e Enzmann tentam resolver o problema do burnout na nosografia médica por meio de um expediente curioso. Propõem o seguinte: “O rótulo diagnóstico de neurastenia da CID 10 pode, com a condição de estar relacionado ao trabalho, ser usado para a avaliação individual de burnout.” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 56, grifos meus).

Não fica muito claro o que estão propondo. Seria “vamos diagnosticar burnout, mas dar-lhe o nome de neurastenia”? O burnout é uma doença que precisa tomar outra emprestada para falar de si mesma? O que quer dizer “ser usado para a avaliação individual de burnout”?

Prosseguem enumerando os sintomas da neurastenia de acordo com a CID-10 da OMS, e comentam que “[...] estes critérios abrangem, em grande parte, os elementos do burnout que foram identificados em nossa definição prévia” (ibid., p. 56-7).

Falam em seguida da inespecificidade da neurastenia em termos de contexto e propõem: “Por esse motivo, considera-se necessário adicionar o critério de relação com o trabalho para que neurastenia relacionada ao trabalho seja o rótulo diagnóstico psiquiátrico mais apropriado para o burnout.” (ibid., p. 57, grifos meus).

Como assim? O diagnóstico de burnout depende de uma escolha arbitrária dentro da lista da CID 10?

Parece que os autores *não* estão propondo uma nova descoberta sobre a neurastenia, como se agora houvesse evidências de que esse transtorno, na verdade, tem uma de suas formas clínicas relacionada etiológicamente ao trabalho. Não parece, tampouco, que estão dizendo que a descoberta do burnout

já estava inscrita na nosografia psiquiátrica, só que com outro nome, nem parece que estão propondo, simplesmente, trocar o nome do burnout. Trata-se, na verdade, de uma improvisação artificiosa *que só faz expandir o estado de confusão que ronda a noção*. Na falta de um quadro clínico para caracterizar o burnout, vamos então chamá-lo de neurastenia, como se tudo pudesse ser resolvido por meio de um malabarismo intelectual.¹² *É assim que se constrói conhecimento no território do burnout?*

Enfim, esta não é mais uma das evidências de que burnout não se sustenta como entidade clínica e que precisa de uma improvisação desse tipo?

Além disso, há *outros problemas em jogo*.

A neurastenia é uma categoria que “atualmente está em relativo desuso e tende a ser substituída pelos conceitos de síndrome da fadiga crônica, distímia, fibromialgia, entre outros.” (Dalgarrondo, 2019, p. 377). Segundo Soar Filho, “Este diagnóstico, que já esteve tão em voga na psiquiatria ocidental, foi praticamente eliminado nas atuais nosografias (e somente permanece na CID-X por uma espécie de solução negociada).” (Soar Filho, 2003, p. 321). Sobrevive, entretanto, sobretudo no leste asiático e é “um dos transtornos mais diagnosticados na República Popular da China.” (Kaplan & Sadock, 2007, p. 710).

Trata-se, tal qual o burnout, de categoria diagnóstica com forte sobreposição com outros diagnósticos, como as depressões, transtornos somatoformes e transtornos de personalidade — daí, seu desuso e substituição por diagnósticos mais específicos. Além disso, a neurastenia é vinculada à noção de uma disposição constitucional, estando, nesse sentido, muito distante do que dizem os teóricos do burnout.

Outro problema relaciona-se a aspectos epidemiológicos. O diagnóstico de neurastenia é raro atualmente na prática clínica no Ocidente, ao passo que algumas pesquisas atribuem níveis alarmantes de prevalência ao burnout. Por exemplo, 85,7% em médicos da assistência primária em uma região da Espanha (Munoz et al., 2003) ou 93% de trabalhadores em hospital universitário do Rio Grande do Norte (Borges et al., 2002). São todos “neurastênicos relacionados ao trabalho”?

O detalhe que faz a diferença

A introdução da neurastenia na discussão permite uma breve, mas fundamental, extensão do assunto. Como vimos, a neurastenia apresenta alguns problemas semelhantes aos do burnout quanto à sua condição como entidade clínica — é polêmica, vem sendo questionada, foi excluída de um sistema nosográfico, o DSM IV, o diagnóstico é difícil, sobrepõe-se a vários diagnósticos psiquiátricos etc. *O detalhe que faz toda a diferença é que a neurastenia está inserida dentro de referenciais semiológicos e psicopatológicos conhecidos e aceitos pela comunidade de especialistas, o que permite interlocução, discussão e evolução do conhecimento sobre o assunto*, ao passo que a interlocução sobre burnout é impossível, dada a idiosincrasia, o isolamento e toda a confusão envolvendo a noção. A existência de elementos semiológicos possibilitou, por exemplo, que o diagnóstico de neurastenia se desdobrasse em outros, como síndrome da fadiga crônica e fibromialgia, destacando-se da neurastenia e ganhando maior especificidade. Sabe-se atualmente, por exemplo, que a síndrome da fadiga crônica, que seria o equivalente de neurastenia no DSMV, inclui *sinais* como febre baixa e nódulos linfáticos hipersensíveis (Kaplan & Sadock, 2007). Pesquisas revelam que há ativação de circuitos neurais relacionados à dor na fibromialgia etc. (Dalgarrondo, 2019). O inefável e nebuloso burnout, com suas inúmeras teorias e seus 140 sintomas, permanece isolado numa ilha de tautologia e idiosincrasias.

Uso singular e distorcido de conceitos da Psicopatologia

Este capítulo é apresentado, sobretudo, para aqueles que não têm familiaridade com a terminologia psiquiátrica, dado que uma característica que vamos encontrar em toda a literatura sobre burnout é o uso singular e distorcido de conceitos da Psicopatologia. O problema vai se estender por toda a bibliografia sobre burnout e contribuirá para o estado de confusão envolvendo a noção.

Estas observações podem parecer excesso de detalhismo ou preciosismo. Entretanto, *o uso de terminologia ora livre, ora inusitada, ora imprecisa para burnout, implica em dificuldade ou mesmo impossibilidade de interlocução com outras áreas do conhecimento, dificuldade de delimitação do fenômeno, de realização de diagnóstico diferencial, de inserção no sistema referencial da psicopatologia, para que se saiba, em última análise, do que é que se está falando.*

Um olhar menos rigoroso poderia entender a liberalidade com que os autores usam de modo singular a terminologia especializada e não levar isso a sério, o que, contudo, não deixa de ser um problema em matéria de conhecimento e, em última análise, significaria não levar o burnout muito a sério. Fazem parte desse rol termos como paranoia, desorientação, cinismo, exaustão emocional, despersonalização e realização profissional, “psicopatologia maior” etc.

O uso do termo *paranoia* merece uma nota. Aparece no artigo de 1974 e ao longo de toda a obra de Freudenberger. Em 1980, ele publicou “Burnout – the high cost of great achievement”, que tornaram suas ideias conhecidas pelo grande público. Há no texto uma inserção para definir esse suposto sintoma do burnout, ao referir-se ao caso de Miriam, uma paciente de sua clínica privada:

Paranoia

É apenas um pequeno passo entre sentir-se desvalorizado e francamente maltratado. Quando as coisas estão dando errado, como vimos com Miriam, surge um sentimento vago de que alguém deve ser culpado. No caso de Miriam, não havia um vilão para o qual pudesse apontar. Mas, conforme o burnout progride, geralmente é encontrado um alvo. O chefe, os colegas de trabalho, o cônjuge, um filho, pode ser qualquer pessoa próxima. A constante em uma condição paranoide é que o burned out sente-se explorado, maltratado e cada vez mais desconfiado do ambiente e das pessoas ao redor, possivelmente até dos membros de sua família. (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 65).

Paranoia é sinônimo do que atualmente é denominado “transtorno delirante persistente” na 10ª Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID F22). Não se confunde com “condição paranoide”, que Freudenberger usa logo em seguida. A paranoia é um transtorno psicótico grave, relativamente raro, podendo manifestar-se como delírio persecutório, de grandeza, místico-religioso ou erótico. Freudenberger descreve uma pessoa desconfiada, mas não psicótica. Associa a manifestação a “quando as coisas não estão dando certo”, mas a paranoia, um transtorno crônico, nada tem a ver com as coisas estarem ou não dando certo. Nenhum dos quesitos do MBI diz respeito ou sugere qualquer relação de burnout seja com paranoia ou condição paranoide.

Desorientação

Freudenberger usa também o termo “desorientação” de modo particular e distorcido. Ele a descreve assim:

Na medida em que o burnout avança, o sujeito sente uma crescente separação de seu ambiente. As coisas parecem fora de ordem. Estão acontecendo coisas que ele não entende. Senta-se em uma reunião ou encontro social, seus pensamentos estão a milhares de quilômetros dali e, de repente, percebe que não se lembra de uma só palavra que Smith disse. (Freudenberger & Richelson, 1980, p. 65).¹³

Desorientação em psicopatologia diz respeito a uma perturbação do nível de consciência — o indivíduo pode apresentar desorientação em relação ao tempo, ao espaço e a si mesmo e, via de regra, está associada a doenças envolvendo alterações metabólicas e danos cerebrais — e as demências são casos típicos desses danos. A descrição de Freudenberger sugere uma perturbação da *atenção* e consequente dificuldade de concentração, que não se confunde com “desorientação”. Se quisermos ir um pouco além e refinarmos essa observação, sabemos que a *atenção* pode até estar seriamente comprometida em quadros de desorientação, que é uma perturbação grave do funcionamento mental, mas uma não se confunde com a outra.

Cinismo

A palavra “cinismo” também começa a ser empregue já por Freudenberger. Maslach vai aderir ao termo substituindo “Despersonalização” (Depersonalization) por cinismo (Cinicism) numa das versões do MBI, o GS (General Survey). O termo “cinismo” não corresponde a um conceito em psicopatologia e o emprego de terminologia informal em nada ajuda, sobretudo quanto à possibilidade de estabelecer diagnósticos diferenciais com outros transtornos. É difícil entender como se dá o salto do uso de um conceito (equivocado) da Psicopatologia para cinismo, termo que se refere a apenas uma característica de personalidade ou reação psicológica pontual e passageira.

O termo “exaustão emocional” (EE), conforme já discutido, é inespecífico e pode estar associado a centenas de agravos da saúde humana.

Despersonalização, da qual também já tratamos, envolve o uso distorcido de um conceito psicopatológico — o uso do termo despersonalização pelos autores do burnout nada bem a ver com o conceito psiquiátrico de despersonalização.

Realização profissional (RP), embora seja um aspecto da vida a ser considerado em qualquer avaliação ou investigação da saúde, é termo descritivo e inexistente como conceito em Psicopatologia. Como Maslach afirma que cada um dos blocos do *tripé multidimensional da síndrome* diagnóstica burnout de forma independente, supõe-se, portanto, que é possível diagnosticar uma doença

ou síndrome com oito questões relativas a experiências otimistas envolvendo “realização profissional”...

Burnout e iatrogenia

Iatrogenia refere-se a condutas que podem causar danos ao paciente. Iatrogênico é o ato específico que provoca esses danos.

Segundo Tavares,

o significado mais aceito é o de que iatrogenia consiste num resultado negativo da prática médica. Nesse sentido, um médico, ainda que disponha dos melhores recursos tecnológicos diagnósticos e terapêuticos, é passível de cometer iatrogenias (Tavares, 2007, p. 181).

É difícil avaliar o potencial iatrogênico decorrente da crença em uma entidade clínica que não se sustenta como tal. O estado de confusão que permeia a noção de burnout — e que envolve os próprios especialistas da área — é, por si só, uma poderosa fonte de fatores iatrogênicos.

Ao considerarmos os 140 sintomas compilados do burnout, o MBI, que diagnostica burnout em qualquer respondente e não apresenta critérios de exclusão, dados estatísticos que chegam a atribuir 70, 80, 90% de prevalência de burnout em grupos pesquisados, *não há outra conclusão, senão a de que, a se levar a sério burnout como doença, tratar-se-ia da mais extraordinária, generalizada e impressionante medicalização da vida humana. Iatrogenia em larga escala.*

No plano da atenção ao indivíduo, uma das consequências iatrogênicas da crença envolve a questão do tratamento. *Dentre as dezenas de transtornos com os quais o burnout se confunde, há condutas diferenciadas e específicas para muitos deles.*

As condutas para os quadros depressivos (bloco EE) podem ser diferentes umas das outras dentro do próprio campo das depressões. O tratamento dos transtornos de personalidade (bloco DE) esbarra, com frequência, na baixa resposta a intervenções medicamentosas e na baixa adesão a tratamentos, incluídas aí as psicoterapias, além das dificuldades do vínculo médico-paciente; as doenças psicossomáticas podem exigir tratamento específico para cada uma delas etc.

Não é difícil concluir que, ao se lançar tudo no saco sem fundos do burnout, *as condutas e orientações específicas que muitos casos exigiriam vão, também, para dentro desse saco sem fundos.*

Cheney traz um bom exemplo desse problema em artigo em que comenta uma pesquisa sobre o risco iatrogênico de se “diagnosticar” burnout em médicos que, na verdade, apresentam quadros depressivos graves. Esse risco, certamente, estende-se para qualquer indivíduo que se encontre na mesma situação:

Em um artigo publicado este mês no JAMA Psychiatry, um trio de médicos liderados por Maria Oquendo, MD, PhD, da Escola de Medicina Perelman da Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, afirma que o foco generalizado em burnout pode levar a diagnósticos errados de graves doenças mentais entre os médicos. “É fundamental que o burnout não se torne o termo genérico para o sofrimento emocional experimentado pelos médicos”, eles explicaram. “A identificação apropriada de distúrbios psiquiátricos aumentará a probabilidade de que se busque o tratamento correto.

No entanto, como o estigma e a vergonha estão associados a distúrbios psiquiátricos, e temos uma formulação psicossocial conveniente e pronta para explicar a angústia na profissão médica, existe o risco de que as doenças psiquiátricas tenham menos probabilidade de serem identificadas, reconhecidas e tratadas adequadamente.”

Os sintomas de burnout, como exaustão, se sobrepõem aos sintomas do TDM e os sinais do TDM em médicos exigem uma avaliação psiquiátrica completa. [Obs: - TDM corresponde a transtorno depressivo maior].

“Rotular erroneamente o sofrimento de um médico como burnout pode impedir ou atrasar o tratamento apropriado de TDM, um distúrbio mental grave e, às vezes, com risco de vida”, escreveu o grupo de Oquendo. “Dados os riscos associados à ideação suicida, é imperativo que a presença de ideação suicida leve a uma avaliação para descartar o TDM”. “O preconceito é um fator de risco significativo para médicos angustiados”, acrescentaram.

“Dado o forte estigma envolvendo as condições psiquiátricas, o médico pode tender muito mais a considerar seu problema como burnout do que um distúrbio psiquiátrico”, escreveram eles. “Nesse cenário, o médico pode deixar de procurar intervenções farmacológicas ou psicoterapêuticas eficazes para seu TDM, mas sair em busca de estratégias de redução e relaxamento do estresse comumente recomendadas para o burnout, como ioga, aulas de mindfulness ou folgas do trabalho.” (Cheney, 2019, para. 1).

Desnecessário dizer que não há tratamento específico para burnout. Por outro lado, como essa “doença” engolfa dezenas de transtornos psiquiátricos, é de se esperar que boa parte da farmacopeia psiquiátrica estará à disposição de forma mais ou menos errática para os assim considerados “burned out” — vide a citação de Cheney anterior — com todos os riscos de iatrogenia daí decorrentes. Desnecessário dizer, também, que essa medicalização generalizada da vida humana agrada aos “bons olhos” das “Big Pharma”...

Como a entidade clínica não existe, além de ioga, mindfulness e exercícios físicos, pode-se indicar psicoterapia. A psicoterapia é boa e benéfica mesmo para

quem não apresenta diagnóstico algum. Portanto, sugerir psicoterapia para “casos de burnout” trata-se de propor a conduta certa para a doença errada.

Entretanto, pode ser conduta iatrogênica encaminhar para psicoterapia, por exemplo, uma pessoa com depressão grave — conforme deixa claro o artigo citado por Cheney. Além disso, segundo os principais autores da área, o burnout é um problema circunscrito ao indivíduo. Contrariando essa visão, vale lembrar o que dizem os médicos americanos citados no capítulo “Assédio Moral”: “O termo ‘burnout’ sugere[...] em essência, que o problema reside no indivíduo, que, de alguma forma, está falhando.” (Dean, Dean & Talbot, 2019, para. 5). Portanto, nos casos das diferentes reações ao estresse, o problema pode estar na instituição e não no indivíduo. Quanto às depressões — já discutido —, há orientações específicas, dentre as quais a psicoterapia, que poderia estar associada a intervenções medicamentosas. Encaminhar para psicoterapia tanto uns quanto outros com o “diagnóstico” de burnout, é conduta potencialmente iatrogênica, na medida em que outras abordagens que esses casos exigiriam não seriam implementadas. Quanto às depressões, sobretudo moderada e grave, indicar exercícios físicos — algo comum nas sugestões de tratamento dos adeptos do burnout — é a última coisa que se deve fazer, pois as pessoas com esses diagnósticos “*estão no limite de suas possibilidades*” (para usar um dos quesitos do MBI) e essa indicação torna-se mais uma fonte de angústia, na medida em que não têm disposição alguma para atender a expectativa que se coloca sobre elas, expectativa frequentemente inflada pelos familiares.

CAPÍTULO 8

Burnout na Suécia e na Holanda

Na busca de legitimação de burnout como doença, Schaufeli, Leiter e Maslach afirmam que o fenômeno foi reconhecido como diagnóstico médico em dois países europeus com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a Suécia e a Holanda.

Passaporte falso para a Suécia

No caso da Suécia, Schaufeli, Leiter e Maslach (2009) valem-se de uma pequena modificação feita naquele país na categoria diagnóstica dos Transtornos de Estresse (F43) da CID 10 para afirmar que o burnout foi introduzido como diagnóstico médico. Trata-se de uma atitude, no mínimo, bastante questionável, sob vários pontos de vista. O procedimento se dá em vários passos e é preciso atenção para entender o que foi feito.

Os autores dizem o seguinte em “Burnout: 35 years of research and practice” (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009):

[...] o burnout gradualmente se expandiu de um fenômeno psicológico para abranger também um diagnóstico médico, pelo menos em alguns países europeus, como Holanda e Suécia. (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009, p. 213).

E, em seguida: “Na Suécia o diagnóstico de burnout da CID 10 foi introduzido em 1997...” (ibid., p. 213). Na mesma página, dando continuidade a esse argumento, afirmam:

[...] Schaufeli et al. (2001) usaram neurastenia, conforme definido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 1994) como o equivalente a burnout severo¹⁴ [...] De acordo com a CID-10, um diagnóstico de neurastenia (**código F43.8**) requer:

- . fadiga ou fraqueza persistente e aumentada após esforço (mental) mínimo;
- . pelo menos dois de sete sintomas de angústia, como irritabilidade e incapacidade de relaxar;
- . a ausência de outros transtornos, como transtorno de humor ou transtorno de ansiedade. (ibid., negrito e grifos meus).

A primeira coisa que se nota é que Schaufeli, Leiter e Maslach *trocaram o código da CID 10 para neurastenia*. Essa troca fará com que o código falsamente atribuído a neurastenia *irá coincidir com uma extensão da CID 10 efetivamente feita na Suécia (F43.8.A)*.

Há quatro malabarismos intelectuais aí envolvidos.

O primeiro deles é este: trocar o código diagnóstico de neurastenia da CID 10.

O segundo é fazê-lo coincidir com o acréscimo na CID 10 feito na Suécia.

O terceiro é levar o leitor a crer que existe um diagnóstico para burnout na CID 10 — que seria, obviamente, o F43.8.

O quarto é levar o leitor a crer que, juntando os três anteriores, burnout foi reconhecido como diagnóstico médico na Suécia.

Nada mais inverídico, pois:

- não existe um “diagnóstico de burnout da CID 10”;
- F43.8 nada tem a ver com neurastenia, é transtorno de estresse, dentro da categoria F43 e suas subdivisões;
- o código para neurastenia é F48.0 e não F43.8;
- F43.8 designa “Outras reações a estresse grave”;
- F43.8 *não é acompanhado na CID por nenhuma das 3 especificações dadas pelos autores*, conforme citado anteriormente, e não fica claro de onde Schaufeli, Leiter e Maslach as tiraram.

A primeira delas (fadiga após esforço mínimo) parece ter sido extraída da descrição de neurastenia da CID10, F48.0.

Não é possível saber de onde tiraram a segunda especificação (dois de sete sintomas de angústia).

Quanto à terceira (ausência de outros transtornos, como transtorno de humor ou transtorno de ansiedade), *a descrição de neurastenia da CID é exatamente o oposto disso*: “A preocupação com a diminuição do bem-estar mental e corporal, irritabilidade, anedonia e vários graus menores de depressão e ansiedade são comuns.” (CID 10ª Revisão, 2010, EDUSP, grifos meus).

– burnout continua sob o mesmo código Z73.0 na Suécia, como *Utbrändhet*. Tal qual o inglês, a língua sueca permite exprimir o mesmo significado condensado de burnout, pois “ut” significa “fora” e “brändhet”, queimando).

(fonte: <http://icd.internetmedicin.se/diagnos/?code>)

– os suecos, de fato, introduziram uma síndrome à qual deram o nome de *utmattningssyndrom*, cuja tradução para o inglês é *fatigue syndrome* e, para o português, *síndrome da fadiga*.

(fonte: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>)¹⁵

– O burnout é tratado pela linguagem leiga e na mídia sueca pelo seu equivalente *utbrändhet* e não como *utmattningssyndrom*.

(fonte: <https://www.aftonbladet.se/halsa/a/oR36gR/utbrandhet-ar-ett-pahitt>)

– A codificação da *utmattningssyndrom* foi feita com o acréscimo de uma letra — F43.8.A — *dentro do grupo dos estresses, portanto*. O conceito dos transtornos de estresse exige um fator causal externo e, no caso sueco, a extensão F43.8.A foi usada para identificar, especificamente, o trabalho como esse fator estressor. Essa especificação parece ter, dentre outros, o objetivo de regulamentar licenças médicas e benefícios securitários (vide a descrição da *utmattningssyndrom* no Apêndice).

O conceito de “*utmattningssyndrom*” (CID F43.8.A) situa-se dentro do conceito de estresse da CID/OMS e está muito longe da noção de burnout pelas seguintes razões:

- Não é feita nenhuma referência a burnout.
- A definição sueca para a “síndrome da fadiga” também não faz menção a nenhum dos conceitos definidores do burnout, particularmente ao “tripé multidimensional da síndrome” e suas siglas EE, DE e RP.
- A definição sueca prevê a interferência de conflitos externos e familiares, quando nas teorias do burnout conflitos familiares são critério de exclusão para alguns autores e de inclusão para outros e *conflitos externos e familiares nem de longe são lembrados pelas questões do MBI*.
- A definição sueca recomenda a consideração de conflitos no ambiente de trabalho, enquanto as teorias do burnout circunscrevem fortemente o burnout a uma problemática individual.
- A descrição sueca do fenômeno é feita em linguagem compatível com as descrições consolidadas da OMS, sem recorrer à terminologia idiossincrática do MBI/burnout.

As teorias do burnout apresentam todas as fragilidades, inconsistências e absurdos discutidos neste livro, com a resultante confusão em que a noção está mergulhada. Entretanto, recorrer a procedimentos desse tipo parece resultar num atestado de precariedade passado pelos próprios autores da área, reconhecendo que sua noção não se sustenta como entidade clínica, síndrome, doença, enfermidade ou patologia.

E ainda:

Na página do *Socialstyresen* ou Conselho Nacional de Saúde e Bem-estar sueco, instituidor da síndrome da fadiga ou *utmattningssyndrom*, há um documento disponível produzido por um grande grupo de trabalho que estudou o assunto (Åsberg, Glise, Herlofson, Jacobsson, Krakau, Nygren, Perski, Svensson, Nathell, & Vingård, 2003).

Ali, depois de examinar *14 definições e vieses* de burnout, lê-se o seguinte:

Termos atuais como “burnout”, “fadiga” e “estresse” são vagamente definidos e tendem a ser usados para condições variadas com sintomatologia mental e uma possível conexão com a situação de trabalho. Isso tem consequências na forma de dificuldades para dar uma visão geral do problema e dificuldades para organizar esforços sistemáticos para tratamento e reabilitação. (ibid., p. 28).

Segundo o mesmo grupo de autores, a *utmattningssyndrom* apresenta pontos obscuros e desconhecidos, que tornam públicos por meio do próprio *Socialstyresen* (Conselho Nacional de Saúde e Bem-estar). O último capítulo deste trabalho tem o título de “Necessidade de pesquisas” e inicia com a seguinte constatação sobre a síndrome da fadiga: “Para um quadro de doença que reconhecidamente não é novo, mas em que faltam conhecimentos de base científica em praticamente todos os níveis, a necessidade de pesquisa é óbvia.” (ibid., p.79).

Burnout na Holanda – multiplicidade de diretrizes, informalidade e confusão teórica

A pesquisa sobre como o burnout teria sido introduzido na Holanda mostrou-se bem mais difícil do que na Suécia. O artigo (Van der Klink & Van Dijk, 2003) citado como referência por Schaufeli, Maslach e Leiter em “Burnout – 35 anos de prática e pesquisa” permite entender o tratamento dado a pontos teóricos e às diretrizes para burnout na Holanda, mas não permite compreender os aspectos históricos da alegada introdução do diagnóstico naquele país. Na internet, encontra-se, sobretudo, oferta de serviços de escritórios de advocacia para casos de burnout e sites anunciando tratamento.

Em mensagem ao Instituto Nacional de Saúde e Meio Ambiente holandês (RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), nos seguintes termos:

Olá, estou desenvolvendo pesquisas sobre burnout e essa síndrome foi incluída nas diretrizes de saúde da Holanda. Você poderia me dizer como isso aconteceu? Na Suécia, por exemplo, foi realizada uma extensão da CID 10 - F43.8.A, ‘síndrome da

fadiga'. Ou seja, existe uma base formal e regulatória para isso. Como isso aconteceu na Holanda?

Recebi a seguinte resposta:

Na Holanda, o burnout já é diagnosticado há algum tempo. Não consigo encontrar exatamente a data em que foi apresentado como um possível diagnóstico. Na Holanda, usamos o código CID-10 Z73.0 para documentar o burnout em hospitais (psiquiátricos) e o código ICPC P78 para a documentação no sistema de informações de GP.

Naturalmente, não estendi a discussão sobre o fato de Z73.0 não corresponder a uma doença, nem sobre como as coisas se deram da Suécia, conforme discutido no tópico anterior.

Na busca por respostas, acabei estabelecendo contato com Philippe Blankert, diretor da “Fundação Burnout” (*Stichting Burnout*). Além da Fundação, Blankert é autor de inúmeros artigos sobre burnout, dentre eles uma ferramenta para identificar fatores precipitadores — BBTI — Blankert Burnout Trigger Inventory (Blankert, 2014). Generosamente esclareceu vários aspectos relativos ao assunto e sobre como as coisas funcionam na Holanda. Dentre tais aspectos, confirmou que não existe legislação sobre burnout naquele país. Desde a primeira troca de mensagens esclareci que meus pontos de vista em relação ao burnout são críticos. Embora em posições opostas, isso não impediu a conversa, por ruidosa que tenha sido em determinado momento.

Quanto às diretrizes, segundo Blankert, elas podem ser propostas por qualquer grupo de interessados e há ao menos três para burnout. Suas impressões sobre a condição do burnout na Holanda são bem menos otimistas do que as afirmações de Schaufeli, Maslach e Leiter, porém não vou me estender sobre isso, por não se tratar de referências bibliográficas ou documentais, senão de conversa informal entre duas pessoas.

Ao que se pode concluir, de algum modo, é que o burnout subsiste na Holanda, embora um tanto informalmente.

Dentre as diretrizes disponíveis, constam as do NHG (Colégio Holandês de Clínicos Gerais), a do NVAB (Associação Holandesa do Trabalho) que reúne especialistas em Medicina do Trabalho e Medicina Ocupacional e o NCVB (Centro Holandês para Doenças Ocupacionais).

Para poder compreender um pouco mais sobre a condição de burnout na Holanda, precisei antes me informar minimamente sobre a legislação local.

A despeito do alto nível de desenvolvimento humano, não existe um conjunto de leis para as relações trabalhistas. Existem leis esparsas, principalmente a *ziektewet*, literalmente “lei da doença”, relativa a auxílio-doença; *arbowet*, lei das condições de trabalho; *zorgplicht werkgeve*, que dispõe acerca dos deveres do empregador relativos aos cuidados com os empregados e a *Wet Verbetering Poortwachter*, que se traduz em algo como “implementação da lei do porteiro”. A melhor informação sobre essa lei de nome estranho encontra-se, curiosamente, em um site do governo holandês em inglês, com o título de “business” e que anuncia “Informações do governo para empreendedores” (<https://business.gov.nl/regulation/reintegration-obligations/>). A versão do nome da lei para o inglês é bem diferente do sentido literal em holandês (*Eligibility for Permanent Incapacity Benefit Act*) e o texto que se segue esclarece que: “A Lei de Elegibilidade para Benefício por Incapacidade Permanente (*Wet verbetering Poortwachter*, em holandês) obriga você a tomar uma série de medidas dentro de um determinado período de tempo para garantir que seu funcionário possa voltar ao trabalho assim que for razoavelmente possível”. São apresentadas várias medidas a serem tomadas por empregadores e empregados.

Segundo Blankert, à época que essa lei surgiu havia, num país com 17 milhões de habitantes, cerca de 1 milhão de holandeses afastados do trabalho por motivo de saúde. O sentido do termo “porteiro” refere-se a uma maior seletividade quanto a esses afastamentos. Em outros sites, o termo “voltar ao trabalho assim que for razoavelmente possível” é substituído por “voltar ao trabalho o mais rápido possível”.

Blankert surpreendeu-se ao saber que no Brasil temos uma Consolidação das Leis Trabalhistas desde 1943. Aparentemente, o abuso quanto à dispensa de trabalhadores na Holanda é grande, o que parece explicar o aparecimento, bastante recente — 2014 —, de outra lei a que deram o nome de “bezava”, acrônimo de *wet beperking ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid vangnettersque*, que se traduz em algo como “lei de licenças por doença e redes de segurança para incapacidade ocupacional”. A *bezava* pune empregadores que dispensam empregados doentes com a obrigação de pagar-lhes os salários durante 10 anos. Segundo sites da internet, esses valores podem atingir entre 200 e 800 mil euros. Há Tribunais trabalhistas na Holanda, mas não um Tribunal Superior do Trabalho. Segundo Blankert, 99% dos empregados não recorrem ao Judiciário para pleitear seus direitos, devido, entre outros motivos, aos altos custos com

advogados. Diz, ainda, que os empregadores procuram evitar a temida bezava dispensando seus empregados com o diagnóstico de depressão e não de burnout.

Portanto, na Holanda, tal qual na Suécia, é necessário um diagnóstico que esteja especificamente associado às condições de trabalho. Faz sentido, por esse viés, o motivo de Schaufeli referir-se ao burnout como o “ticket de entrada para benefícios sociais” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 188). A exigência parece descabida, dado que trabalhadores podem adoecer psiquicamente por “n” fatores decorrentes das condições laborais. Essa condição é reconhecida pela legislação brasileira.

Aparentemente, sob um alto grau de informalidade, a alegação de burnout depende da aceitação das diretrizes propostas por diferentes entidades e parece haver divergências entre elas.

Entretanto, independentemente das diferentes diretrizes e da informalidade, *o ponto crítico da condição de burnout na Holanda é de natureza teórica*. No artigo citado por Schaufeli, Maslach e Leiter em “Burnout – 35 anos de prática e pesquisa”, com o título de “Diretrizes de práticas holandesas para o gerenciamento de transtornos de adaptação em cuidados ocupacionais e saúde primária” (Van der Klink & van Dijk, 2003), estes dois autores, após registrarem que “Burnout é um diagnóstico não coberto pelo DSMIV ou CID-10. No entanto, desde a introdução do termo em 1974 por Freudenberg, o termo tornou-se popular tanto entre pacientes quanto entre profissionais de saúde.” (ibid.), apresentam a seguinte diretriz (*guideline*) para burnout:

As diretrizes holandesas usam a seguinte classificação para populações ocupacionais e de atenção primária à saúde:

- Transtornos de adaptação
 - Angústia
 - Colapso nervoso
 - Burnout
- Depressão
- Ansiedade
- Transtornos psiquiátricos remanescentes. (ibid.)

O problema central dessa diretriz é que os autores recorrem a um diagnóstico consolidado da CID, os Transtornos de Adaptação — um transtorno do grupo dos estresses definido pela OMS/CID (F43.2) e *criam uma subdivisão inusitada para ele: angústia/sofrimento (distress), colapso nervoso e “burnout”*

(vide o conceito da OMS para Transtornos de Adaptação no Apêndice). “Angústia/sofrimento (distress)” e “colapso nervoso” (*nervous breakdown*) são termos inespecíficos, não são categorias nem subcategorias diagnósticas, mas aparecem aí como tais. Para tornar tudo mais confuso, no próximo passo dentro dessa subdivisão, introduzem o onipresente e problemático burnout que, conforme vimos extensamente, *abarca todos os transtornos da chave da qual é uma subdivisão...* A sobreposição de burnout com outras categorias diagnósticas é reconhecida por autores do porte de Schaufeli. Como poderia, então, estar nessa subdivisão quando *a noção de burnout “engolfa” os outros itens da diretriz — o próprio transtorno de adaptação, a ansiedade e a depressão e, conforme vimos, boa parte do que aparece como “transtornos psiquiátricos remanescentes”?*

Se, por um lado, é bastante difícil entender qual é a condição do burnout nos meios profissionais na Holanda, essas diretrizes parecem potencializar a confusão, incidindo nos mesmos problemas aqui já discutidos sobre o uso distorcido e inusitado de conceitos da psicopatologia, produzindo uma ampla sobreposição com categorias diagnósticas da psiquiatria.

CAPÍTULO 9

E o assédio moral?

Há quatro termos ausentes no vocabulário dos principais teóricos do burnout: *Semiologia Médica* e *assédio moral* (em inglês, *bullying* ou *moral harassment*).

Este capítulo trata da questão do assédio moral. *Certamente para surpresa de muitos, conforme veremos, a noção de burnout não só não tem nada a ver como é antagônica ao conceito de assédio moral.*

Com Freudenberg, vimos que o cenário é sempre de um *indivíduo em luta com seu destino — trata-se de um drama individual —; pessoas que se dedicam intensamente a uma causa, projeto ou trabalho, não alcançam seus propósitos, objetivos e reconhecimento e desenvolvem burnout.*

Quanto a Maslach, o próprio conteúdo dos quesitos do MBI deixa evidente, item por item, que o “diagnóstico” de burnout circunscreve-se, também, ao plano individual de determinadas experiências do sujeito com o trabalho.

De forma geral, mas bem consistente, tanto em Freudenberg quanto em Maslach e muitos outros, o burnout fica *circunscrito a uma problemática pessoal*. Não se encontra *nada* nas publicações dos principais autores da área com qualquer abordagem da “doença” que é uma das principais causadoras de adoecimento relacionado ao trabalho, o *assédio moral*. Doença entre aspas, naturalmente, porque assédio moral não é uma doença no sentido médico da palavra. E, não sendo uma “doença do indivíduo”, remete o problema para outros níveis de complexidade: *assédio moral é um problema das organizações, não do sujeito. Incluir o assédio moral no universo de considerações sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho desloca o problema para o lugar onde ele realmente está ou deveria estar*; abrange e exige a inclusão de aspectos que transcendem a individualidade, envolve as organizações e a questão da sobrevivência dentro de ambientes de trabalho iatrogênicos, ou seja, causadores de doenças. Coloca o problema sob a ótica da complexidade que o caracteriza, em oposição ao reducionismo e simplificação do MBI/burnout.

É sintomático que fatores como disfuncionalidades, agressões, desmandos, autoritarismos, descasos, desqualificações, indiferença, frieza, grosserias, impessoalidade, humilhações, sujeições a caprichos, ameaças, xingamentos, gritos, exigências descabidas e mais um rosário de aspectos *simplesmente não apareçam na literatura dos principais teóricos do burnout*. Como consequência, o “burnout”, ao reduzir o fenômeno ao plano da individualidade, mais esconde do que revela a realidade nua e crua dos ambientes laborais.

Um pequeno grupo de médicos americanos parece ter se dado conta do antagonismo entre burnout e assédio moral. Um artigo publicado no Medscape sobre burnout em médicos ilustra o problema indivíduo versus instituições e a oposição burnout e assédio moral. Não se referem a assédio moral, mas a uma de suas potenciais consequências, o dano moral. Intitulado “*Porque burnout é o nome incorreto para o sofrimento do médico*”, o artigo inicia com uma pergunta: “As iniciativas relativas a burnout e anti-burnout defendidas pelas instituições de saúde poderiam ser o equivalente em saúde a gaslighting?”. *Gaslighting* é uma expressão oriunda de um filme de 1944 e refere-se ao ato de manipular psicologicamente alguém com a finalidade de levá-lo a questionar a própria sanidade. Os autores consideram que é “*gaslighting*” alegar que os médicos sofrem de burnout:

O termo “burnout” sugere que os médicos não são suficientemente resilientes nem eficientes - em essência, que o problema reside no indivíduo, que, de alguma forma, está falhando. Os médicos consideram seu trabalho desafiador, mas acreditamos que “burnout” é uma deturpação [...] Acreditamos que os médicos não estão burned out; mas sofrendo danos morais. [...] No contexto da assistência à saúde, essa transgressão é causada pela necessidade de realizar a tarefa impossível de satisfazer ao mesmo tempo o paciente, o hospital, a seguradora e a nós mesmos. O dano moral localiza a fonte do sofrimento, apropriadamente, fora do médico e dentro da própria estrutura de negócios da saúde. (Dean, Dean & Talbot, 2019, para. 5, grifos meus).

O argumento parece sintetizar bem a circunscrição do burnout a um problema pessoal e o que daí decorre, ou seja, o antagonismo entre burnout e assédio moral.

CAPÍTULO 10

Burnout na CID 10

Como o termo “burnout” aparece na versão em inglês da CID 10, aqueles que não estão habituados ao uso dessa Classificação podem entender que está ali codificado como doença, daí a razão de apresentar este capítulo.

A CID é a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde. Seu nome completo é “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” e vem se desenvolvendo ao longo de mais de um século. O início deu-se na França com o trabalho de Jacques Bertillon, um médico que posteriormente dedicou-se à análise estatística. A classificação de Bertillon era voltada para causas de morte e ao longo do tempo foi se ampliando até incluir todas as formas de enfermidades, o que se deu plenamente a partir da CID 6. Hoje se encontra em sua décima revisão, CID 10. A 11ª revisão deverá entrar em vigor em 2022.

As letras de A a R são reservadas para codificação de doenças conforme os órgãos ou sistemas envolvidos. Assim, a letra A corresponde a doenças infectocontagiosas, a letra F aos transtornos mentais, a letra M a doenças osteomusculares etc. Os códigos são formados por uma letra seguida de três a quatro dígitos. Por exemplo, CID F32.0 corresponde a “Episódio depressivo leve”.

A partir da letra S, há uma mudança importante: os agravos de saúde não são mais categorizados conforme os órgãos ou sistemas envolvidos, mas de acordo com outros critérios.

As letras S e T, por exemplo, agrupam “Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas”.

A letra U presta-se a “Códigos para propósitos especiais - Designação provisória de novas doenças de etiologia incerta e uso emergencial”.

As letras V, W, X, Y codificam “Causas externas de morbidade e de mortalidade”.

A letra Z *não codifica doenças*, mas “Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde”.

É difícil encontrar um evento envolvendo o corpo humano, além de muitos outros aspectos da vida humana, que não estejam incluídos entre os 7 e 8 mil itens distribuídos nas categorias S a Z. Codificam eventos tão diversos como queda por tropeção, objeto estranho no ouvido, abuso sexual, contato com vidro cortante ou permanência em ambiente agravitacional. Vide alguns exemplos no quadro a seguir (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão; 2010, EDUSP).

Quadro 1: Alguns exemplos das categorias T, U, V, W,X, Y e Z

T71 – Hipotermia;
T74 – Síndromes de maus tratos;
U88 – Agente resistente a múltiplos antibióticos;
V10 – Ciclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal;
V51 – Ocupante de uma caminhonete traumatizado em colisão com um veículo a pedal;
W01 – Queda no mesmo nível por escorregão, tropeção ou passo em falso;
W51 – Colisão entre duas pessoas;
X51 – Viagem e movimento;
X52 – Estadia prolongada em ambiente agravitacional;
Y22 – Disparo de pistola, intenção não determinada;
Y36 – Operações de guerra;
Z00.0 – Exame médico geral;
Z35 – Supervisão de gravidez de alto risco.

Fonte: CID 10 (Edusp, 2010)

A letra Z inclui inúmeros eventos reunidos sob o título “*Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde*”. Desdobra-se, do Z00 ao Z99, em cerca de 800 itens. Veja alguns a título de ilustração:

Quadro 2: Alguns exemplos da categoria Z

Z10.2 Exame geral de rotina de pessoas das forças armadas
Z24.4 Necessidade de imunização somente contra o sarampo
Z32.0 Gravidez (ainda) não confirmada
Z38.4 Gêmeos (duplos), nascidos fora de hospital
Z55.3 Maus resultados escolares
Z61.7 Experiência pessoal amedrontadora na infância

Fonte: CID 10 (Edusp, 2010)

Dentro do grupo Z, está o subgrupo onde se encontra o “burnout”. Vide, a seguir, como é denominado e subdividido.

Quadro 3: Z73 - Problemas relacionados com a organização de seu modo de vida

Z73.0 Esgotamento
Z73.1 Acentuação de traços de personalidade
Z73.2 Falta de repouso ou de lazer
Z73.3 Estresse não classificado em outra parte
Z73.4 Habilidades sociais inadequadas não classificadas em outra parte.

Z73.5 Conflito sobre o papel social, não classificado em outra parte Z73.6 Limites impostos às atividades por invalidez Z73.8 Outros problemas relacionados com a organização do seu modo de vida Z73.9 Problema relacionado com a organização de seu modo de vida, não especificado

Fonte: CID 10 (Edusp, 2010)

O burnout é o Z73.0 – Esgotamento. Na edição em inglês da CID 10 aparece como burnout, mas, no Brasil, aderimos a esse termo e não usamos “esgotamento”, que é a tradução oficial da CID para o português. Em nosso país, ao fazer isso, colocamos mais uma “pitada” na dificuldade de delineamento do fenômeno, pois caímos no limbo semântico do “burnout”, por um lado, e, por outro, “esgotamento” deixaria muito evidente a inespecificidade do termo. Limbo semântico que leva alguns a crer que “burnout” é um epônimo.

Conforme considerado anteriormente, a CID contempla, de S a Z, milhares de aspectos da vida humana e, nesse sentido, os *problemas de saúde relacionados ao trabalho não deixaram de ser incluídos*. Há uma série na letra Z destinada a esse fim, com variadas especificações:

Quadro 4: Categorias da CID 10 que codificam problemas relacionados ao trabalho

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

Fonte: CID 10 (Edusp, 2010)

Portanto, se for necessário indicar que um determinado transtorno mental está associado ao trabalho, pode-se escolher qual a codificação ou quais codificações melhor se adequam à situação. No caso de um diagnóstico do grupo dos transtornos de estresse — por exemplo, Reação Aguda ao Estresse — associado ao ritmo de trabalho penoso e eventuais dificuldades mentais relacionadas ao trabalho, pode-se registrar “CID F43.0 + CID Z56.3 + CID Z56.6”.

Ainda sobre a ausência de burnout nas classificações diagnósticas da OMS e DSMs

Conforme vimos, o burnout não aparece como doença na 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças — CID 10 — da Organização Mundial da Saúde, nem nos DSMs, o sistema classificatório americano.

Por ser um termo da língua inglesa, alguns poderiam supor que corresponderia a um transtorno descrito na psiquiatria americana. Entretanto, o termo “burnout” não aparece nos DSM, inclusive no mais recente deles, o DSM V. Não aparece como categoria diagnóstica, não aparece no Glossário de Termos Técnicos e nem mesmo no “Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento”.

Kaschka et al. dizem o seguinte sobre isso:

A Psiquiatria, como ciência médica, até agora evitou incluir o fenômeno do “burnout”, seja porque ele é excluído devido à definição difusa da síndrome, seja porque as sobreposições entre burnout e diagnósticos psiquiátricos estabelecidos, como a depressão ou transtorno de adaptação, são tão grandes que parece desnecessário validar o burnout como uma entidade diagnóstica. Como resultado, o burnout como síndrome não é sequer mencionado no DSM-IV e na CID-10 encontra-se listado na categoria residual “Z73, problemas relacionados com o seu modo de vida” como “Burnout: Estado de exaustão vital”. Até onde sabem os autores, não há intenção de incluí-lo na CID-11 nem do DSMV. (Kaschka, Korczak & Broich, 2011, p. 783).

E dizem, ainda, em “Conclusões”:

No entanto, dada a validação inadequada de burnout e os déficits de pesquisa que foram apontados, este termo não deve ser usado atualmente como um diagnóstico ou como motivo de licença médica ou de aposentadoria precoce. Em vez disso, é aconselhável, por enquanto, usar as categorias geralmente aceitas e mais bem definidas da CID-10 ou DSM-IV. (ibid., p. 786).

Notícia equivocada

As inconsistências da noção de burnout parecem produzir confusão dentro da própria Organização Mundial da Saúde. No dia 24 junho de 2019, um porta-voz da instituição declarou que o burnout passaria a ser considerado doença na CID 11. A notícia correu o mundo. Quatro dias depois a mesma OMS, por meio de outro porta-voz, corrigiu a informação, conforme noticiado em 07 de julho pelo portal Medscape:

Inclusão de burnout na CID-11: a mídia está errada, diz a OMS.

Várias notícias na imprensa leiga declarando que o burnout é agora um diagnóstico médico oficial, de acordo com a nova Classificação Internacional de Doenças da

Organização Mundial da Saúde (CID-11), estão incorretas, segundo a OMS. ‘Houve um mal-entendido. “Burnout” não foi de fato reconhecido pela OMS como uma condição médica. Posto isto, a importância do bem-estar no local de trabalho é bem compreendida pela OMS’, disse Christian Lindmeier, porta-voz da agência de saúde, ao Medscape Medical News.

(fonte: <https://www.medscape.com/viewarticle/914077>)

Na CID-11, o burnout permanece incluído no mesmo capítulo da CID-10 — “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde”. Sob o código QD85, é descrito como “uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho”, seguido dos termos do “tripé multidimensional da síndrome” do MBI: exaustão, “despersonalização” ou “cinismo” e eficácia profissional reduzida. É responsabilidade da Organização Mundial da Saúde esclarecer para a comunidade médica e para a opinião pública como ficam os 140 sintomas da nova “síndrome”, como fica o fato de que 100% das populações pesquisadas pelo MBI apresentam “diagnóstico” positivo para burnout; esclarecer se a “síndrome” pode ser “diagnosticada” por meio de três caminhos diferentes, ou seja, mediante cada um dos blocos do MBI e se a “doença” revelada em cada um deles é a mesma. Como a OMS, literalmente, adotou o “conceito” de burnout do MBI, com seu “tripé multidimensional da síndrome” — ou seja, para diagnosticar burnout é necessário usar os critérios do MBI —, resta esclarecer para o mundo como fica o fato de incluir em sua Classificação uma “doença” ou “síndrome” cuja pesquisa científica está sujeita ao pagamento de direitos autorais. Quanto a isso, Schaufeli diz o seguinte, logo após criticar a ambiguidade da OMS: “Para aumentar a confusão, a definição de burnout de Maslach e colegas é adotada, declarando implicitamente que o MBI deve ser usado para avaliar esse fenômeno ocupacional.” (Schaufeli et al., 2020, p. 2).

Ademais, a CID sempre traz, logo abaixo das categorias, o registro “*Exclui*”, com uma breve lista de condições que são excluídas, ou seja, que não podem se confundir com a categoria descrita. No caso do “burnout”, aparecem excluídos: Transtornos de adaptação, Transtornos especificamente relacionados a estresse, Transtornos de ansiedade ou relacionados com o medo e Transtornos do humor. Considerando a sobreposição de burnout com dezenas de transtornos mentais, *parece que a confusão fica instalada dentro da própria Classificação Internacional de Doenças. Como considerar que a “síndrome de burnout” exclui esses transtornos se engloba todos eles, além de outras dezenas de transtornos psiquiátricos, mais de 20*

doenças, distribuídas em oito sistemas anatômicos e funcionais, com seus 140 sintomas?

A crítica de Schaufeli

Schaufeli faz uma crítica que mostra desconhecer a estrutura da CID e se equivoca ao escrever recentemente sobre a CID 11: “Consequentemente, a posição da OMS é ambivalente, por um lado, ao incluir o burnout em sua lista de doenças, enquanto, por outro lado, nega que seja uma doença.” (Schaufeli et al., 2020).

Estamos de acordo quanto à ambivalência da OMS, porém ela não incluiu burnout em sua lista de doenças e situa burnout na letra Z da CID 10 e QD da CID11, que não designam doenças, conforme já exposto. Portanto, consequentemente, a OMS não está “negando que burnout seja uma doença”. Na CID 11, burnout continuará no mesmo grupo de “Problemas relacionados à organização de seu modo de vida”, dentro do amplo grupo de “Fatores que influenciam o estado de saúde ou o contato com os serviços de saúde”. De qualquer modo, conforme exposto anteriormente, a OMS permitiu que o *estado de confusão* do burnout se estendesse para dentro da Classificação Internacional de Doenças.

A OMS patrocina pesquisas sobre burnout feitas por autores da área, como os psicólogos organizacionais Cary Cherniss e Cary Cooper. Não é difícil entender que esses pesquisadores, assim como milhares ao redor do mundo, acreditam que o burnout deveria ser inscrito como doença na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde.

CAPÍTULO 11

MBI, dinheiro, ciência, direitos autorais...

Doença com direitos autorais?

Como vimos, Kristensen abre críticas à questão da indisponibilidade pública do MBI e à necessidade de pagar para desenvolver pesquisas sobre burnout. E aqui entra o fator *dinheiro*. Chama a atenção o fato de que o MBI está fortemente cercado por medidas de proteção de direitos autorais. É impossível ter acesso aos questionários por meio dos meios de divulgação de pesquisas científicas ou quaisquer outras fontes, a menos que se pague para isso, o que pode ser facilmente verificado na internet.

Para realizar uma pesquisa sobre burnout, é preciso ter acesso ao Manual do MBI, que é vendido por meio do site [comercial mindgarden.com](http://comercial.mindgarden.com). A licença para uso durante um ano custa 50 dólares para a versão on-line.

O próprio Manual oferece ainda, no final, uma prestação de serviços on-line pelo Mind Garden, por meio de uma ferramenta chamada “Mind Garden Transform”, que trabalha os dados da investigação de um eventual interessado em burnout, que, obviamente, deverá pagar por isso.

O fator cultural, já comentado, parece surgir novamente aqui. As críticas de Kristensen à indisponibilidade da ferramenta nos meios de divulgação científica e ao fato de ser paga parecem fazer bastante sentido. O site disponibiliza cerca de 40 opções de compra de questionários MBI. Numa linguagem comercial bastante convidativa, o Manual do MBI (Maslach, Jackson & Leiter, 2018, p. 60) sugere ao pesquisador interessado que deixe que o Mind Garden Transform trabalhe os dados da pesquisa, lembrando sempre que isso precisa ser pago.

Portanto, após adquirir o Manual por 50 dólares, você precisa voltar ao MindGarden, pois é necessário adquirir os formulários. O MindGarden disponibiliza, de A a Z, todo e qualquer tipo imaginável de questionário/inventário à venda. As licenças para uso do MBI começam em 2.50 dólares para cada formulário, com um mínimo de compra de 50 e vão até 200 dólares — caso, por exemplo, do MBI HSS (MP) – MBI para Health Services Survey Medical Personnel, a ser aplicado para um grupo de participantes —, não cheguei a verificar quantos. Há mais de 40 opções à venda.

Como resultado disso tudo, considerando que a quase totalidade das pesquisas sobre burnout são baseadas no MBI — e ambos se confundem —, temos a situação inusitada de que se trata da *única doença na história da Medicina sujeita ao pagamento de direitos autorais*.

CAPÍTULO 12

Adaptando o burnout

Conforme a noção de burnout cresceu e se ampliou, da mesma forma surgiram e se ampliaram as críticas e sérios questionamentos, algumas delas apresentadas e comentadas neste livro.

A fim de sustentar a ideia de que burnout é uma doença, é possível observar uma movimentação dos teóricos do burnout no sentido de adaptar alguns de seus pontos de vista a essas críticas ou mesmo adotar procedimentos bastante discutíveis, conforme discutido em “Passaporte falso para a Suécia”.

Agora pode?

Frente às dificuldades para o diagnóstico clínico de burnout, Maslach, que sempre insistiu que as três dimensões não devem ser combinadas em uma só — embora do ponto de vista clínico isso não faça sentido algum — e que cada perna do tripé multidimensional da síndrome identifica burnout de forma independente, passa, junto com Schaufeli e Leiter, a admitir essa combinação, num arranjo intelectual para justificar eventual diagnóstico médico da doença. No artigo “Burnout: 35 years of research and practice”, dizem os autores:

Com base neste conjunto de critérios diagnósticos, foram estabelecidas pontuações de corte clinicamente validadas para cada uma das três escalas do MBI. Pesquisas adicionais confirmaram a validade dos pontos de corte do MBI e também estabeleceram uma regra para combinar as pontuações das três dimensões de burnout: um indivíduo é considerado gravemente burned out quando tem uma pontuação “altamente negativa” em exaustão em combinação com uma pontuação “altamente negativa” em qualquer uma das duas dimensões restantes do MBI (Brenninkmeijer e Van Yperen, 2003; Roelofs et al., 2005). Esta regra permite a transformação do MBI - um inventário multidimensional contínuo de burnout - em uma dicotomia que pode ser usada por profissionais para diagnosticar burnout. (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009, p. 213).

O “diagnóstico” médico de burnout fica a depender, portanto, de uma decisão intelectual dos proprietários do MBI. Os autores estão dizendo *quando e como* o burnout “pode” ou “não pode” ser diagnosticado: para ser diagnosticado, os profissionais precisam da “regra” (estabelecida por eles) que “permite a transformação do MBI em uma dicotomia”. Afinal, essa decisão de certa forma faz sentido, na medida em que pesam direitos autorais sobre essa “doença”.

O fundamento intelectual para a separação dos três escores do MBI em medidas independentes é estatístico, cada uma delas podendo identificar burnout isoladamente. Os autores decidem combinar os três escores estatísticos para produzir uma conclusão clínica! “Um indivíduo é considerado gravemente

burned out quando tem uma pontuação “altamente negativa” em exaustão em combinação com uma pontuação “altamente negativa” em qualquer uma das duas dimensões restantes do MBI” (ibid.).

Outro viés dessa decisão é que a condição de alguém gravemente “*burned out*” nos três blocos deixa, em tese e por lógica, aberta a hipótese de que um indivíduo poderia estar gravemente, moderadamente e levemente burned out em cada uma das dimensões (os autores não disseram que revogaram a regra de que o diagnóstico de burnout pode ser feito de forma independente em cada um dos três blocos do MBI). Assim, estaríamos mais uma vez frente ao inusitado — “fulano está levemente, moderadamente e gravemente burned out”. Isso corresponderia, por analogia, a fazer o diagnóstico de “episódio depressivo leve, moderado e grave” simultaneamente num só indivíduo. Três formas clínicas numa só pessoa...

Depende de quem está falando...

Ainda no mesmo texto, os autores registram que:

Através desse processo de dicotomização, o burnout gradualmente se expandiu de um fenômeno psicológico para abranger um diagnóstico médico também [...] Como resultado, quando praticantes com formação psicológica usam o termo “burnout”, eles geralmente referem-se a todo o espectro de queixas de burnout, variando de muito leve a burnout grave, enquanto os praticantes com formação médica referem-se a burnout grave em casos que atendem a esses critérios diagnósticos. (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009, p. 213).

É um argumento intelectualmente bastante sofrível, a começar pelo fato de que os autores supõem um “relativismo” no uso do termo, dependendo de quem o usa; declaram saber do que é que médicos e psicólogos estão falando ao se referir a “burnout” e parecem supor que médicos só sabem pensar dicotomicamente e só enxergar “burnout grave”. Os autores aparentemente não sabem que a divisão em “leve, moderado e grave” é comum na nosografia médica. Tipicamente, em uma das classes diagnósticas engolfadas pelo burnout, os episódios depressivos são divididos em leve, moderado e grave pela OMS (respectivamente, CIDs F32.0, F32.1 e F32.2). Levando um pouco adiante a analogia, resta saber se burnout leve e moderado não é considerado doença, mas o é quando se trata de burnout grave.

CAPÍTULO 13

Voltando à prosa no avião

Embora a conversa no avião, relatada no Capítulo 1 (“*Então, deu um burnout, não deu?*”) tivesse sido totalmente informal e descompromissada e deveria passar dali para os recônditos da memória, na verdade, acabou me permitindo fazer posteriormente uma reflexão. Foi, como já disse, um pequeno golpe de sorte.

Conforme tenho dito, burnout *é uma doença sem semiologia*. Ou seja: não possui um conjunto de características (particularmente *sinais*) que permita identificá-la de forma segura e objetiva e, ao integrar esses sinais com as queixas do paciente (*sintomas*), *fazer um diagnóstico e possibilitar diagnósticos diferenciais com todas as demais doenças*.

A prosa no avião serve como um bom modelo para expor, sobretudo para não especialistas, a diferença entre *ter e não ter elementos semiológicos* disponíveis, ou seja, entre ser ou não ser possível fazer um diagnóstico.

As poucas informações dadas em alguns minutos de conversa com os dois rapazes permitem estabelecer vários *raciocínios clínicos*.

Assim, é possível propor as seguintes hipóteses diagnósticas e níveis de especificação:

1. É uma psicose;
2. É aguda;
3. É induzida;
4. O agente indutor é uma droga (há substâncias que não são drogas ilícitas, mas que podem provocar psicose. Pode-se dizer “induzida por substância exógena”, para usar uma linguagem mais técnica);
5. Pode-se anotar entre parênteses: (esquizofreniforme), pois os sintomas relatados costumam estar presentes nas esquizofrenias e, portanto, “lembram” esquizofrenias;
6. Pode-se anotar, ainda: “D.D. – Esquizofrenia”. Ou seja: será necessário fazer um *diagnóstico diferencial* entre um episódio psicótico agudo e esquizofrenia, a depender da evolução do caso;
7. É possível saber qual a orientação que o tratamento deverá seguir e quais medicamentos poderão ser prescritos;
8. É possível considerar que, num caso como este, o prognóstico costuma ser melhor do que numa esquizofrenia processual — ou seja,

não provocada por substância. A droga é um fator causal externo, que pode ser evitado. No caso de uma esquizofrenia processual, que emerge independentemente de fatores precipitadores externos, a situação seria mais complicada, não só em termos prognósticos, mas também terapêuticos;

9. Entretanto, há um indício que deixa uma dúvida quanto ao prognóstico, pois, como o rapaz comentou que seu amigo “*era tímido, muito tímido mesmo e muito contido*”, deve-se estar atento a essa timidez. É apenas timidez ou traços de uma personalidade esquizoide? Se se tratar da segunda hipótese, a dúvida quanto a um bom prognóstico aumenta. A evolução pode ser pior e caminhar na direção de uma esquizofrenia, pois já haveria ali um “terreno” propício para o desenvolvimento desse grave transtorno mental.

É possível, portanto, estabelecer *todos esses raciocínios clínicos, envolvendo diagnóstico, diagnóstico diferencial, alternativas terapêuticas e prognósticos* a partir de uns poucos dados. Por que é possível? *Porque, por um lado, a entidade clínica existe e é observável e, daí, existe um sistema referencial consolidado e um amplo arsenal de conhecimento acumulado sobre transtornos mentais — ou seja, existe Semiologia, Nosologia e Nosografia sobre essa doença. Nenhum desses passos é possível no caso do burnout, nem mesmo o primeiro deles — o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica baseada em semiologia médica.*

No caso da prosa no avião, é fácil esclarecer o equívoco. Infelizmente, porém, o mesmo tipo de equívoco pode acontecer — e está acontecendo — em nível profissional, com todos os desdobramentos e consequências para os indivíduos que estão sendo “diagnosticados” com burnout, a doença que não existe.

CAPÍTULO 14

Para Finalizar

Gostaria de finalizar minhas considerações retomando o que disse em “Antes de mais nada” na Introdução. Reitero que não estou questionando nem colocando em dúvida que pessoas adoecem devido a determinadas condições de trabalho, seja devido a disfuncionalidades ou hostilidades, ou a combinação de ambas nas mais diversas fórmulas possíveis.

Minha crítica se dá no sentido de questionar a afirmação de que burnout é uma doença e da enorme confusão em que a noção está mergulhada, trazendo um grande desserviço para a Medicina, para a Psiquiatria em particular, para a opinião pública e para as ciências em geral.

As formas de adoecer relacionadas ao trabalho que encontramos diariamente são as mesmas formas de adoecer que os seres humanos experimentam nas mais diversas circunstâncias da vida, estudadas há décadas e correspondem, em termos gerais, às ansiedades, às depressões, aos transtornos de estresse, aos transtornos psicossomáticos e a mais uma grande variedade de agravos gerais da saúde, que se manifestam sob formas bastante variáveis em cada indivíduo, dada a infinita variedade da natureza humana.

Se existe uma doença especificamente relacionada ao trabalho, ela está por ser devidamente identificada e descrita. E talvez fosse melhor lhe dar outro nome, dado que a penumbra de significados ainda dá ao burnout um forte colorido de gíria. Muita gente, ao usar o termo “burnout”, está se valendo não mais do que de uma gíria. Às vezes, sem sabê-lo.

Enfim, e por último, arriscando uma resposta à indagação de Bianchi: *Sim, a epidemia de burnout é uma ficção acadêmica.*

REFERÊNCIAS

Åsberg, M.; Glise, K., Herlofson J., Jacobsson, L., Krakau, I., Nygren, Å., Perski, A., Svensson, A., Nathell L., & Vingård, E. (2003). Utmattningssyndrom. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2003-123-18.pdf>

Benevides-Pereira, A. M. T. (2015). Elaboração e validação do ISB - inventário para avaliação da síndrome de burnout. *Bol. Psicol*, 65(142), 59-71 .

Benevides-Pereira, A. M. T., & Moreno-Jiménez, B. (2000). IBP - Inventário de *Burnout* para Psicólogos. GEPEB – Instrumentos. <http://gepeb.wordpress.com/ibp/>

Bibeau, G., Dussault, G., & Larouche, L. M. et al. (1989). Certain aspects culturels, diagnostiques et juridiques de burnout. [Some cultural, diagnostic and juridical aspects of burnout.] Confédération des Syndicats Nationaux. Montreal.

Bianchi, R. (2017). Is the “burnout epidemic” an academic fiction? *BMJ* 2017, 358;j4389. doi: 10.1136/bmj.j4389.

Bianchi, R., & Jani, L. (2019, Jan.). Burnout, depression and paranoid ideation: a cluster-analytic study. *Occupational Medicine*, 69, 35–38, Issue 1. doi: 10.1093/occmed/kqy150

Bianchi R., Schonfeld I. S., & Laurent E. (2015). Is it time to consider the “burnout syndrome” a distinct illness? *Front. Public Health*, 3:158. doi: 10.3389/fpubh.2015.00158

Bianchi R., Schonfeld I. S., & Laurent E. (2017a, Dec.). ‘Burnout syndrome’ – from nosological indeterminacy to epidemiological nonsense. *BJPsych Bull.*, 41(6): 367–368. doi: [10.1192/pb.41.6.367](https://doi.org/10.1192/pb.41.6.367).

Bianchi R., Schonfeld I. S., & Laurent E. (2017b). Physician burnout is better conceptualized as depression. *Lancet*, 358:1397-8. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30897-8 pmid: 28402821.

Bianchi R., Schonfeld I. S., Vandel P., & Laurent E. (2017c). On the depressive nature of the “burnout syndrome”: a clarification. *Eur Psychiatry*, 358, 109-10. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.10.008 pmid:28135592.

Blankert, J. P. (2014). Burnout Analysis with BBTI – Blankert Burnout Trigger Inventory. *Journal of Progressive Human Services*.
https://www.researchgate.net/publication/268979792_Burnout_Analysis_with_BBTI_-_Blankert_Burnout_Trigger_Inventory/stats

Borges, L., Argolo, J., Pereira, A., Machado, E., & Silva, W. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicol. Reflex. Crit.*, 15(1), 189-200.

Carlotto, M. S., & Camara, S. G. (2007). Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(03), 323-332. doi: 10.1590/1982-02752017000300012

Cheney, C. (2019, July 28). The dire consequences of mistaking depression for burnout. *Health Leaders Media*. <https://www.medpagetoday.com/publichealthpolicy/generalprofessionalissues/81257>.

Dalgarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

De la Fuente, E. I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., Luis, C.S., Vargas, C., Cañadas, G. R., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Hambleton, R. K. (2013). Development and Validation of the Granada Burnout Questionnaire in Spanish Police. *Int. J. Clin. Health Psychol*, 13, 216-225.

Dean, W., Dean, A. C., & Talbot S. G. (2019, July 23). Why ‘Burnout’ Is the Wrong Term for PhysicianSuffering. *Medscape*. <https://www.medscape.com/viewarticle/915097>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12-23.

Dolan E. D., Mohr D., Lempa M., et al. (2015). Using a single item to measure burnout in primary care staff: a psychometric evaluation. *J Gen Intern Med.*, 30(5):582-587. doi: 10.1007/s11606-014-3112-6

- DSM V - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Feldt, T., Rantanen, J., Hyvonen, K., Makikangas, A., Huhtala, M., Pihlajasaari, P., & Kinnunen, U. (2014). The 9-item Bergen Burnout Inventory: factorial validity across organizations and measurements of longitudinal data. *Industrial Health* 52, 102-112.
- Fonte, C. M. S. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory*. Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/18118>
- Fontes, F. F. (2016). *Teorização e Conceitualização em Psicologia – o Caso do Burnout*. UFRN, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/21535>
- Freudenberger, H. J. (1971). Free Clinic: what they are and how do you start one. *Professional Psychology*, 169-173.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1974). Crisis Intervention, Individual and Group Counseling, and the Psychology of the Counseling Staff in a Free Clinic. *Journal of Social Issues*, 30(1), 77-86.
- Freudenberger, H. J. (1989) Burnout: Past, Present, and Future Concerns, in *Burnout, Loss, Grief & Care*, 3:1-2, 1-10. DOI: [10.1300/J132v03n01_01](https://doi.org/10.1300/J132v03n01_01)
- Freudenberger, H. J. (1993). *American Psychologist*, 48(4), 356-368.
- Freudenberger, H. J., & Richelson, G. (1980). *Burn-out*. The High Cost of High Achievement. New York: Bantam Books.
- Friedman, R. A. (2019). *Is burnout real?* <https://www.nytimes.com/2019/06/03/opinion/burnout-stress.html>
- Gharaibeh. (2009). Dissociative identity disorder: Time to remove it from DSM-V? *Current Psychiatry*.
- Heinemann, L., & Heinemann, T. (2017). Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *Sage*, 2(1). <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244017697154>
- Imo, U. O. (2017). Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bull*, 41, 197-204.
- Jackson, S. E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: families as victims. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 63-77.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria* (9a. edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Kaschka W.P., Korczak D., & Broich K. (2011). Burnout—a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*, 108(46), 781–7. doi: 10.3238/arztebl.2011.0781.
- Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Korczak, D., Huber, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*, 6. ISSN 1861-8863.
- Malach-Pines, A. (2005). The burnout measure, short version. *International Journal of Stress Management*, 12, 78–88.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, 99-113.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. In S. Oskamp (Ed.). *Applied Social Psychology Annual* 5 (pp. 133-154). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2018). *Maslach Burnout Inventory – Manual Fourth Edition*. Palo Alto: Mind Garden Inc.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations cause Personal Stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993) Historical and conceptual development of burnout. In Schaufeli W. B., Maslach, & Marek, T. (ed.). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (1-16). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mendanha, M., Bernardes, P., & Shirozawa, P. (2018). *Desvendando o burn-out*. São Paulo: LTr.
- Millan, L.R. (2007 Jan./Feb.) A síndrome de burnout: realidade ou ficção? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 53(1). doi: 10.1590/S0104-42302007000100004
- Ministério da Saúde. (1999). Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999: dispõe sobre lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília.
- Munoz, A. del Castillo Comas, C., Magana Loarte, E., Bru Espino, I., Franco Moreno, A., & Segura Frago, A. (2003). Study of the prevalence of burnout in doctors in the Health Area of Talavera de la Reina. *Aten Primaria*, 32, 343-348.
- Perlman, B., Hartman E. A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Pines, A. M. (1994). The Palestinian “intifada” and Israeli’s burnout. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 25, 438-451.
- Pines, A. M. (1996). *Couple burnout: Causes and Cures*. New York: Routledge.
- Pines, A. M., Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Pines, A. M., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From Tedium to Personal*. New York: Growth Free Press.
- Piper A., & Merskey H. (2004a). The persistence of folly: a critical examination of dissociative identity disorder. Part I. The excesses of an improbable concept. *Can J Psychiatry*, 49(9):592-600.
- Piper A., & Merskey H. (2004b). The persistence of folly: critical examination of dissociative identity disorder. Part II. The defense and decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *Can J Psychiatry*, 49(10):678-683.
- Russell, B. (1952). Collected Papers, Vol. 11, *Last Philosophical Testament, 1943–68*, John G. Slater (ed.). London and New York: Routledge, 1997.
- Schaufeli, W.S. (2003). Past Performance and Future Perspectives of Burnout Research – SA. *Journal of Industrial Psychology*, 29(4), 1-15.
- Schaufeli, W.S., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT) —Development, Validity, and Reliability - *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 94-95.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 3(14), 204-220.
- Schaufeli, W.B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice – a critical analysis*. London: Taylor & Francis Ltd.

- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (1995). A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports*, 76, 1083-1090.
- Schaufeli, W. B., & Van Dierendonck, D. (2000). Utrechtse Burnout Schaal (UBOS), Handleiding [Utrecht Burnout Scale, Manual]. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In: Cooper, C. L., Robertson, I. (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). New York: Wiley.
- Schuster, M. S., Dias, V. V., Batistella, L. F., Grohmann, M. Z. (2015 jul./set.). Validação da Escala MBI-GS: Uma investigação General Survey sobre a percepção de saúde dos colaboradores. *REGE – Revista de Gestão*, 22(3), 403-416. doi: 10.5700/rege569
- Soar Filho, E.J. (2003). Psiquiatria e pensamento complexo. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 25(2). doi: 10.1590/S0101-81082003000200008
- Taris, T. W., Schreurs, P. J. G., & Schaufeli, W. B. (1999). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory - General Survey: a two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work and Stress*, 13, 223-37.
- Tavares, F. M. (2007 May./Aug.). Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. *Rev. bras. educ. med.*, 31(2). doi: 10.1590/S0100-55022007000200010.
- Trigo, T. R. et al. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín.*, 34(5), 223-233.
- Van der Klink, J. J. L., & van Dijk, F. J. H. (2003). "Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care". *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 29, 478-87.

APÊNDICE

1. Sobre a avaliação pericial de burnout

Não há como os inúmeros problemas envolvendo a noção de burnout não repercutirem de maneira significativa sobre a atividade médico-pericial, criando dificuldades e potenciais impasses. A maior dificuldade decorre da fragilidade central da noção, qual seja, *não existe um conjunto de sinais e sintomas característicos que permitam elaborar um raciocínio clínico e chegar a uma conclusão diagnóstica segura, independente e objetiva. Isso equivale a dizer que o examinador não tem como fazer esse diagnóstico, porque burnout não se sustenta como entidade clínica.*

É preciso ter em conta, entretanto, que *a alegação de burnout em perícia médica não significa que não haja adoecimento e sofrimento, eventualmente grave, decorrente das condições do trabalho.* Afinal, o sujeito não pode ser responsabilizado pelos desvarios da má ciência.

O que geralmente acontece é que atestados médicos apresentam um diagnóstico psiquiátrico conhecido e consolidado, do grupo dos estresses, das depressões, das ansiedades ou outros, acompanhados do “Z73.0” ou anotado “burnout”. Neste caso, o perito médico tem melhores condições de chegar a uma conclusão, dado que pode avaliar o primeiro diagnóstico.

Entretanto, se o único “diagnóstico” for “burnout”, o perito terá que *ou* verificar a ocorrência de algum transtorno psiquiátrico efetivo *ou* indeferir o pedido apresentado — a menos que acredite na existência dessa entidade clínica.¹⁶

Vale lembrar um assunto já discutido anteriormente — se o profissional emissor dos atestados considerar que o transtorno de seu cliente decorre de condições laborais, ele dispõe de codificação para isso na CID 10 — Classificação Internacional de Doenças; especificamente, o grupo Z56, “Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego” que se situa na mesma letra Z do “burnout” — lembrando, novamente, *que a letra Z não corresponde a doenças.*

Outro aspecto que pode surgir relativo à perícia médica é a *simulação*, codificada, também, na letra Z — “Z76. 5 – Pessoa fingindo ser doente (simulação consciente)”. Ao contrário do que o imaginário popular costuma crer *é muito difícil simular um transtorno mental.* São muito raros em Psiquiatria os

casos de pura e simples simulação. O que se vê com maior frequência é o que se denomina “ganho secundário com a doença”, ou “metassimulação”. Trata-se de uma dinâmica bem mais complexa do que a mera simulação. O ganho secundário com a doença pode ocorrer devido a muitos fatores. Pode dever-se a traços de personalidade ou, muito frequentemente, ser um recurso para proteger-se de uma situação externa. Alguém que esteja afastado do trabalho devido a transtorno de estresse ocorrido em seu ambiente laboral poderá sentir e afirmar que há permanência dos sintomas ou mesmo piora deles. Com isso, de algum modo, a pessoa protege-se de voltar ao ambiente hostil e perturbador.

Embora a mera e simples simulação envolvendo transtornos mentais seja muito rara, numa excepcional situação de simulação de burnout, o perito médico se verá frente a um impasse considerável, devido as mesmas razões —

a ausência de um conjunto de sinais e sintomas característicos que permitam elaborar um raciocínio clínico e chegar a uma impressão diagnóstica. A falta de uma delimitação descritiva clara, as inúmeras definições, os 140 ou mais sintomas atribuídos à suposta doença impossibilitam sua caracterização.

Deve ser acrescentado que, além disso, o burnout é autodiagnosticável, segundo os autores do MBI, o que pode resultar num cenário inusitado em matéria de perícia médica. O indivíduo afirma que sofre de burnout e que fez seu autodiagnóstico na internet. Como fica o perito médico neste caso? Acolhe o “diagnóstico”, mesmo sem dispor de elementos que lhe permitam pensar clinicamente? Acredita no “diagnóstico” feito pelo paciente?

Enfim, se é muito difícil simular transtornos psiquiátricos, o burnout é extremamente sujeito à simulação, pois não há parâmetros confiáveis e efetivos para o diagnóstico.

2. Burnout no Judiciário

Duas das maiores autoridades em burnout no mundo defendem a legitimação de burnout como entidade clínica *para que trabalhadores que apresentem a suposta doença possam reivindicar seus direitos de reparação no Judiciário.* Schaufeli e Enzmann escrevem que “[...] parece importante que o burnout seja reconhecido e oficialmente sancionado como um diagnóstico médico formal para que trabalhadores possam reivindicar legalmente suas alegações de saúde mental e buscar tratamento.” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 59).

Isso, obviamente, não se aplica ao Brasil, pois qualquer agravamento de saúde pode justificar uma licença médica ou ensejar reparação judicial, nesse sentido, o “diagnóstico” de burnout é inteiramente dispensável.

Referem-se, ainda, ao burnout como “*ticket de entrada*” com as mesmas finalidades: “No entanto, acreditamos que um reconhecimento formal em termos de um diagnóstico médico oficial é de importância crucial, pois é o “ticket de entrada” para os serviços jurídicos, de saúde e bem-estar social de nossa sociedade.” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 188, aspas do original).

Maslach, ao discutir os prós e contras quanto a incluir o burnout como um diagnóstico psiquiátrico comenta:

Nessa perspectiva, a introdução de um diagnóstico psiquiátrico de burnout seria um passo para trás. Por outro lado, na maioria dos países, é necessário um diagnóstico para determinar se um trabalhador tem direito a uma licença médica, tratamentos ou outros benefícios. Portanto, o benefício de um diagnóstico psiquiátrico para burnout seria proporcionar o reconhecimento oficial de um problema pessoal legítimo. (Maslach & Schaufeli, 1993, p. 16).

Nos dois casos, soa no mínimo estranho que as justificativas para legitimar a existência de uma possível doença possam ser os “prós e contras” ou o “ticket de entrada” para alguma coisa. Soa igualmente estranho que proporcionar reconhecimento de um problema pessoal legítimo dependa de um diagnóstico psiquiátrico para burnout, pois *qualquer transtorno psíquico ou mesmo qualquer problema de saúde geral é um problema pessoal legítimo*.

Quanto à situação em nosso país, a legislação brasileira prevê relação de nexo causal com uma série de transtornos mentais relacionados ao trabalho (DL 3048/99). Veremos adiante que o “burnout” foi desnecessariamente incluído nesse decreto-lei, pois, dentre outros motivos, os transtornos mentais previstos na lei são todos “engolfados” pelo burnout. E, ainda, a legislação brasileira não exige algo como um “ticket de ingresso” para que trabalhadores possam reivindicar direitos relativos a adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, sejam doenças previstas no DL 3048/99 ou não.

No Judiciário brasileiro, em ações trabalhistas, o pano de fundo como causa de adoecimento psíquico é, com frequência, o assédio moral. Conforme já discutido, *este fator central inexiste na teoria do burnout e a noção é antagônica ao assédio moral*. Entretanto, como na prática o uso do termo burnout é amplamente inespecífico e indiscriminado, o assédio moral acaba sendo apontado como “causa” de “burnout”, inclusive no Judiciário.

A respeito dessas questões, Mendanha apresentou um levantamento de 48 processos julgados pelo Tribunal Superior do Trabalho nos quais havia alegação de adoecimento por burnout (Mendanha, Bernardes & Shirozawa, 2018).

Dentre os 48 processos, “em 13 (27%) a doença alegada foi unicamente a síndrome de burnout” (ibid., p. 89).

Nos demais, outros transtornos aparecem em comorbidade. A maioria dos casos de comorbidade se deu com a depressão (31 vezes ou 64%). As demais comorbidades se deram com ansiedade (6 casos ou 12%), os transtornos de adaptação — que pertencem ao grupo dos transtornos de estresse — aparecem 5 vezes (10%). Transtorno bipolar do humor, esquizofrenia e transtorno de estresse agudo aparecem uma vez.

Mendanha observa, ainda, que “O elevado índice de comorbidade entre burnout e depressão sugere haver sobreposição entre essas duas entidades” (ibid., p. 90). Conforme já discutido anteriormente, a sobreposição de burnout não se dá apenas com a depressão, mas com todo e qualquer transtorno psiquiátrico que inclua humor polarizado para depressão ou simplesmente humor deprimido, que pode aparecer em mais de 20 categorias diagnósticas da Psiquiatria, além de transtornos que envolvam disfuncionalidades e problemas no relacionamento interpessoal.

Conforme citado anteriormente, o “burnout” foi incluído no DL 3048/99 como doença:

XII - Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0), dentro do quadro dos “Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho” (Ministério da Saúde, 1999).

Por um lado, cabe questionar se os técnicos que decidiram incluir burnout nesse Decreto-Lei estavam cientes de que a Organização Mundial da Saúde não considera burnout uma doença e que, apesar de notícias sensacionalistas, vai continuar na mesma categoria na CID 11 (“Problemas com a organização de seu modo de vida”). Por outro, alguns dos transtornos mentais que podem ser “diagnosticados” como burnout estão entre os onze itens anteriores que fazem parte da lista.

Ainda quanto às doenças ocupacionais, há um sério risco de que algumas delas, nas quais a fadiga e a depressão aparecem como sintomas importantes, acabem sendo “diagnosticadas” como “burnout”. Dentre essas doenças estão as intoxicações por tolueno, mercúrio, tricloroetileno e sulfeto de carbono.

Há, ainda, outro aspecto envolvendo a presença de burnout em ações judiciais. Os operadores do Direito não têm conhecimento especializado sobre o assunto e, convenhamos, não é difícil para um juiz ou advogado ter, ao menos, uma boa noção do que seja depressão, ansiedade ou psicose, mas é muito difícil ter alguma compreensão de uma “doença” sobre a qual nem os especialistas estão de acordo, cuja existência é colocada em dúvida e o nome corresponde a uma gíria em língua estrangeira e que, por isso mesmo, fica perdida num limbo semântico. Ou seja: o estado de confusão do burnout estende-se ao Judiciário.

3. Burnout na mídia

O burnout se caracteriza, em termos de penetração junto à opinião pública, por um curioso fenômeno: nascido inicialmente como gíria, tornou-se uma noção popular, posteriormente passou a ser estudado na academia e retornou depois para a opinião pública com as vestes que lhe põem os pesquisadores e teóricos. Essa trajetória é bem caracterizada por Freudenberg, como vimos anteriormente, e por outros autores.

Schaufeli e Enzmann comentam que as primeiras publicações eram leigas e traziam histórias anedóticas e que

Estimulado por essas publicações, o interesse público cresceu enormemente e o burnout tornou-se o assunto do momento. Ao tornar o tema ainda mais popular, a mídia de massa desempenhou um papel crucial, embora questionável. Assim, o burnout se tornou um chavão ou frase de efeito no final dos anos 70 e início dos 80. (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 6).

A condição atual do burnout nas mídias de massa é uma mistura de noções populares, notícias oriundas do mundo acadêmico e as mais variadas opiniões de não especialistas. O público tende a confiar nos cientistas e acolher o que dizem devido ao status conferido pela cultura geral à ciência e àquilo que é nomeado como *científico*. No caso do burnout, entretanto, o *estado de confusão* reinante nesse território significa confusão multiplicada e potencializada junto à opinião pública, que é a grande vítima de qualquer tipo de desinformação.

Há milhares de artigos, revistas, blogs, livros de autoajuda etc. escritos por profissionais das mais variadas áreas, com abordagens informais e frequentemente veiculando informações equivocadas, dado que no próprio campo dos especialistas há muita confusão. De qualquer forma, a sucesso do burnout na mídia parece corroborar o ponto de vista de Schaufeli de que “O

burnout tem um forte apelo público e é provável que continue assim nos anos vindouros” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 185).

Há nisso tudo uma boa dose de responsabilidade das entidades médicas. O tema “burnout” viceja no JAMA, Journal of the American Medical Association, no JAMB – Jornal da Associação Médica Brasileira e em inúmeros outros meios. A Organização Mundial da Saúde, embora sem incluir como doença e mantendo o “burnout” onde sempre esteve, acrescenta o termo “síndrome”. Lembrando: síndrome com 140 sintomas!

O ponto de vista de Piper e Merskey em seu amplo estudo sobre outra pseudodoença, o transtorno das “personalidades múltiplas”, parece aplicar-se igualmente ao burnout: “O fato de tais crenças prosperarem em uma sociedade ou disciplina representa uma fraqueza embaraçosa para a condição acadêmica e profissional da Psiquiatria.” (Piper & Merskey, 2004b, p. 681).

Eventualmente, caberia às próprias mídias questionar e analisar criticamente o fenômeno. Surpreendentemente, um artigo da sessão “Opinião” do New York Times, de 04 de junho de 2019, apresenta uma matéria que tenta trazer alguma luz ao assunto. Escrito pelo psiquiatra Richard A. Friedman, com o título de “O burnout é real?”, ele diz:

O burnout está em todo lugar. Estudantes, trabalhadores, pais - quase todo mundo parece sofrer disso.

Na semana passada, a Organização Mundial da Saúde elevou o burnout de um “estado” de exaustão para “uma síndrome”, resultante do “estresse crônico no local de trabalho”, em sua Classificação Internacional de Doenças, o compêndio oficial de doenças.

Isso soa como uma definição tão ampla que poderia muito bem se aplicar à maioria das pessoas em algum momento de suas vidas profissionais. Uma boa amiga me disse que recentemente teve que fazer uma pesquisa sobre bem-estar em seu trabalho. Ela respondeu sim a apenas uma pergunta, sobre se alguma vez se sentiu irritada no trabalho, e obteve o resultado risível de que estava em risco para burnout.

Os empregadores parecem alarmados com o fenômeno. Uma pesquisa de 2017 da Kronos descobriu que 95% dos executivos de recursos humanos pensam que o burnout está prejudicando os esforços para reter trabalhadores.

Mas quando um distúrbio é tão disseminado, me faz pensar se corremos o risco de medicalizar o sofrimento diário. Se quase todo mundo sofre de burnout, ninguém sofre, e o conceito perde toda a credibilidade.

(<https://www.nytimes.com/2019/06/03/opinion/burnout-stress.html>)

A grande maioria dos leitores enviou críticas ácidas e violentas ao artigo. Ao escrever que “Se quase todo mundo sofre de burnout, ninguém sofre, e o

conceito perde toda a credibilidade.”, Friedman está dizendo, em 2019, algo muito próximo do que disse Freudenberg em 1989, o criador da noção, e Schaufeli, o mais importante teórico da área, em 1998, acerca do risco da noção ganhar tantos significados que acabe por não ter significado algum. A reação dos leitores, entretanto, parece indicar um aparente mal de nossos tempos: a má disposição para o *pensamento*.

4. Não é a primeira vez que isso acontece na Psiquiatria

A Medicina em geral e a Psiquiatria em particular estão sujeitas, naturalmente, à inclusão de nomenclaturas de novos transtornos e doenças descritos ou descobertos, a mudanças da terminologia decorrentes de ampliação do conhecimento, mudanças nos sistemas classificatórios etc. As depressões eram conhecidas há mais de 2.000 anos, desde a Grécia Antiga, e recebiam o nome de melancolia, que até hoje é usado para se referir a depressões muito graves; a esquizofrenia já foi chamada de “demência precoce”, o transtorno afetivo bipolar de “psicose maníaco-depressiva” até a CID 9 e de “loucura circular” (*folie circulaire*) na psiquiatria francesa. O transtorno obsessivo-compulsivo era denominado “loucura da dúvida” (*folie du doute*). Os transtornos de estresse parecem ter recebido as denominações mais variadas, como síndrome do coração irritável na Guerra Civil Americana; fadiga de combate na Primeira Guerra Mundial; neurose de guerra por Freud; estresse pós-traumático na Guerra do Vietnã. Atualmente, esses transtornos são divididos em quatro quadros clínicos diferentes dentro do grupo das reações ao estresse da CID 10. Embora reconhecidos a partir de situações de guerra, atualmente incluem inúmeros eventos traumatizantes da vida humana em geral.

Embora recebendo denominações diferentes ao longo da história, o conjunto de fenômenos a que tais nomenclaturas diziam respeito eram basicamente os mesmos. Muito diverso disso é introduzir uma nomenclatura envolvendo uma entidade clínica não existente, como é o caso do burnout e do distúrbio que discuto a seguir.

Trata-se do “distúrbio das personalidades múltiplas” (DPM), um transtorno que aparentemente só acometia norte-americanos. Esse suposto transtorno envolve vários problemas semelhantes aos que encontramos no burnout, daí ser interessante abordar o assunto.

O transtorno das personalidades múltiplas fez muito mais sucesso do que o burnout, pois esteve incluído durante décadas como doença na psiquiatria americana e aparecia como “distúrbio de personalidades múltiplas” até o DSM III, mas vem sendo discretamente deixado de lado. Devido a grandes controvérsias envolvendo o diagnóstico, passou a ser chamado de “transtorno dissociativo de identidade” (DID) a partir do DSM IV, que excluiu a ideia da “multiplicidade” de personalidades e o colocou diluído entre os demais transtornos dissociativos que efetivamente existem.

Um dos aspectos que faz uma ponte com o burnout é o sucesso do fenômeno entre o grande público e, na base deste, o entendimento médio das pessoas sobre os fenômenos mentais humanos.

O transtorno das personalidades múltiplas teve um apelo muito forte para o imaginário popular. Acabou gerando um grande *best seller* em 1973, com o título de Sybil, que contava a história de uma mulher que “tinha” 16 personalidades diferentes. Gerou um filme e documentários. Outro filme que trata da mesma questão é bem mais recente — de 2017, com o título “Fragmentado”, sobre um sujeito que “possui” 23 personalidades (ou por 23 personalidades é possuído).

O suposto transtorno gerou também, claro, milhares de teses e carreiras acadêmicas.

No caso das personalidades múltiplas, supostamente vários “sujeitos” habitavam um só corpo. As diversas personalidades eram independentes e apresentavam características inteiramente incompatíveis e contrastantes entre si. A alternância entre elas se dava de modo instantâneo. Piper e Merskey, a quem voltaremos mais adiante, referem-se ao relato desses casos como “apresentação leviana de suposições de tirar o fôlego, como alterações entre gêneros, entre espécies ou entre etnias” (Piper & Merskey, 2004b, p. 681).

Quanto às noções populares sobre esse transtorno, uma busca na internet revela que uma das dúvidas mais frequentes das pessoas quanto às personalidades múltiplas é se são a mesma coisa que esquizofrenia. Essa confusão dá uma boa medida sobre a dificuldade de compreensão dos fenômenos mentais e do poder da desinformação sobre as crenças das pessoas. A origem do equívoco talvez se deva ao fato de que a esquizofrenia envolva a noção de *fragmentação* psíquica, que está na própria origem do termo. Entretanto, está muito longe de tratar-se de um transtorno que tenha qualquer relação com as personalidades múltiplas. Na esquizofrenia, pode-se dizer que a

única personalidade que o indivíduo possuía é destruída pela doença. Ou seja, muito diferentemente do imaginário popular, *não resta personalidade alguma*, senão apenas fragmentos daquilo que um dia foi uma unidade.

Setenta e nove por cento dos psiquiatras americanos duvidavam, em 1999, da realidade do transtorno das personalidades múltiplas (Gharaiebh, 2004). Vários autores vêm questionando sua existência. Piper e Merskey realizaram uma revisão sistemática do assunto e publicaram em 2004 um artigo no *Canadian Journal of Psychiatry*, dividido em 2 partes. A primeira se intitula “A persistência da loucura: um exame crítico do transtorno dissociativo de identidade. Parte I. Os excessos de um conceito improvável.” (Piper & Merskey, 2004a) e a segunda “A persistência da loucura: exame crítico do transtorno dissociativo de identidade. Parte II. A defesa e o declínio da personalidade múltipla ou do distúrbio dissociativo de identidade.” (Piper & Merskey, 2004b).

Apresentam como resultados no primeiro artigo:

A literatura mostra que 1) não há provas da alegação de que a DID [distúrbio dissociativo de identidade] resulta de trauma na infância; 2) a condição não pode ser diagnosticada com segurança; 3) contrariamente à teoria, casos de DID em crianças quase nunca são relatados; e 4) evidências consistentes de iatrogênese flagrante aparecem nas práticas de alguns dos defensores do distúrbio. (Piper & Merskey, 2004a, p. 592).

E nas conclusões: “A DID é melhor entendida como uma condição ligada à cultura e é frequentemente iatrogênica.” (ibid.).

Na parte 2 há, nas conclusões, considerações interessantes e mais detalhadas sobre o assunto:

Visão geral, conclusões e uma opinião sobre “timing”

Este artigo demonstrou que a teoria pós-traumática do MPD [transtorno de personalidades múltiplas] é incompatível com as evidências. Onde quer que olhemos - seja no modelo pós-traumático; nas teorias da repressão; nas incertezas e ampliações epidemiológicas do distúrbio; na persistente proliferação de personalidades; nos indescritíveis dados que tentam sustentar as alegações excepcionais de abuso; na apresentação leviana de suposições de tirar o fôlego, como alterações entre gêneros, entre espécies ou entre etnias; ou na impossibilidade de provar quase qualquer uma das reivindicações básicas do distúrbio - encontramos proposições que parecem estar fundamentadas em crenças e não em fatos ou lógica. O fato de tais crenças prosperarem em uma sociedade ou disciplina representa uma fraqueza embaraçosa para a condição acadêmica e profissional da Psiquiatria. (Piper & Merskey, 2004b, p. 681).

Ao que parece, isso se aplica perfeitamente ao burnout.

Gharaibeh propõe explicitamente a retirada do distúrbio dissociativo de identidade do DSM V em artigo com o título: “Distúrbio dissociativo de identidade: já não é tempo de excluí-lo do DSMV?” (Gharaibeh, 2009).

Escrito com ironia, o autor refere-se ao caráter às vezes escorregadio da terminologia psiquiátrica e médica e comenta que “A psiquiatria, entretanto, depende muito mais da linguagem.” (Gharaibeh, 2009, p. 34) Prosseguindo no exame de dificuldades relativas ao consenso sobre terminologia em psiquiatria, diz: “Tomando emprestado a Wittgenstein, o intelecto dos psiquiatras é enfeitado pela linguagem.” (Gharaibeh, 2009, p. 34).

Em crítica que cabe com perfeição ao burnout, prossegue:

Para dar suporte à confiabilidade e validade do diagnóstico, os pesquisadores da dissociação contam com “escalas” e “instrumentos” para dar a impressão de objetividade, empirismo, e estar trabalhando duro em “ciência”. No entanto, um rápido olhar para algumas das questões destes “Instrumentos” revela seu ataque à razão e ao intelecto. (Gharaibeh, 2009, p. 34).

Em seguida, apresenta algumas questões da “Escala de Experiência Dissociativa do Adolescente (A-DES)” e as comenta:

A-DES: Fico tão envolvido em assistir TV, ler ou jogar videogame que não tenho ideia alguma do que está acontecendo ao meu redor.

Comentário: Embora este item pareça uma piada, não é. Faz parte dos assuntos sérios da ciência. Não é que o que qualquer humano “normal” faria se tem atenção e concentração suficientes? (Gharaibeh, 2009, p. 35).

Ou:

A-DES: Eu sou tão bom em mentir e agir que eu mesmo acredito em mim.

Comentário: Esta deve ser uma dica imediata de que o respondedor não é confiável. (Gharaibeh, 2009, p. 35).

E ainda:

A-DES: Sinto que meu passado é um quebra-cabeças e que algumas das peças estão faltando.

Comentário: Não é essa a condição humana? (Gharaibeh, 2009, p. 35).

Ao tratar da questão de conflitos de interesses relativos aos DSM, Gharaibeh argumenta que não se restringem às relações com a indústria farmacêutica, mas também aos interesses quanto à inclusão e à manutenção ou não de determinadas categorias diagnósticas. No terceiro item relativo a esse aspecto, com o qual finaliza seu artigo, diz:

O terceiro conflito potencial de interesses é o próprio processo de se tornar um “especialista”. O viés desse processo é evidente, porque, se não se aceita a priori a

presença de DID, ele ou ela nunca serão admitidos no clube exclusivo de “especialistas em DID”. Para obter o status de autoridade ou especialista neste assunto, é preciso ser um crente. De outra forma, como alguém afirmaria ter diagnosticado e tratado centenas de casos de DID? É um ciclo de feedback que não pode ser quebrado. (Gharaibeh, 2009, p. 36).

Parece que isso se aplica também ao burnout, com a diferença de que este não foi incluído como doença em sistemas classificatórios.

5. Descrição da síndrome da fadiga (CID F43.8.A) na Suécia e critérios para afastamento médico

Incapacidade

A síndrome da fadiga pode envolver dificuldades cognitivas significativas, como dificuldade de concentração e problemas de memória. O paciente pode ficar com dificuldade de orientação na fase inicial. Outros problemas são dificuldades de iniciativa, labilidade emocional ou irritabilidade e sensibilidade ao som, acima de tudo. Também ocorrem problemas com resistência mental diminuída, fraqueza física e fadiga, sono e dificuldade em manter o equilíbrio, às vezes tontura. (Fonte:

<https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>)

Sintomas, prognóstico, tratamento

A síndrome da fadiga envolve exaustão física e mental pronunciada após estresse prolongado. A fase aguda é precedida por uma fase prodrômica que pode durar vários anos com sintomas flutuantes. A doença aguda envolve estágios mais graves de exaustão física e mental, com um quadro de intensificação de sintomas. A fase aguda geralmente desaparece em algumas semanas e é substituída por uma fase de recuperação, que pode durar muitos anos, com sintomas persistentes e pronunciada intolerância ao estresse (ver os critérios publicados em Fatigue Syndrome - Stress-related mental disease, National Board of Health and Welfare, 2003). O quadro de sintomas inclui distúrbios cognitivos extensos e prejudicados, muitas vezes em combinação com problemas afetivos pronunciados (beirando a depressão ou transtorno de ansiedade), bem como vários sintomas somáticos. O tratamento é baseado no apoio psicológico para criar um equilíbrio entre atividade e repouso, para evitar

recorrências. O tratamento sintomático se concentra em apoiar o sono e reduzir a ansiedade. Os distúrbios do sono são comuns e os hábitos regulares e a atividade física desempenham um papel fundamental tanto para a melhora dos sintomas quanto para o retorno ao trabalho. O tratamento com métodos psicoterapêuticos pode ser relevante. (Fonte: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>)

Apoio à decisão médica de seguro

Sobre seguro de suporte médico

Critérios para doença grave

É assim que o suporte à decisão deve ser usado

Princípios gerais para licença médica

Síndrome da fadiga

Última atualização: 30/01/2017

Códigos de diagnóstico relacionados (ICD-10-SE)

F438

Orientação sobre licença médica em diferentes situações

Em caso de síndrome da fadiga na fase aguda, o paciente pode ficar em licença médica em tempo integral ou parcial por até 6 meses. Licença parcial por doença no retorno ao trabalho após licença médica em tempo integral.

Em caso de síndrome de fadiga com dificuldades cognitivas persistentes, o paciente pode ficar em licença médica em tempo integral por até 1 ano ou mais. Licença parcial por doença no retorno ao trabalho.

(Fonte: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>)

Informações médicas para seguro

Existe uma gama de como uma determinada doença afeta a capacidade de trabalho de diferentes indivíduos e a capacidade de realizar atividades diferentes. Portanto, a avaliação da capacidade para o trabalho deve ser feita individualmente com base nas condições únicas de trabalho do indivíduo.

A síndrome costuma ser causada por uma combinação de fatores de estresse tanto na vida privada quanto no local de trabalho por um longo período. É importante prestar atenção aos estressores em potencial, mesmo fora do trabalho. Se a situação de trabalho for um fator de estresse dominante ou se houver conflitos constantes no local de trabalho, o retorno é menos realista. Então, é bom se um diálogo sobre as condições para mudança de local de trabalho for iniciado. As reações de evitação fóbica em relação ao local de trabalho não são incomuns e podem precisar ser abordadas. No caso de curso longo ou divergente, uma nova avaliação é feita quanto à comorbidade ou a fatores complicadores. É importante fazer precocemente uma avaliação diagnóstica diferencial, quanto a doenças somáticas ou mentais. (Fonte: <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/utmattningssyndrom/546>)

6. Conceito de Transtornos de Adaptação da OMS/CID10

F43.2 Transtornos de adaptação

Estados de sofrimento subjetivo e perturbação emocional, geralmente interferindo no funcionamento e desempenho social, surgindo no período de adaptação a uma mudança significativa ou a um evento estressante na vida. O estressor pode ter afetado a integridade da rede social de um indivíduo (luto, experiências de separação) ou o sistema mais amplo de suportes e valores sociais (migração, status de refugiado), ou representado uma grande transição ou crise de desenvolvimento (ir para a escola, tornar-se pai, falha em atingir um objetivo pessoal valorizado, aposentadoria). A predisposição ou vulnerabilidade individual desempenha um papel importante no risco de ocorrência e na formação das manifestações dos transtornos de ajustamento, mas, no entanto, presume-se que a condição não teria surgido sem o estressor. As manifestações variam e incluem humor deprimido, ansiedade ou preocupação (ou mistura dos dois), sensação de incapacidade de enfrentar, planejar com antecedência ou continuar na situação atual, bem como algum grau de incapacidade no desempenho da rotina diária. Os distúrbios de conduta podem ser uma característica associada, principalmente em adolescentes. A característica predominante pode ser uma reação depressiva breve ou prolongada, ou uma perturbação de outras emoções e conduta (CID 10, Edusp, 2010).

¹ Mais informações em: <https://www.newyorker.com/magazine/2021/05/24/burnout-modern-affliction-or-human-condition>.

² No original: “The rapidity with which the term and the concept of burnout have been incorporated into the daily argot of our society is astonishing. During the last five to eight years, burnout has become a buzz word used to convey a great number of personal and social problems”.

³ No original: “We need to be careful that we do not place so many concepts under burnout that it becomes meaningless”.

⁴ Maslach e Schaufeli, Schaufeli e Enzmann reiteram, além da citação anterior, que Freudenberg era psiquiatra: “Como psiquiatra, Freudenberg estava empregado em uma agência alternativa de assistência médica.” (Maslach & Schaufeli, 1993, p. 2); “Entretanto, o psiquiatra americano Herbert Freudenberg é geralmente considerado o criador da síndrome de burnout” (Schaufeli & Enzmann, 1998, p. 2). Freudenberg não era psiquiatra, mas atribuir-lhe essa condição poderia sugerir que o burnout tem suas bases dentro do campo de conhecimento da Medicina e da Psicopatologia, o que está longe de ser verdade.

⁵ APA – American Psychological Association.

⁶ O conceito de **Semiologia Médica** é importante nesta discussão e deverá aparecer algumas vezes no texto. Trata-se da disciplina relacionada ao estudo dos *sinais* e *sintomas* de uma doença. *Sintomas* são as queixas subjetivas do paciente e *sinais* são os elementos objetivos que o médico pode observar. Se alguém se queixa, por exemplo, de dor de garganta (sintoma), o profissional vai examinar essa região. Se verificar apenas vermelhidão (sinal), irá dirigir seu raciocínio clínico numa direção. Se verificar a presença de pontos amarelos no fundo da garganta (sinal), vai pensar em outra hipótese etc... O conjunto de *sinais* e *sintomas* permitirá ao médico fazer um *raciocínio clínico* e chegar ao *diagnóstico* de uma doença. Este procedimento se dá dentro do campo que chamamos de Semiologia Médica e sua realização é literalmente impossível no caso do burnout, conforme veremos. Em Psiquiatria, o *raciocínio clínico* baseia-se nas queixas do paciente (sintomas) e no exame de um conjunto de cerca de 12 funções psíquicas (sinais), que se compõem de forma complexa nos diferentes transtornos mentais.

⁷ Ao contrário do que afirmam Schaufeli e Enzmann, síndromes como a depressão, dentre outros transtornos mentais, podem, sim, serem definidos, descritos e caracterizados no nível de sintomas específicos.

⁸ Traduzi “mental disability” por incapacitação mental. Em inglês “mental disability” tem sentido intercambiável com “mental illness” (doença mental), embora, segundo o DSM V, reporta-se a funcionamento intelectual abaixo da média. Em português, a tradução mais literal de “mental disability” seria “deficiência mental”. Como Schaufeli se refere anteriormente no texto a “disabled” (incapacitado), parece não estar se referindo a deficiência mental, por isso preferi esta tradução. De qualquer modo, resta uma dúvida e a dificuldade com a tradução decorre de outra: a de saber o que os autores do campo do burnout estão querendo dizer.

⁹ Vale notar que a oposição entre continuum e dicotomia para caracterizar uma doença é inteiramente impropriedade. Vários transtornos psiquiátricos são diagnosticados dentro de um continuum, inclusive nos mesmos termos “leve”, “moderado” e “grave” usados para burnout. É o caso, por exemplo, dos episódios depressivos leves, moderados e graves.

¹⁰ Quanto ao DSM III, segundo o autor a que Maslach recorre, Bibeau, o estado mental do burnout estaria incluído na subcategoria “distúrbios de ajuste com inibição no trabalho (ou na atividade acadêmica)” (Bibeau, 1989). Trata-se de mais uma improvisação no esforço para buscar um lugar nosológico para burnout. O termo “burnout” não aparece nos DSM, inclusive no mais recente, o DSM V. Não aparece como categoria diagnóstica, não aparece no Glossário de Termos Técnicos e nem mesmo no “Glossário de Conceitos Culturais de Sofrimento”.

¹¹ Quando Kristensen apresentou esse artigo, existiam três versões do MBI. Hoje existem cinco.

¹² Conforme veremos adiante, esse malabarismo servirá como um dos passos para o argumento — inverídico — de que burnout foi reconhecido e incluído como doença na legislação sueca (Capítulo “Burnout na Suécia e na Holanda”).

¹³ O livro foi publicado no Brasil pela Francisco Alves Editora, numa tradução que não se pode chamar de boa, a começar pelo título: *Estafa – o alto custo dos grandes empreendimentos*. Ali, o uso inusitado de terminologia especializada foi mais longe. “Desorientação” é traduzido como “desnorteameto”(!).

¹⁴ Conforme sinalizado no capítulo “Burnout e Neurastenia”, a neurastenia servirá, aqui, para sustentar a falsa afirmação de que burnout foi reconhecido como doença na Suécia.

¹⁵ A noção de fadiga está intrinsecamente ligada ao conceito de estresse e, dentre as muitas denominações que esse transtorno recebeu, uma delas foi “fadiga de combate”, durante a I Guerra Mundial.

¹⁶ O burnout, particularmente, desafia a alegação comum de que “perito não faz diagnóstico”. Isso é bastante discutível, sobretudo em Psiquiatria. Essa conduta muitas vezes reduziria a atividade do perito a não mais do que mero ato burocrático. Acrescente-se que, para chegar a uma conclusão qualquer, o perito estará, inevitavelmente, concordando ou discordando do que lhe é apresentado e, nesse sentido, chegando à mesma impressão diagnóstica ao concordar ou chegando a outra se discordar — mesmo

que sua conclusão seja pela ausência de doença. Ou seja, é inevitável que o perito elabore um raciocínio clínico e decida baseado neste. Isso corresponde, necessariamente, a *fazer* ou *desfazer* um diagnóstico.