

# *Burnout e estresse:* entre medicalização e psicologização

I<sup>1</sup> Isabela Vieira, <sup>2</sup> Jane Araujo Russo |

**Resumo:** Em 1974, o conceito de *burnout* surgiu para nomear o esgotamento típico das profissões de cuidado. É geralmente definido como síndrome psicológica decorrente do estresse crônico laboral, composta por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização/cinismo e baixa realização pessoal. Este artigo analisa o *burnout* em uma perspectiva sociocultural, a partir dos referenciais teóricos de Lóriel/Elias e Duarte/Dumont, investigando sua difusão através da associação conceitual com a noção de estresse laboral, ligada, por sua vez, à individualização e aos processos de medicalização/psicologização. Apesar da origem nas ciências físicas, a força da categoria estresse se deve muito menos a seu caráter técnico (teórico) que a seu aspecto simbólico. Ao promover uma linguagem comum entre biologização e psicologização, o estresse é capaz de circular nos mais diversos meios, do acadêmico ao senso comum, integrando em um código próprio ora representações psicologizadas, ora representações não psicologizadas de pessoa e perturbação. Pode assim funcionar como uma categoria “biopsicossocial”. São essas características que “abrem caminho” para a difusão social do *burnout*, na medida em que ele é concebido como um tipo de estresse laboral – uma experiência que se encontra, hoje em dia, extremamente difundida, sendo vivenciada como parte da vida.

► **Palavras-chave:** burnout; estresse; trabalho; medicalização; psicologização.

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (isabelamvieira@gmail.com). ORCID: 0000-0002-2488-5443

<sup>2</sup> Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (jane.russo@gmail.com). ORCID: 0000-0002-4383-334X

Recebido em: 12/10/2018  
Aprovado em: 27/02/2019  
Revisado em: 29/03/2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290206>

## Introdução

O conceito de *burnout* – em inglês coloquial, “combustão completa” – foi formulado pelo psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger, nos anos 1970, para nomear uma reação de esgotamento físico e mental vivenciada por profissionais de saúde envolvidos na assistência a usuários de drogas (FREUDENBERGER, 1974). Identificado inicialmente nas áreas de cuidado/serviços (saúde, serviço social, assistência jurídica, atividade policial e de bombeiros) e da educação, o *burnout* foi tradicionalmente definido como uma síndrome psicológica composta de três dimensões: exaustão emocional (sensação de esgotamento de recursos físicos e emocionais), despersonalização ou cinismo (reação negativa ou excessivamente distanciada em relação às pessoas que devem receber o cuidado/serviço) e baixa realização pessoal (sentimentos de incompetência e de perda de produtividade) (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

A criação de uma escala diagnóstica – o MBI (*Maslach Burnout Inventory*), padrão-ouro para detecção da síndrome – permitiu o desenvolvimento da pesquisa epidemiológica do *burnout*, estendendo o conceito a diversos países e amostras populacionais, e, assim, a outras ocupações fora das tradicionais áreas de saúde e educação. Com isso, são a organização do trabalho e a relação com o trabalho *em si* – não necessariamente com atividades específicas – que passam a ser consideradas seus principais determinantes.

Tido como reação ao estresse crônico, cada vez mais o *burnout* é reconhecido como problema de saúde pública, por sua associação a consequências não só para a saúde (notadamente depressão), mas também socioeconômicas (absenteísmo, rotatividade, aumento de gastos previdenciários). Ganhou status de transtorno psiquiátrico em alguns países (caso da Suécia), enquanto que, na França, obteve receptividade apenas parcial em determinadas categorias, como a dos enfermeiros. Já a legislação brasileira considera o *burnout* como doença relacionada ao trabalho desde 1999. Porém, seu reconhecimento como tal ainda é escasso, estando sujeito a um jogo de forças que envolve pesquisadores, profissionais de saúde, sindicatos e empresas.

O entendimento do *burnout* como problema *psicossocial* acontece em uma atmosfera de crescente preocupação com a questão do estresse laboral nos países desenvolvidos, a partir dos anos 1960. Segundo Väänänen et al. (2012), o interesse acadêmico nas mudanças da vida laboral resultou no surgimento de todo um campo

de estudos – o dos estudos em estresse laboral (*work stress*) – do qual o *burnout* veio a fazer parte. Tal interesse foi moldado, por um lado, por mudanças sociais pós-Segunda Guerra, ligadas a ideais de justiça social; e por outro lado, pela demanda da indústria de aumentar seu desempenho através do conhecimento psicológico. Dentro do chamado movimento do *work stress*, isso se refletiu na busca por melhores ambientes de trabalho e na preocupação com o bem-estar do trabalhador industrial (visando à “humanização” do trabalho). Apesar da agenda reformista inicial, entretanto, as pesquisas logo se voltam para aspectos microsociais, tendendo assim à individualização, no sentido de um maior foco nas reações individuais em nível fisiológico e comportamental (VÄÄNÄNEN, 2012).

Também para alguns autores franceses em sociologia do trabalho, o crescente sucesso da noção de estresse estaria vinculado a um processo de individualização (por ser uma temática “centrada sobre o indivíduo”) e, mais especificamente, de psicologização (pois obriga a considerar o “sofrimento interior, íntimo, moral das pessoas”). Paradoxalmente, apesar de ter propiciado a psicologização do mal-estar no trabalho, a noção de estresse teria tido origem não em teorias psicológicas, e sim fisiológicas (como a de Hans Selye) (BUSCATTO; LORIOLO; WELLER, 2008).

No Brasil, o *burnout* já nasce como um termo técnico, sendo precocemente introduzido em uma lista diagnóstica (a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho) (BRASIL, 1999). A pesquisa, iniciada em fins da década de 1980, se desenvolve principalmente no contexto do emergente campo da saúde coletiva – e da saúde do trabalhador em especial, um de seus ramos –, mas também nos âmbitos da saúde ocupacional e da psicologia organizacional, concentrando-se basicamente em profissionais de saúde e professores.

Embora controverso quanto ao *status* nosológico, em geral lida-se com o *burnout* de maneira análoga a uma doença: ele é diagnosticado por meio de um inventário de “sintomas” (o MBI) e tratado por meio de psicoterapia e até medicamentos, dependendo da intensidade destes sintomas. O grau de medicalização, entretanto, varia de país para país. Como vimos, em alguns países ele foi instituído como diagnóstico oficial, enquanto que, em outros, permanece como problema psicológico.

Em função desse elo original do *burnout* com o campo das ciências médico-psicológicas, optamos por estudá-lo sob a perspectiva da medicalização/psicologização. Essa denominação parece-nos mais adequada para compreender o *burnout* em uma dimensão histórica e cultural mais abrangente, que leva em

conta suas relações com o processo de individualização. De fato, a configuração de valores do individualismo mostra-se um importante vetor de construção e difusão sociocultural da ideia de fadiga/esgotamento pelo trabalho.

Dessa forma, o presente artigo buscará examinar o contexto sociocultural da emergência do *burnout* (tanto o mais geral quanto aquele específico brasileiro), através de um dos principais fatores para a difusão do conceito de *burnout*: sua vinculação à noção de estresse. Procuramos assim analisar a produção científica sobre *burnout* desde o ponto de vista socioantropológico. Para tanto, exploramos, de um lado, o referencial teórico dumontiano acerca da construção social da pessoa e, de outro, a proposta de Loriol (2000) acerca da relação entre individualismo e “má fadiga” baseada na concepção de processo civilizador de Norbert Elias.

## As relações entre medicalização e psicologização

Compreender o fenômeno *burnout* envolve pensá-lo não só em termos de sua medicalização, mas também enquanto objeto de psicologização. Isso implica reconhecer a estreita relação entre um e outro: processos tão interligados que se justifica a adoção da expressão “medicalização/psicologização” (como optamos em fazer).

Acompanhando a proposição de Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), entendemos medicalização como um tema complexo, com vários sentidos possíveis (presentes frequentemente de forma simultânea e não excludente), tais como:

- 1- estratégias de sanitarização da população;
- 2- transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças;
- 3- ação de controle e imperialismo médico;
- 4- participação de atores fora do campo da medicina.

Para esta análise, entretanto, iremos nos deter na noção da medicalização como processo irregular e fora do território médico (o quarto sentido proposto), cujo principal autor é Peter Conrad. Destacam-se, em sua obra, a ideia de graus da medicalização, bem como a atenção a novas questões colocadas pela presença massiva de tecnologias médicas.

Segundo Conrad (2005, p. 3, tradução nossa), medicalização é a “definição de um problema em termos médicos, usualmente como uma doença ou transtorno, ou o uso de uma intervenção médica para tratá-lo”. Refere-se a “processos pelos quais

aspectos da vida anteriormente fora da jurisdição da medicina vêm a ser concebidos como problemas médicos” (CLARKE et al., 2003, p. 161, tradução nossa). Cabe ainda observar que se trata não necessariamente de “patologização”, mas de uma “compreensão biomédica das perturbações mais ou menos corriqueiras da vida cotidiana” (RUSSO; VENÂNCIO, 2006).

Uma das características do processo de medicalização é a bidirecionalidade (CONRAD, 2007), isto é, ele pode rumar para a consolidação de uma categoria diagnóstica, ou pode seguir o caminho inverso, da desmedicalização (quando uma categoria diagnóstica perde o *status* de doença, passando a ser compreendida em termos de comportamento social). A medicalização também pode assumir diferentes formas. Entre elas incluem-se a biomedicalização, o *healthism* (“saudismo” ou “saudização”), além do *enhancement* (“aprimoramento”).<sup>1</sup>

A ideia de aprimoramento está particularmente ligada à questão do desempenho/ produtividade e da competição no mercado de trabalho. Em determinados meios profissionais (pilotos de avião, caminhoneiros), é conhecido o recurso a drogas estimulantes para conseguir cumprir as exigências do trabalho. Também entre pessoas classificadas como “portadoras” de *burnout*, é comum o relato de uso de substâncias para melhorar o desempenho: as estratégias de enfermeiros para combater os efeitos do cansaço pelo trabalho foram descritas como medicalização direta (uso de vitaminas, suplementos, tranquilizantes ou estimulantes, busca de atendimento médico para conseguir licenças ou atestados) e indireta (psicologização) (LORIO, 2000), mas, nesse contexto, poderia ter sido utilizado o termo *enhancement*.

A observação superficial da evolução da produção de conhecimento sobre o *burnout* parece indicar uma tendência à medicalização – no sentido de transformá-lo ou entendê-lo como um problema médico. Isso acontece apesar de este objeto ainda “pertencer” prioritariamente ao campo da psicologia; porém, nesse caso, de forma análoga, fala-se em psicologização.

Psicologização será aqui considerada como o processo associado à difusão e institucionalização dos chamados saberes psicológicos: aquelas disciplinas que, em sentido lato, reúnem concepções culturais comuns voltadas para esse “outro lado” da corporalidade estrita (mente, alma, espírito, *mind*, *Geist*, entre outras denominações) (DUARTE, 1997), ou, em outras palavras, que “pressupõem uma visão ‘interiorizada’ dos indivíduos” (VENÂNCIO; RUSSO; DUARTE, 2005, p. 8). Representados pela psiquiatria, psicologia e psicanálise, os saberes

psicológicos são um exemplo dessa interligação (medicalização/psicologização): a respeito da institucionalização dos saberes psi no Brasil, Venâncio, Russo e Duarte (2005) destacam o quanto suas fronteiras tornaram-se difíceis de definir, não só internamente (entre as disciplinas), mas sobretudo externamente (com relação a outras áreas de conhecimento e práticas), identificando como “principal núcleo difusor” da psicologização em nosso país o saber *médico*.<sup>2</sup>

A referência à psicologização como “medicalização indireta” (LORIOL, 2000) nos leva ainda a uma perspectiva sociológica que explora a possível relação entre medicalização e psicologização. Aqui, o elo entre os dois parece ser a individualização, no sentido do desenvolvimento de uma interiorização, ou seja, da noção de um “eu” interior. Assim, na França, alguns sociólogos do trabalho têm estudado a ascensão da noção de estresse como forma privilegiada de discurso sobre a fadiga/mal-estar, identificando neste fenômeno a importância da individualização e da psicologização enquanto “temática sobre o indivíduo” (como mencionado anteriormente).

O sociólogo Marc Lorient (2000) vê o *burnout*, juntamente com a síndrome da fadiga crônica, como duas formas contemporâneas de discurso sobre a fadiga (a primeira com viés teórico mais psicológico, a segunda mais biologicamente orientada). Sua abordagem entende a individualização em uma dimensão histórica, ou seja, como um processo social. Com base na teoria do processo civilizador (ELIAS, 1994), Lorient identifica a ocorrência de uma progressiva distinção entre “boa” e “má” fadiga.

O autor aponta uma transição histórica da noção de desgaste para a de má fadiga. Assim, na Antiguidade, o desgaste advindo do trabalho é visto como natural: o ser humano, a partir do nascimento, vai se desgastando até morrer. É com o surgimento das figuras da acédia (século VI), da melancolia (século XVI), da neurastenia (século XIX) e, após os anos 1970, de duas novas entidades clínicas – *burnout* e síndrome da fadiga crônica – que se desenvolve paulatinamente a noção de má fadiga: subjetiva, nociva, produzida pelo esforço intelectual e/ou pela vida urbana. Em oposição à “boa” fadiga – proveniente de atividades livremente escolhidas, em harmonia com a natureza (e a natureza humana) –, a fadiga “ruim” não desaparece com o repouso (é crônica), resulta de atividades ou modos de vida contrários à “natureza humana” (tem caráter coercitivo) e só é suprimida pelo retorno a uma vida mais saudável ou pelo apelo a um profissional (de saúde) (LORIOL, 2000).

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

Ainda de acordo com LORIOL (2000), o sentimento de má fadiga pode resultar do processo civilizador por duas razões. Primeiro, por ser o produto de uma coerção social que ainda não está totalmente interiorizada: a sociedade pesa sobre o indivíduo porque este se sente distinto dela. Isso tem a ver com a individualização ou “individação” (LORIOL, 2000) – elemento importante do processo civilizador. Outra razão é que a má fadiga porta em si um julgamento de valor: ela é resultado de um “mau” comportamento ou um modo de vida “doentio”, enquanto que a boa fadiga resulta de uma atividade “saudável”.

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

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

Em contraposição à perspectiva sócio-histórica de Elias e Loriol encontramos na obra de Louis Dumont – sobretudo pela via da pesquisa de Luiz Fernando Dias Duarte sobre o *nervoso* – uma visão mais propriamente antropológica, capaz de oferecer elementos importantes para nossa investigação da individualização, agora em nível ideológico. A individualização poderia representar o eixo sobre o qual se vêm construindo, nas sociedades modernas ocidentais, tanto as diferentes formas históricas das perturbações ligadas à fadiga (conforme a ênfase de Loriol/Elias), quanto as diversas concepções de pessoa (conforme o enfoque de Duarte/Dumont).

## Individualização e pessoa moderna

A teoria de Louis Dumont acerca da ideologia que tipifica as sociedades modernas é bastante complexa. Com o intuito de caracterizar o processo de psicologização, nos atemos aqui a uma de suas dimensões: a oposição entre individualismo/igualdade e holismo/hierarquia como duas configurações básicas de valores que demarcam dois tipos de sociedade. Segundo Dumont, a configuração de valores típica das sociedades ocidentais modernas caracteriza-se pela centralidade da noção de *indivíduo* como ser autônomo, livre e igual. As sociedades modernas opõem-se, assim, a outros tipos de sistemas sociais comumente designados como tradicionais que se caracterizam por uma configuração de valores holista, construída em torno da noção de totalidade. Tais sociedades operam com uma noção coletiva de sujeito, considerado como ser relacional e socialmente determinado. São, por essa razão, denominadas “holistas” (relativas à totalidade), em contraposição à sociedade moderna, que seria “individualista” (baseada no *indivíduo* enquanto valor) (DUMONT, 1992).

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

Um aspecto importante derivado da teoria de Dumont é a constatação de que *o modelo psicologizado convive com modelos “não psicologizados” (holistas)*, havendo diferentes graus e combinações de holismo e individualismo presentes em cada cultura ou segmento cultural.<sup>3</sup>



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

Segundo Duarte, o modelo dos *nervos* antecede historicamente o modelo psicológico. *A transição ou transformação histórica dos modelos da melancolia, da neurastenia/nervoso e do psicológico evidencia um progressivo movimento de interiorização/internalização que eventualmente passa a dominar a representação moderna de pessoa*. Esse “espaço interior” de certa forma se “autonomiza” com o advento da psicanálise, daí essa forma específica denominar-se comumente de uma forma psicologizada de concepção da pessoa. Mas lembremos que, na verdade, essa é uma das vertentes da individualização: há ainda as formas biologizadas (ou biomedicalizantes) da pessoa (representadas pela psiquiatria) (DUARTE, 1993).

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

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

Dessa característica relacional básica do *nervoso* decorrem várias implicações. A primeira é a de fazer dele uma teoria não psicologizada do humano, pois, ao serem pensados como “um meio físico de experiências tanto físicas quanto morais”, os *nervos* se opõem ao *psiquismo*, “concebido para substituir o antigo nível moral e estabelecer sobre o físico nova hegemonia” (DUARTE, 1993, p. 61). A configuração nervosa permite também “conceber continuidade entre as múltiplas perturbações mais leves ou fracas e aquelas mais graves que se aproximam da ‘loucura’” (DUARTE, 1993, p. 62). O caráter relacional do *nervoso* manifesta-se ainda na possibilidade de “fazer depender a classificação de cada caso, a avaliação de sua realidade ou gravidade, da situação social em que se entrelaçam a pessoa observada e seu classificador” (DUARTE, 1993, p. 62), resultando numa flexibilidade capaz de abranger diferentes manifestações “clínicas”. Tal flexibilidade sugere uma aproximação entre os códigos do *nervoso* e do estresse. Ao mesmo tempo a categoria psicologização não pode ser descartada, porque, a depender do sentido em questão, o par estresse/*burnout* poderá ser entendido ora como psicológico, ora como não psicológico.

No restante do artigo iremos focalizar a categoria estresse em suas diversas dimensões, como núcleo estruturador da noção de *burnout*. Pretendemos demonstrar o peso simbólico e científico da referida categoria na construção da subjetividade contemporânea, em especial no que tange à subjetividade relacionada ao trabalho.

## Estresse

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

Loriol (2000) enfatiza a importância da noção de estresse para a construção das formas contemporâneas da má fadiga, na medida em que, hoje, o estresse representa a marca maior desse modo de vida moderno e urbano que é tido como uma agressão social à “natureza humana”. Como tal, o estresse converte-se na principal causa

da fadiga “ruim”. Para o autor, foram a psicopatologia do trabalho e, sobretudo, o conceito de estresse que permitiram pensar e exprimir a má fadiga nas mais diferentes camadas da população (o que antes não era possível, estando a fadiga “ruim” mais ou menos restrita às classes superiores – caso da neurastenia, por exemplo). O estresse teria se tornado, portanto, o “conceito supremo para exprimir as interdependências, o peso da sociedade sobre o indivíduo”, principalmente naqueles setores profissionais em que a interdependência é sentida de forma mais imediata e incontornável, como nas profissões relacionais (LORIOLO, 2000, p. 10, tradução nossa). Daí a particular relevância do *burnout*, enquanto exemplo de má fadiga ligada ao estresse, em categorias profissionais como as da saúde.

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

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

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

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

Assume-se que a categoria estresse nasceu primeiramente como um conceito das ciências físicas relativo a uma força ou pressão exercida sobre determinado material (LAZARUS, 1993). Com Hans Selye, ela foi introduzida no campo da biologia para designar a chamada reação geral de adaptação, constituída pelas fases de alarme (ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenais secundária à avaliação do estímulo pelo córtex cerebral), resistência (adaptação ao estressor, com resolução dos sintomas) e exaustão (quando o estressor é suficientemente intenso e/ou prolongado a ponto de esgotar a capacidade biológica de resposta, resultando em incapacidade de adaptação e consequentemente quadros patológicos) (SCHWARTZMANN, 2004).

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

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

Note-se que, nessa passagem da engenharia à biologia (e posteriormente à psicologia), a metáfora mecanicista não é jamais abandonada. É exemplar, nesse sentido, o modo como a *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (LEVI, 2012) apresenta o tema. O texto parte justamente do significado de estresse “na

linguagem da engenharia” – como uma “força que deforma os corpos” –, para em seguida transpor essa ideia para o campo da biologia e definir o estresse como um “processo corporal de adaptação” aos estímulos (nomeados como agressões, ameaças, ou simplesmente mudanças) externos. Este processo, que pode ser ativado pela exposição a fatores de ordem física, psíquica ou social, consiste em uma reação estereotipada e inespecífica: a resposta de estresse. É o grau dessa resposta que determina se o efeito produzido por ela será ou não prejudicial ao indivíduo. Assim, a maneira como o corpo responde é mais ou menos igual, pois há sempre um nível basal de estresse, necessário ao funcionamento do organismo – aqui, mais uma metáfora: a de um exército nacional, que está sempre de prontidão, havendo ou não ameaça concreta. Quando este exército precisa entrar em ação para defender o país, ele aumenta o nível de atividade. O nível de estresse, portanto, aumenta quando uma maior quantidade de combustível (“gás”) é ofertado ao corpo para fazê-lo funcionar: quanto mais gás é dado, mais o “motor” humano trabalha, o que leva a um maior consumo de gás e a um maior desgaste (*wear and tear*).

Outra imagem utilizada é a de uma vela, posta para queimar dos dois lados: ela brilha mais, porém se extingue mais rápido (LEVI, 2012). Ainda que haja variações entre os modelos, de modo geral as teorias de estresse ocupacional consideram que: fatores ambientais produzem reações em nível físico, psicológico e comportamental; a ação dos estressores é mediada/moderada por fatores individuais e contextuais; os efeitos dessas interações, quando persistentes (crônicos), podem levar a adoecimento. Alguns modelos enfatizam mais os fatores sociais (relativos ao meio), enquanto outros privilegiam os fatores psicológicos na produção dessas respostas (LEVI, 2012; MELAMED et al., 2006). Dessa forma, apesar de definir-se como “psicossocial” – pretendendo com tal denominação ser mais abrangente que a abordagem fiscalista –, pode-se perceber nessa descrição genérica do mecanismo do estresse certa continuidade com o modelo da “síndrome geral de adaptação” de Selye. Porém, na ausência de um substrato orgânico claramente identificável (mesmo com referências frequentes ao sistema nervoso), só é possível falar por meio de imagens.

O recurso às metáforas mecanicistas (com suas ideias de força/fraqueza, ataque/defesa, queima ou consumo de energia) evidencia a “dupla cadeia de significação” (DUARTE, 1988) – física e moral – envolvida nas tentativas de elaboração teórica do estresse. Do ponto de vista dos modelos de pessoa e de suas perturbações, expõe um aparente paradoxo: se a noção de estresse, conforme aparece nas teorias

científicas atuais, é comprometida com uma versão psicologizada do homem (porque calcada no dualismo corpo-mente); por outro lado, parece manter com o sistema de representação do *nervoso* (não psicologizado) algumas semelhanças.

À primeira vista, a categoria estresse e o modelo do nervoso parecem compartilhar a característica básica da relacionalidade enquanto *mediação* entre físico e moral. E assim, da mesma forma, os principais efeitos do caráter relacional do nervoso – a continuidade entre formas leves e graves e a variabilidade da classificação segundo as propriedades de situação (DUARTE, 1993) – também pareceriam se aplicar ao estresse, sobretudo em suas representações de senso comum. Daí ser possível ao estresse explicar e representar desde o cansaço da vida diária até a exaustão incapacitante, sintoma de doenças físicas e emocionais. Apesar da aparente semelhança, entretanto, há diferenças importantes entre os dois. Por exemplo: ao contrário da categoria nervos, a categoria estresse não é capaz de prover inequivocamente esse substrato orgânico totalizador/totalizante (que faz do sistema nervoso o eixo articulador geral da pessoa, com o cérebro ocupando o lugar superior), mantendo-se num campo semântico bastante vago e ambíguo.

Zorzaneli, Vieira e Russo (2016) observam que a noção de estresse tem promovido, cada vez mais, uma linguagem comum entre biologização e psicologização. Isso é verdadeiro especialmente em casos que envolvem a fadiga como principal manifestação clínica, como a síndrome da fadiga crônica (de enfoque biologizante) e o próprio *burnout* (de base psicossocial). A categoria estresse é suficientemente difusa e imprecisa para se prestar aos dois tipos de leitura: é mais psicológica que um vírus, ao mesmo tempo em que parece menos mental (e portanto mais física) que desejos inconscientes ou frustração, comportando tanto novos modelos fisiológicos quanto velhos modelos psicossociais. Torna-se assim uma categoria interessante para ser utilizada nesse espaço intermediário (e também pouco preciso) entre o somático e o psíquico.

Lembrando que esse espaço intermediário comporta ainda a dimensão social: o caso do *burnout*, cuja relação com o ambiente laboral é crucial, evidencia a existência de fronteiras fluidas e pouco definidas não apenas entre o somático e o psíquico, mas, também, entre essas duas esferas e a dimensão social. O estresse, então, pode ser pensado como um produto do ambiente (pressões e coerções sociais) que gera efeitos psicológicos e físicos importantes. É uma categoria, neste sentido, que pode dar conta da circulação entre essas três dimensões, sendo assim, por excelência, “biopsicossocial” (ZORZANELLI; VIEIRA; RUSSO, 2016).

Há algo na categoria estresse que ultrapassa, portanto, o *nervoso*. É curioso observar que a mesma fluidez da categoria estresse – que permite que ela, ao se “colar” ao *burnout*, potencialize o alcance deste enquanto problema ao mesmo tempo social e individual – possa servir, da mesma forma, a abordagens mais reducionistas (como as que propõem considerar apenas a dimensão exaustão como definidora do *burnout*), dependendo de cada contexto social. A linguagem/código do estresse funcionaria então, ora como representação psicologizada, ora como representação não psicologizada, de acordo com a sociedade, ou subgrupo social, em questão. Talvez seja essa a principal característica que permita ao estresse tamanha pregnância.

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

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

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

Esse “salto” para o novo, o desconhecido e a possibilidade de se ter que aceitar as mudanças em curtos espaços de tempo gera um gasto energético mental mais elevado, devido à



adaptação que esses profissionais têm que fazer diante de situações que antes estavam sob seu controle e agora se apresentam como desafios, um intenso quadro de tensão psicomocional. (CUNHA, 2009, p. 29)

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

A ampla lista de manifestações clínicas atribuíveis ao estresse/*burnout* remete ao traço “não psicologizado” da continuidade entre formas leves e graves. No rol de sintomas de *burnout* apontam-se desde falta de concentração, “suspiros profundos” (como manifestação de distúrbio respiratório), até comportamento agressivo, abuso de substâncias, comportamento de risco e ideação suicida (BENEVIDES-PEREIRA, 2002; TRIGO; TENG; HALLAK, 2007; SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012; SOARES et al., 2012).

Conclui-se que, na prática, estresse e *burnout* estão misturados *em termos de sentido*, apesar de algumas tentativas de distingui-los conceitualmente. A diferença é feita com base na ideia de Selye de que o estresse é uma resposta normal e até vital, enquanto que o *burnout* é uma resposta “negativa”: eustresse (o estresse “bom”) e distresse (o “ruim”) (BENEVIDES-PEREIRA, 2002). A mesma ideia está presente, aliás, no tradicional modelo demanda-controle (THEORELL; KARASEK, 1996), correspondendo o estresse “bom” à situação denominada como trabalho ativo (alta demanda + alta latitude de decisão), e o estresse “ruim” à situação de *job strain* (alta demanda + baixa latitude de decisão). O *burnout* seria então uma espécie de “face negativa” do estresse.

A mistura entre um e outro acaba por conferir ao *burnout* um potencial de expansão cultural significativo. Isso porque, embora o conceito específico de *burnout* ainda não seja amplamente difundido entre nós, a ideia por trás dele, que é a de estresse ocupacional, já está de certa forma naturalizada, confirmando a proposição de



Väänänen et al. (2012) de que a pesquisa em estresse laboral, por meio de seus conceitos, exerce hoje influência fundamental para a produção de um tipo de subjetividade do trabalhador que considera normal a experiência do estresse no trabalho.

## Considerações finais

Pode-se dizer então que, para além de uma linguagem científica, a importância do estresse para a construção da noção de *burnout* é, acima de tudo, de ordem simbólica. O estresse provê a linguagem que permite nomear, tornar inteligível e assim, de certa forma, estruturar a vivência de um determinado tipo de mal-estar que é identificado com o modo de vida na atualidade, e eventualmente identificá-lo como *burnout*. Nesse sentido, vimos que, mais do que articular os temas emoções e relações em um discurso científico, o estresse parece funcionar como uma categoria verdadeiramente “biopsicossocial”. Tal flexibilidade lhe permite circular em todos os segmentos sociais e culturais, por funcionar ora como representação psicologizada (aproximando visões biologizantes e simbolizantes), ora como não psicologizada (permitindo a continuidade entre formas leves e graves, e diferentes interpretações de acordo com a situação).

Por fim, a passagem da noção de estresse para a de estresse laboral também é apontada como significativa para a difusão de uma ideia (e de uma experiência) de estresse “acessível” aos mais variados segmentos sociais, ou seja, para uma difusão propriamente cultural do estresse. Para Väänänen et al. (2012), o estresse – particularmente o estresse *no trabalho* – converteu-se hoje num “fenômeno estruturante da vida” graças a uma relação culturalmente específica entre conhecimento científico, trabalho, saúde e subjetividade. Ao gerar não só termos específicos (como “estressores”, “*burnout*” e “recursos sociais”), mas também um arcabouço cognitivo geral para descrever experiências da vida de trabalho, a pesquisa em estresse laboral teve um papel significativo na formulação de um *novo tipo de subjetividade do trabalhador*: o indivíduo ativo que reconhece o estresse no trabalho como uma experiência normal (VÄÄNÄNEN et al., 2012).<sup>4</sup>

## Referências

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout*: quando o trabalho ameaça a saúde do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

- BUSCATTO, M.; LORIO, M.; WELLER, J. M. (Orgs). *Au-delà du stress au travail: une sociologie des agents publics au contact des usagers*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Érès, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/MS nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 221, 19 nov. 1999, Seção I, p. 21-29.
- CLARKE, A. E. et al. Biomedicalization: technoscientific transformations on health, illness, and U.S. biomedicine. *Am. Sociol. Rev.*, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.
- CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.*, v. 18, p. 209-232, 1992.
- \_\_\_\_\_. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
- \_\_\_\_\_. The shifting engines of medicalization. *J. Health Soc. Behav.*, v. 46, n. 1, p. 3-14, 2005.
- CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. *Int. J. Health Serv.*, v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980.
- CUNHA, K. W. V. *A produção científica no Brasil nos anos de 2003 a 2008 sobre Síndrome de Burnout e Docência*. 2009. 57 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.
- \_\_\_\_\_. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.
- \_\_\_\_\_. Introdução: a análise da Pessoa moderna pela história e etnografia dos saberes psicológicos. In: *Cadernos do IPUB nº 8: Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 1-10.
- \_\_\_\_\_. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 3, n. 2, p. 43-73, 1993.
- DUMONT, L. Introdução. In: \_\_\_\_\_. *Homo hierarchicus: o sistema das castas e suas implicações*. Tradução de Carlos Alberto da Fonseca. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992. p. 49-67.
- ELIAS, N. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v. 1.
- FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, n. 18, p. 167-194, 2010.
- FRANÇA, H. H. A síndrome de “burnout”. *RBM Rev. Bras. Med.*, v. 44, n. 8, p. 197-199, 1987.
- FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. *J. Soc. Issues*, v. 30, p. 159-165, 1974.

- LAUTERT, L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 20, n. 2, p. 50-64, 1999.
- LAZARUS, R. S. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu. Rev. Psychol.*, v. 44, p. 1-21, 1993.
- LEVI, L. Psychosocial factors, stress and health. In: International Labour Organization (ILO). *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. Geneva: International Labour Organization, 2012. v. 2, part. V, chapter 34. Disponível em: <<http://www.iloencyclopaedia.org/component/k2/item/10-psychosocial-factors-stress-and-health>>. Acesso em: 03 dez 2016.
- LORIO, M. *Le temps de la fatigue: la gestion sociale du mal-être au travail*. Paris: Anthropos, 2000.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, v. 52, p. 397-422, 2001.
- MELAMED, S. et al. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol. Bull.*, v. 132, n. 3, p. 327-353, 2006.
- PEREIRA, E. F. et al. Qualidade de vida e saúde dos professores de educação básica: discussão do tema e revisão de investigações. *Rev. Bras. Ciênc. Mov.*, v. 17, n. 2, p. 100-107, 2009.
- ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, v. 20, n. 4, p. 526-532, 2012.
- RODRIGUES, R. T. S.; BARBOSA, G. S.; CHIAVONE, P. A. Personalidade e resiliência como proteção contra o Burnout em médicos residentes. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 37, n. 2, p. 245-253, 2013.
- RUSSO, J. Os três sujeitos da psiquiatria. In: *Cadernos do IPUB n. 8: Noção de Pessoa e Institucionalização dos Saberes Psicológicos no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 11-21.
- RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. Classificando a pessoa e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM-III. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.
- SANTOS, A. F. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estud. Psicol. (Campinas)*, v. 27, n. 1, p. 67-74, 2010.
- SCHWARTZMANN, L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: estamos hablando de lo mismo? *Cienc. Trab.*, v. 6, n. 14, p. 174-184, 2004.
- SILVA, J. L. L.; DIAS, A. C.; TEIXEIRA, L. R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan.*, v. 12, n. 2, p. 144-159, 2012.
- SOARES, L. R. et al. Burnout e pensamentos suicidas em médicos residentes de hospital universitário. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 36, n. 1, p. 77-82, 2012.

- TAMAYO, M. R. Burnout: implicações das fontes organizacionais de desajuste indivíduo-trabalho em profissionais da enfermagem. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 22, n. 3, p. 474-482, 2009.
- THEORELL, T; KARASEK, R. A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *J. Occup. Health Psychol.*, v. 1, n. 1, p. 9-26, 1996.
- TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAK, J. E. C. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Arch. Clin. Psychiatry*, v. 34, n. 5, p. 223-233, 2007.
- TRINDADE, L. L. et al. Estresse e síndrome de burnout entre trabalhadores da equipe de Saúde da Família. *Acta Paul. Enferm.*, v. 23, n. 5, p. 684-689, 2010.
- VÄÄNÄNEN, A. et al. Formulation of work stress in 1960-2000: analysis of scientific works from the perspective of historical sociology. *Soc. Sci. Med.*, v. 75, p.784-794, 2012.
- VENÂNCIO, A. T.; RUSSO, J.; DUARTE, L. F. D. Apresentação. In: DUARTE, L. F. D.; RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. (Orgs.). *Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p. 7-17.
- VILELA, S. C.; PACHECO, A. E.; CARLOS, A. L. S. Síndrome de Burnout e estresse em graduandos de enfermagem. *Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.*, v. 3, n. 3, p. 780-787, 2013.
- ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, 2014.
- ZORZANELLI, R.; VIEIRA, I.; RUSSO, J. A. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. *Interface*. Botucatu, v. 20, n. 56, p. 77-88, 2016.

## Notas

<sup>1</sup> Por *biomedicalização*, Clarke et al. (2003) entendem uma transformação histórica do processo de medicalização que enfatiza a progressiva incorporação das práticas tecnocientíficas das ciências básicas da vida (*bio*) ao campo da medicina aplicada (agora *bio*-medicina), abrindo assim um “novo campo biopolítico” de intervenção que inclui, sobretudo, o nível molecular do corpo (ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014).

Crawford (1980) define *healthism* (“saudismo”) como a ideologia da responsabilidade individual pela saúde. Para este autor, apesar de ter origem numa oposição à medicina, o *healthism* seria um tipo de medicalização, já que mantém certas noções-chave da medicina, a principal delas a de situar a questão saúde-doença no indivíduo. Contrariamente, Conrad (1992) distingue a “saudização” (*healthicization*) da medicalização: para ele, o que a saudização faz é incorporar outras práticas – diversas das médicas, mas também centradas no indivíduo –, ao conjunto de procedimentos terapêuticos de doenças já estabelecidas; enquanto que, na medicalização, há a transformação de comportamentos em doenças novas.

*Enhancement* seria o uso de qualquer substância, intervenção ou estratégia com o objetivo de “melhorar” o ser humano em qualquer nível (CONRAD, 2007). O *enhancement* biomédico se utiliza de meios médicos para aumentar/melhorar a performance e o corpo, daí ser uma forma de medicalização. Suas três dimensões são: normalização (quando a finalidade é trazer determinada característica à norma ou padrão cultural ideal; trata-se do indivíduo em relação a outros), reparo (quando o objetivo é restaurar um padrão ideal individual; é o indivíduo em comparação a si mesmo) e vantagem competitiva (quando o uso de substâncias para melhorar o desempenho ocorre não só em contextos de competição estrita – esportiva –, mas nas mais variadas situações da vida em geral – como o uso de medicamentos para combater a timidez).

<sup>2</sup> Lembremos também Foucault (2010), para quem a psicanálise representa uma forma de medicalização, na medida em que estaria englobada pelo processo de “medicalização indefinida”.

<sup>3</sup> Segundo Russo (1997), a Pessoa moderna carrega, simultaneamente, os valores referentes a cada uma de suas três formas ou tipos principais, que coexistem *em tensão*: 1- o “sujeito-cidadão”, regido pelos princípios racionais iluministas da igualdade, liberdade e autonomia; 2- o “sujeito biológico” novecentista, cuja razão está subordinada a uma natureza pré-social, determinada biologicamente; e 3- o “sujeito da singularidade”, marcado pela divisão interna entre uma parte racional e outra “sombria”, que, agora dotada de um valor positivo (romântico x iluminismo), representa a subjetividade e a singularidade, a “essência” psicológica individual.

<sup>4</sup> I. Vieira realizou a pesquisa e participou da concepção, redação e aprovação final do manuscrito, resultado de tese de doutorado financiada pelo CNPq. J. A. Russo orientou a tese e participou da concepção do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final.

## *Abstract*

### *Burnout and stress: between medicalization and psychologization*

In 1974, the concept of burnout was created to express the exhaustion typical of helping professions. Generally defined as a psychological syndrome resulting from chronic occupational stress, it is composed by three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization/cynicism, and low personal accomplishment.

This article analyzes burnout from a sociocultural perspective, based on the theoretical frameworks of Lóriel/Elias and Duarte/Dumont, investigating its diffusion by means of a conceptual association with the idea of work stress, which may also be associated to the processes of individualization and medicalization/psychologization. Despite its origins in the physical sciences, the category “stress” owes its strength less to its technical (theoretic) character than to its symbolic aspect. By promoting a common language between biologization and psychologization, the category stress is present in many different environments, from academic discussions to common sense conversation, integrating in a particular code psychologized and non-psychologized representations of the person and of physical and moral distress. It can therefore serve as a “biopsychosocial” category. These characteristics pave the way to burnout’s social diffusion, as far as it is conceived as a type of work stress – an experience that, nowadays, is regarded as part of normal life.

► **Keywords:** burnout; stress; work; medicalization; psychologization.

