



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

SELDA HELOISA CAVALCANTI DO NASCIMENTO PEREIRA

**AVALIAR A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS
PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NA GERÊNCIA EXECUTIVA DE CAMPINA
GRANDE – PB**

Santos

2015

SELDA HELOISA CAVALCANTI DO NASCIMENTO PEREIRA

**AVALIAR A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS
PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NA GERÊNCIA EXECUTIVA DE CAMPINA
GRANDE – PB**

**Texto apresentado ao Programa de
Mestrado em Saúde Coletiva da
Universidade Católica de Santos para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Coletiva.**

Área de Concentração: Ambiente e Saúde.

**Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lourdes Conceição
Martins**

SANTOS – SP

2015

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

P436a Pereira, Selda Heloisa Cavalcanti do Nascimento.
Avaliar a prevalência da síndrome de Burnout em médicos peritos da previdência social na gerência executiva de Campina Grande-PB. /Selda Heloisa Cavalcanti do Nascimento; orientadora Profa. Dra. Lourdes Conceição Martins. - 2014.
101 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

1. Dissertação. 2. Síndrome de Burnout. 3. Perícia médica. 4. Saúde do trabalhador. 5. Desgaste profissional. I. Martins, Lourdes Conceição. II. Universidade Católica de Santos. III. Avaliar a prevalência da síndrome de Burnout em médicos peritos da previdência social na gerência executiva de Campina Grande-PB.

CDU 1997 - 614(043.2)

SELDA HELOISA CAVALCANTI DO NASCIMENTO PEREIRA

**AVALIAR A PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS
PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NA GERÊNCIA EXECUTIVA DE CAMPINA
GRANDE – PB**

Aprovado em: _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lourdes Conceição Martins (Membro Nato)

Presidente da Banca

Prof. Dr. Marcelo Lamy (Membro Externo)

Membro da Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Alberto Amador Pereira (Membro Interno)

Membro da Banca Examinadora

Dedico esse trabalho a DEUS, esse ser Supremo e Divino que sempre me acompanha em todos os momentos da minha vida!

AGRADECIMENTO

Agradeço, em primeiro lugar, à professora Lourdes, não só por ser uma excelente orientadora, ser detentora de tanta bagagem acadêmica, mas especialmente pela sua delicadeza, simplicidade, presteza, dedicação, calma... Enfim, são tantas qualidades, tantos predicados, que não tenho como detalhar nessas linhas, mesmo que eu quisesse, não saberia descrever a grandeza dessa mulher... Tenho certeza que Deus a colocou nos nossos caminhos... Pessoa encantadora, magnífica!

Não posso esquecer o meu esposo, Edson Pereira, meu companheiro de todas as horas. Acompanhou-me desde o início, em todas as viagens, sempre me apoiando, dando-me força, meu verdadeiro “Porto Seguro”!

A minha mãe, Delza Cavalcanti e a minha irmã Valéria, que a cada ausência minha, deixavam seus afazeres, para juntas, tomar conta de Maria Eduarda, minha pequena, de 04 anos.

E aos meus filhos Luiz Neto, 22 anos e Fernanda, 19 anos, ambos estudantes de medicina, aos quais devo muito, tanto no apoio teórico, acadêmico e de informática, como no apoio emocional.

Enfim, aos demais professores, todos maravilhosos e acolhedores. Em especial o professor Luiz Alberto, a todos os funcionários da UNISANTOS e aos meus queridos colegas da Paraíba e de outros estados.

PEREIRA, Selda Heloisa Cavalcanti do Nascimento. Avaliar a Prevalência da Síndrome de Burnout em Médicos Peritos da Previdência Social na Gerência Executiva de Campina Grande – PB. [Dissertação]. Santos: Universidade Católica de Santos; 2015.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Burnout acomete muitos tipos de profissões, sendo mais comum naquelas que exigem um maior contato com os clientes, especialmente professores e profissionais da área de saúde. Vários estudos têm sido conduzidos no Brasil e no mundo inteiro à cerca dessa patologia, potencialmente ligada ao trabalho.

OBJETIVOS: Avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout em Médicos Peritos da Previdência Social na Gerência Executiva de Campina Grande – PB.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal com a aplicação dos questionários MBI (Maslach Burnout Inventory) para verificar a síndrome e um questionário de dados sócio-demográficos com questões a respeito de idade, sexo, titulação, turnos de trabalho, tempo de experiência profissional e carga horária de trabalho semanal. Atualmente, segundo dados da Gerência Executiva do Instituto Nacional de Previdência Social – INSS de Campina Grande – PB, essa população é formada por 39 peritos. Baseado nessa informação foi incluída toda a população de peritos que estavam em atividade laboral há pelo menos 12 meses consecutivos e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos os peritos que estavam afastados de suas atividades por férias, licença, hospitalização. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis, testes de comparação entre duas porcentagens e coeficiente de correlação de Pearson. O Nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS: Houve um ligeiro predomínio do sexo feminino. Uma maior prevalência de peritos casados (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$), com filhos (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$), e com Especialização Médica (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$). Observou-se que mais de 80% dos profissionais estão em risco de desenvolvimento da síndrome de burnout (teste de comparação entre duas porcentagens com $p < 0,001$).

CONCLUSÃO: Muito precisa ser feito no sentido de melhorar as condições de trabalho do perito e minimizar os problemas da relação de trabalho entre peritos, pares, INSS e segurados. O presente trabalho, não se propôs analisar essa relação, porém esses tipos de conflitos entre peritos, segurados e a própria instituição, afetam a relação do trabalhador com o seu trabalho.

Descritores: Síndrome de Burnout; Perícia médica; Saúde do trabalhador; Desgaste profissional.

PEREIRA, Selda Heloisa Cavalcanti do Nascimento Pereira. To Avalue the Prevalence of Burnout Syndromy in Medical Experts of the Social Security in the Executive Management of Campina Grande - Pb. [Dissertation]. Santos: Universidade Católica de Santos, in 2015.

ABSTRACT

BACKGROUND: Burnout Syndrome affects many types of professions, being more common in those that require greater contact with customers, especially teachers and health professionals. Several studies have been conducted in Brazil and worldwide about this condition, potentially linked to work.

OBJECTIVES: To evaluate the prevalence of Burnout Syndrome in Medical Experts of the Social Security in the Executive Management of Campina Grande - PB.

METHODS: Had been done a cross-sectional study with the application of questionnaires MBI (Maslach Burnout Inventory) to check the syndrome and a questionnaire of socio-demographic informations with questions about age, gender, title, shift work, work experience and time hours working week. Currently, according to the Executive Management of the National Social Security Institute - INSS of Campina Grande -. Pb, this population is made up of 39 experts. Based on this information was included the entire population of experts who were in work activity for at least 12 consecutive months and agreed to participate voluntarily in the study. Experts were excluded if they were away from their activities for vacation, leave, hospitalization. This research was based on guidelines and regulatory standards for research, established in the Resolution of the National Health Council (NHC) No. 466/12, in force in the country. A descriptive analysis was performed of all variables, comparison tests between two percentages, Pearson's correlation coefficient. The significance level was 5%.

RESULTS: There was a slight predominance of females. A higher prevalence of married experts (comparison test between two percentages, $p < 0.001$), with children (comparison test between two percentages, $p < 0.001$), and with Medical Specialization (comparison test between two percentages, $p < 0.001$). It was observed that more than 80% of professionals are in danger of developing burnout (comparison test between two percentages $p < 0.001$).

CONCLUSION: Much needs to be done to improve the working conditions of the expert and minimize the problems of the working relationship between experts, peers, INSS and insured. The present work, it is not proposed to examine this relationship, however these types of conflicts between experts, policyholders and the own institution, affect the worker's relationship with his work.

Keywords: Burnout Syndrome; Medical expertise; Occupational health; Professional wear.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Benefícios previdenciários concedidos – Aposentadoria, Auxílio-doença, Salário-Maternidade e demais benefícios, Setembro 2014.	22
Figura 2 - Perícias Médicas realizadas por resultado	23
Figura 3 - Variância compartilhada de cada estressor do trabalho com a depressão introjetiva.	35
Figura 4 - Mapa geográfico do Estado da Paraíba	44

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Análise descritiva de dados sócio-bio-demográficos	53
TABELA 2. Análise descritiva sobre trabalho e problemas de saúde.	54
TABELA 3. Análise descritiva para hábitos e atividade física	56
TABELA 4. Análise descritiva sobre sofrer agressão no trabalho	57
TABELA 5. Análise descritiva sobre as unidades	57
TABELA 6. Análise descritiva sobre idade e trabalho	58
TABELA 7. Análise descritiva dos domínios do MBI	59
TABELA 8. Análise descritiva dos domínios do Burnout e risco	60
TABELA 9. Coeficientes de correlação de Pearson	61
TABELA 10. Análise descritiva dos domínios do Burnout e risco estratificado por locais de	62
TABELA 11. Análise descritiva dos domínios do Burnout e risco estratificado por sexo	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1- O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR	11
1.2- A SEGURIDADE SOCIAL – UM BREVE HISTÓRICO	12
1.3- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO – PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	15
1.4- A PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	18
1.5- O PERITO E SUAS ATRIBUIÇÕES.....	20
1.6- O AUXÍLIO-DOENÇA	21
1.7- O CONCEITO DE INCAPACIDADE E DE INVALIDEZ.....	23
1.8- ABORDAGEM TERAPÊUTICA E PERICIAL - DIFERENÇAS	25
1.9- O BURNOUT	29
1.10- BURNOUT E MÉDICOS	32
2. JUSTIFICATIVA	37
3. OBJETIVOS	40
3.1- OBJETIVO GERAL	40
3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
4. CASUÍSTICA E MÉTODOS	42
4.1- TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2- LOCAL DA PESQUISA	42
4.3- POPULAÇÃO	44
4.4- COLETA DE DADOS.....	44
4.5- ANÁLISE DOS DADOS.....	49
4.6- POSICIONAMENTO ÉTICO	50
5. RESULTADOS	52
5.1- ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS	53
6. DISCUSSÃO	65
7. CONCLUSÃO	75
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	83
ANEXO 1.....	84
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECID	84
ANEXO 2.....	85
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	85
ANEXO 3.....	87
MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI	87
ANEXO 4.....	89
AUTORIZAÇÃO.....	89

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1- O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Atualmente existe uma preocupação, em todos os ambientes sociais, com os conceitos de Saúde e Qualidade de vida: na mídia, na família, na escola e especialmente no trabalho, atividade que, em geral, ocupa grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade. Trigo et al., 2007 revela que Dejours (1992) afirmava que o trabalho nem sempre possibilita a realização profissional. Pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão.

A Qualidade de Vida no Trabalho representa a excelência nos aspectos físicos e tecnológicos das empresas, mas também nos aspectos biológicos, psíquicos e sociais do trabalhador, especialmente com o surgimento da Saúde do Trabalhador, área criada mais recentemente e que se preocupa não apenas com as necessidades materiais do trabalho, mas com outras satisfações que promovem o seu bem-estar como valorização, participação e realização profissional. (SARRIERA, 2003).

O desgaste físico e emocional no trabalho é um processo gradual de perda de energia, com maior probabilidade de existir onde houver desequilíbrio entre as exigências do trabalho desenvolvido pelo indivíduo e as pessoas que o realizam. Ele pode evidenciar uma quebra dos valores da dignidade, do espírito e da vontade. (LIMA et al., 2004).

Foi o psicólogo clínico Freudenberger (1974) que criou a expressão “staff burnout” para descrever uma síndrome composta por exaustão, desilusão e isolamento em trabalhadores da saúde mental. Desde essa época, tal síndrome passou a ser estudada por alguns pesquisadores. (TRIGO et al., 2007).

Existem alguns tipos de trabalho que são mais propensos a desenvolver desgaste emocional. Segundo Benevides-Pereira, 2002, Burnout incide principalmente sobre os profissionais de ajuda, que prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento ou cuidado de outros.

Essa síndrome foi reconhecida como risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos. (TRIGO et al., 2007) Como clientela de risco é apontada os profissionais de saúde e da educação, policiais e agentes penitenciários, entre outros. (CODD, 2013b).

No caso específico da classe médica, o trabalho diário impõe muitos problemas de relacionamento entre médicos e pacientes, assim como entre médicos e organizações públicas ou privadas. De um lado os médicos são vistos com desconfiança tanto pelos pacientes como pelos empregadores e por outro lado, os médicos mostram-se insatisfeitos e estressados. Imaginem o incremento dessa problemática quando nos reportamos para a Perícia Médica, especificamente para a área da perícia médica previdenciária, um serviço, que na sua essência é conflituoso e por sua natureza opõe interesses entre o cliente (segurado) e o prestador de serviço (perito médico). O interesse do segurado é receber o seu benefício e o do perito é aferir a capacidade laborativa do requerente. É um trabalho alvo de críticas diárias por parte da imprensa, da população em geral, tanto no que diz respeito às decisões médico-periciais como em relação às filas para agendar uma perícia médica, problema que reflete no perito, mas que faz parte da organização do trabalho. (MAGALHÃES; GLINA, 2006).

Apesar da relevância social do trabalho do perito, da razoável autonomia dessa atividade, da falta de rotina, do salário algo satisfatório, não deixa de ser um trabalho complicado, conflituoso, vítima de cobranças, ameaças, fraudes e simulações, necessitando de eterna vigilância, levando a ansiedade e angústia nas decisões. (CODO, 2013b).

No Brasil, o Decreto no 3.048, de seis de maio de 1999, aprovou o Regulamento da Previdência Social e, em seu Anexo II, tratam dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais. O item XII da tabela de Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho (Grupo V da Classificação Internacional das Doenças CID-10) cita a “*Sensação de Estar Acabado*”, “*Síndrome de Burnout*”, “*Síndrome do Esgotamento Profissional*” como sinônimos do burnout, que, na CID-10, recebe o código Z73.0. Ainda de acordo com esse decreto, a relação dessa síndrome com o trabalho poderá está vinculada aos seguintes fatores: “*Ritmo de trabalho penoso*” (Z 56.3); “*Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho*” (Z 56.6). (BRASIL, 1999).

1.2- A SEGURIDADE SOCIAL – UM BREVE HISTÓRICO

A Seguridade Social compreende a Saúde, a Assistência Social e a Previdência Social, conforme conceito da Constituição Federal de 1988. O Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) é a Autarquia responsável pelo recolhimento das contribuições à previdência e pelo pagamento dos benefícios aos segurados. A Perícia Médica está inserida dentro dessa

Autarquia e é responsável pela elaboração de parecer médico conclusivo com base nos diplomas legais, com a finalidade de fazer cumprir os princípios constitucionais. Procedimentos que produzem efeitos de natureza médico-legal. (BRASIL, 2005).

No Brasil, desde a época do Império, já existia mecanismo de cunho previdenciário. Contudo, somente a partir de 1923, com a aprovação da Lei Eloy Chaves, que na verdade é o Decreto Legislativo nº. 4.682, de 24 de janeiro de 1923, o País adquiriu um marco jurídico para a atuação do sistema previdenciário, que na época era composto pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs. A Lei Eloy Chaves tratava especificamente das CAPs das empresas ferroviárias, pois seus sindicatos eram bem mais organizados e possuíam maior poder de pressão política. O objetivo inicial era o de apoiar esses trabalhadores durante o período de inatividade. Essa situação sofreu alterações ao longo da década de 1930.

O crescimento da população urbana e a ampliação do sindicalismo levaram a uma tendência de organização previdenciária por categoria profissional, o que fortaleceu as instituições de previdência, que foram assumidas pelo Estado, surgindo então os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs. Rapidamente os institutos representantes de categorias com renda superior se tornaram politicamente fortes, pois dispunham de mais recursos financeiros e políticos. Tal fato gerou um problema de distorção entre os diversos institutos, com categorias efetivamente representadas e outras sub-representadas.

Dessa forma, era clara a necessidade de um sistema previdenciário único. A Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, criou a Lei Orgânica de Previdência Social - LOPS, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Posteriormente, o Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, uniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões existentes na época (IAPM, IAPC, IAPB, IAPI, IAPETEL, IAPTEC), criando o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. O INPS unificou as ações da previdência para os trabalhadores do setor privado, exceto os trabalhadores rurais e os domésticos.

No decorrer da década de 1970, a cobertura previdenciária expandiu-se com a concentração de recursos no governo federal, especialmente devido às seguintes medidas: a inclusão dos empregados domésticos (1972); a regulamentação da inscrição de autônomos em caráter compulsório (1973); a instituição do amparo previdenciário aos maiores de 70 anos de idade e aos inválidos não-segurados (idade alterada posteriormente) (1974); a extensão dos

benefícios de previdência e assistência social aos empregadores rurais e seus dependentes (1976).

Na década de 70, inovações importantes aconteceram na legislação previdenciária, disciplinadas por vários diplomas legais, surgindo à necessidade de unificação, que de fato ocorreu com a Consolidação das Leis da Previdência Social (CLPS) em 24/01/1976, por meio do Decreto nº. 77.077.

No ano seguinte, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS. Com a Constituição de 1988, foi criado o conceito de Seguridade Social composto pelas áreas da Saúde, Assistência e Previdência Social. (BRASIL, 2013 a)

Art. 194. (*) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.
Parágrafo único. Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:
I - universalidade da cobertura e do atendimento;
II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
V - equidade na forma de participação no custeio;
VI - diversidade da base de financiamento;
VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados. (BRASIL, 2013 b).

O Instituto Nacional do Seguro Social - INSS foi criado em 27 de junho de 1990, durante a gestão do então presidente Fernando Collor de Melo, por meio do Decreto nº 99.350, a partir da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS com o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, como autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, atual Ministério da Previdência Social - MPS. Compete ao INSS à operacionalização do reconhecimento dos direitos da clientela do Regime Geral de Previdência Social - RGPS que atualmente abrange mais de 40 milhões de contribuintes (Boletim Estatístico da Previdência Social, dados de 2014). No art. 201 da Constituição Federal Brasileira, observam-se a organização do RGPS, que tem caráter contributivo e de filiação obrigatória, e onde se enquadra toda a atuação do INSS, logicamente respeitadas as políticas e estratégias

governamentais oriundas dos órgãos hierarquicamente superiores, como o MPS.

O INSS caracteriza-se, portanto, como uma organização pública prestadora de serviços previdenciários para a sociedade brasileira. É nesse contexto e procurando preservar a integridade da qualidade do atendimento a essa clientela, que o INSS vem buscando alternativas de melhoria contínua, com programas de modernização e excelência operacional, ressaltando a maximização e otimização de resultados e de ferramentas que fundamentem o processo de atendimento ideal aos anseios da sociedade em geral. (BRASIL, 2013b).

1.3- ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO – PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Perícia vem do latim *peritia* e é definida (dicionário Aurélio), como "*vistoria ou exame de caráter técnico e especializado*". É a mesma conceituação que traz o Código de Processo Civil, art. 420: "*a prova pericial consiste em exame, vistoria ou avaliação*".

Perícia médica é, portanto, um procedimento executado por profissional médico e consiste em uma avaliação médica do periciado que pode ser: segurado, autor, ou réu quando a questão tratada necessitar do parecer técnico. (MENEZES, 2013).

Parte do código de Ética Médica é dedicada à Perícia Médica, daí a importância dessa atividade. A sexta edição, em vigor desde 13 de abril de 2010, revisado após mais 20 anos de vigência do Código anterior, não apresenta alterações nessa área. Acrescenta novidades como a previsão de cuidados paliativos, o reforço à autonomia do paciente e regras para reprodução assistida e a manipulação genética. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

A seguir alguns capítulos referentes aos aspectos éticos da Perícia Médica:

É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente. Parágrafo único. Permanece essa proibição: a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; b) quando de seu depoimento como testemunha. Nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento; c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 76. Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou de

instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.

Art. 78. Deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido.

Art. 79. Deixar de guardar o sigilo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.

Art. 92. Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.

Art. 93. Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

Art. 94. Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

Art. 98. Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor, bem como ultrapassar os limites de suas atribuições e de sua competência. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010)

A atividade médico-pericial previdenciária é exercida por um médico, desde que esteja investido em função que assegure a competência legal e administrativa do ato profissional. Esse profissional deve ter boa formação médica, manter-se atualizado com as diversas técnicas utilizadas nas investigações médico-periciais, visando a conclusões seguras, e acompanhar a evolução da legislação que define os procedimentos nessa área. Deve julgar-se impedido de realizar perícia médica em seu próprio paciente, seu parente, pessoa com que mantenha relação que possa vir a influir no livre julgamento pericial e nos casos em que se julgar inseguro para emitir sua conclusão.

O atestado do médico assistente deve ser entendido como uma recomendação; como tal, não tem poder de decisão. Se sua conclusão coincide com a recomendação do médico atestante, tanto melhor, porém a responsabilidade da decisão continua sendo do médico perito. O exame médico-pericial deve ser registrado em formulário próprio, conclusivo, datado e assinado. O médico perito não deve admitir conclusão pericial insegura, para tanto deve recorrer a exames subsidiários, pareceres de especialistas, relatórios dos médicos assistentes ou pesquisas realizadas no prontuário do setor médico-assistencial. Já comentamos que a falta do atestado médico, incorreção ou omissões não justificam o indeferimento ou a concessão da licença, sem a competente avaliação médico-pericial. (ARAÚJO, 2013)

O exame médico-pericial visa a definir o nexo de causalidade entre doença e lesão ou

doença e morte ou doença e incapacidade laboral, entre outras. Através de competente inspeção médica, pode concluir se a pessoa portadora ou não de doença ou vítima de seqüela resultante de acidente reúne condições para exercer determinada atividade (ocupação), apoiar investigações a cargo das polícias técnicas junto às instituições de medicina do poder judiciário e atuar na legislação trabalhista, através dos exames admissionais, periódicos e demissionais e nos regimes jurídicos de servidores nos afastamentos e nas licenças. Cabendo ainda destacar o papel da Previdência Social, que, desde a década de 30, vem condicionando a concessão ou manutenção de benefícios à ocorrência de incapacidade ou invalidez, comprovada por inspeção médico-pericial.

A prática médico-pericial obedece a uma extensa e complexa relação de leis, decretos, portarias e instruções normativas, que estabelecem os limites de atuação dos setores administrativos e indicam quais as competências e atribuições do médico investido em função pericial. Os que exercem a perícia médica como especialidade, como é o caso dos médicos peritos da Previdência Social, dos setores de polícias especializadas, dos tribunais de Justiça e dos serviços médicos de pessoal dos setores público e privado, devem aprofundar-se no conhecimento da legislação específica e instruções de natureza administrativa, sem, contudo, deixar de privilegiar o atendimento médico com o ato científico, técnico e social.

A aplicação dos dispositivos contidos nos principais diplomas legais (leis, decretos e portarias), todos da área federal, depende da avaliação médico-pericial, e, entre eles, destacamos: **Legislação Previdenciária**, que é a mais extensa e que detalharemos a seguir, **Legislação Trabalhista** - Lei 6.514/77 - altera o título 11 da CLT e trata da **higiene, medicina e segurança do trabalho**; **Legislação do Regime Jurídico do Servidor Público Federal** - Lei 8.112/90 - **Regime Jurídico Único e a Legislação Fiscal** - Leis 7.713 e 8.541/92 - tratam do Imposto de Renda da Pessoa Jurídica e Pessoa Física, ai incluído o dispositivo (inciso XIV, art. 6.º da Lei 7.713/88 e art. 47 da Lei 8.541/92) que isenta do pagamento de Imposto de Renda os proventos de aposentadoria de pessoas portadoras de seqüelas de acidentes do trabalho ou de doença constante da relação contida no referido inciso, desde que comprovada em exame médico-pericial especializada. (BRASIL, 2013b).

1.4- A PERÍCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

A perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS é composta por médicos pertencentes a uma carreira de Estado intitulada Perícia Médica Previdenciária, fazendo o que se chama Medicina Legal, que é a aproximação entre a medicina e o direito. Nesse caso, do Direito Administrativo, descrito nas leis previdenciárias. Esse profissional possui treinamento adequado, sob a supervisão direta das Chefias dos Serviços/Seções de Saúde do Trabalhador das Gerências-Executivas. Os atos médico-periciais implicam sempre pronunciamento de natureza médico-legal destinado a produzir um efeito na via administrativa do INSS, passível de contestação na via recursal da Previdência Social e na Justiça. (BRASIL, 2005).

Bases Legais

O Ato Pericial tem vasta base legal, iniciando pela Constituição Brasileira até Memorandos internos, respeitando a hierarquia e a importância dos devidos diplomas legais. Iniciando com a constituição que é a Lei Magna.

Hierarquia:

1. Constituição Federal de 1988 com suas Emendas – CF com EC 32;

2. Leis

8213/91 de 24 de Julho de 1991 atualizada até Março de 2005 – Planos de Benefícios da Previdência Social – norteiam as ações gerais dos benefícios, tipos, tempo de prestações necessárias para concessão dos mesmos, apresenta critérios para suspensão de benefícios de auditorias e fiscalizações e outra providencia.

8212/91 de 24 de Julho de 1991 atualizada até Março de 2005 – Determina o tipo de organização da Seguridade Social, institui o Plano de Custeio, concede certificados de débitos e de negativa de débitos e norteia outras ações.

Leis que modificaram a concessão dos benefícios – Lei 9032/95, 9711/98, 10.699/03, 10710/03, 10839/04 e 10887/04.

3. Medidas Provisórias – MP – A Medida Provisória (MP) é uma norma legislativa adotada pelo presidente da República que, pela sua definição, deve ser editada somente em casos de relevância e urgência. Atualmente têm duração de 60 dias, e não mais de 30 – como ocorria anteriormente –, podendo sua vigência ser prorrogada por igual período, caso não sejam

aprovadas no prazo inicial. A MP que não obtiver aprovação na Câmara e no Senado até o prazo final perde a validade desde a edição, ficando o presidente da República impedido de reeditá-la na mesma sessão legislativa.

Medidas Provisórias 1663-10 e reedições, 1891-8 e reedições, 083/2002 e reedições, 2216-37 e reedições, 242/2005 que promoveu a atualização da Lei e Decreto vigente.

4. Decretos – oriundos do Poder Executivo e tem a finalidade de regulamentar as Leis. São os diplomas legais que mais são utilizados pelos peritos, pois apresentam as características práticas e determinações ligadas de forma direta ou indireta na matéria técnica médica.

Decreto 3048/99 de seis de Maio de 1999, republicado em 12 de maio de 1999 e alterado pelos Decretos 3265/99, 3298/99, 3452/00, 4032/01 e 4079/02.

5. Portarias Ministeriais e Interministeriais – Instrumento legal habitualmente utilizado pelos ministros de estado regulando material sob sua competência. Exemplo desses instrumentos utilizados pelo perito no dia-a-dia tem-se:

Portaria 3214/78 – Normas Regulamentadoras, que servem de base para identificação de algumas doenças e para critérios de estudo da aposentadoria especial.

Portaria 5404/99 que regulamentou a atividade de médico-perito e a última que reconheceu plano de carreira do Perito Médico.

6. Resoluções - são instrumentos legais, tipo normativo elaborados e emitido pelos Presidentes de institutos, no caso do presidente do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS ou por outro cargo de função compatível e que orienta ações operacionais pertinentes à realização dos atos determinados em leis ou para administração no poder publico.

7.Ordens de Serviço e 8. Instruções Normativas – são atos normativos que são utilizados diariamente pelos peritos e trazem a norma descritiva e detalhada dos atos médicos e administrativos que devem ser executados. Podem ser públicas ou reservadas.

OI – Ordem de Serviço Interna de caráter reservado – OI 43,69,73,76,78,81,89,95,103.

IN – Instrução Normativa – IN 118/05.

9. Circulares, e

10. Memorandos – elaborados de forma habitual pelas chefias imediatas com a finalidade de orientar, comunicar e convocar servidores. (BRASIL, 2005)

1.5- O PERITO E SUAS ATRIBUIÇÕES

O Perito Médico da Previdência Social é o profissional com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento em situação legal pertinente através do Exame medico pericial. Esse profissional, Segundo o Manual do perito Médico da Previdência Social, deve ter sólida formação clínica, amplo domínio da legislação da previdência social, conhecimento de profissiografia, disciplina técnica e administrativa e alguns atributos de personalidade e caráter destacando-se a integridade e independência de atitudes, além da facilidade de comunicação e de relacionamento.

Ainda Segundo o Manual de Perícia Medica da Previdência Social, são atribuições do Perito:

- Realizar exames médico-periciais nos próprios estabelecimentos do INSS, em domicílio ou em hospitais;
- Fazer visitas de inspeção no local de trabalho para o reconhecimento do nexo técnico, nos casos de doença profissional e de doenças do trabalho e para fins de concessão de aposentadoria especial;
- Requisitar, quando necessário, exames complementares e pareceres especializados;
- Preencher o laudo e os campos da conclusão de perícia médica de sua competência;
- Orientar o segurado, nos casos de inconformismo, para interposição de recurso à JR/CRPS;
- Avaliar o potencial laborativo do segurado em gozo de benefício por incapacidade, com vistas ao encaminhamento à readaptação/reabilitação profissional;
- Participar de Junta Médica nos casos de exame médico-pericial em fase de recurso;
- Zelar pela observância do Código de Ética Médica;

- Comunicar a chefia imediata, obrigatoriamente, qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- Manter-se atualizado sobre Normas Técnicas, Atos Normativos e Legislação Previdenciária referente à concessão de benefícios por incapacidade;
- Emitir parecer técnico em juízo quando convocado ou indicado como Assistente Técnico do INSS;
- Participar das revisões de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, LOAS;
- Analisar o laudo técnico e o formulário emitido pela empresa, com vistas à concessão do benefício (aposentadoria especial);
- Assessorar tecnicamente a área de benefícios sempre que necessário;
- Prestar informações quantitativas e qualitativas sobre o andamento dos trabalhos no Setor de Perícia Médica da APS/UAA à Gerência e à chefia do Serviço de Saúde do Trabalhador;

Ainda é atribuição da Perícia Médica da Previdência Social, a assistência técnica ao serviço de Reabilitação Profissional – Projeto REABILITA – onde o perito tem as atribuições de: avaliar o potencial laborativo do segurado no que se refere aos aspectos físicos, coletando dados necessários do seu parecer quanto às contra-indicações, potencialidades e prognóstico para retorno ao trabalho, realizar análise do posto de trabalho, identificar os casos possíveis de reabilitação e encaminhar para o atendimento da equipe, fazer a prescrição quanto à necessidade de prótese e órtese, participarem com o orientador profissional da análise conjunta dos casos para a conclusão da avaliação do potencial laborativo. (BRASIL, 2005)

1.6- O AUXÍLIO-DOENÇA

Alguns benefícios requeridos no âmbito da Previdência Social necessitam do exame médico-pericial para a sua homologação, como: O Auxílio-doença e Auxílio-doença

Acidentário (de início e de prorrogação), benefícios de Prestação continuada em pessoas portadoras de deficiência (BCP/LOAS), nos maiores inválidos, nas revisões de Aposentadoria por Invalidez, na majoração de 25%, entre outros.

Dentre esses, o Auxílio-doença é o principal direito previdenciário que demanda perícias médicas, responsável pela maioria dos requerimentos diários, pelas filas nos agendamentos, de maior repercussão financeira e na sobrecarga de trabalho dos peritos. Pode ser previdenciário (sem relação com o seu trabalho) ou acidentário (resultante de um acidente de trabalho). Existe uma carência para o trabalhador ter direito ao auxílio-doença: Precisa contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses anteriores à data da concessão do benefício, sem perda da qualidade de segurado. Esse prazo não será exigido em caso de acidente de qualquer natureza ou de doença profissional ou do trabalho, desde que o acidente ou a doença ocorram após a filiação à Previdência. O trabalhador rural deve comprovar o exercício de atividade rural no mesmo número de meses correspondentes ao número de contribuições exigidas dos demais segurados para a concessão do benefício. (BRASIL 2013b) (BRASIL,2013c)

Será demonstrado na figura 1, o número e o valor do benefícios previdenciários e acidentários concedidos durante o mês de Setembro/2014 pelo INSS, destacando-se o predomínio do Auxílio-doença previdenciário e acidentário. Na figura 2 destaca-se as perícias médicas concedidas e contrárias. (figuras 1 e 2). (BRASIL – Boletim Estatístico da

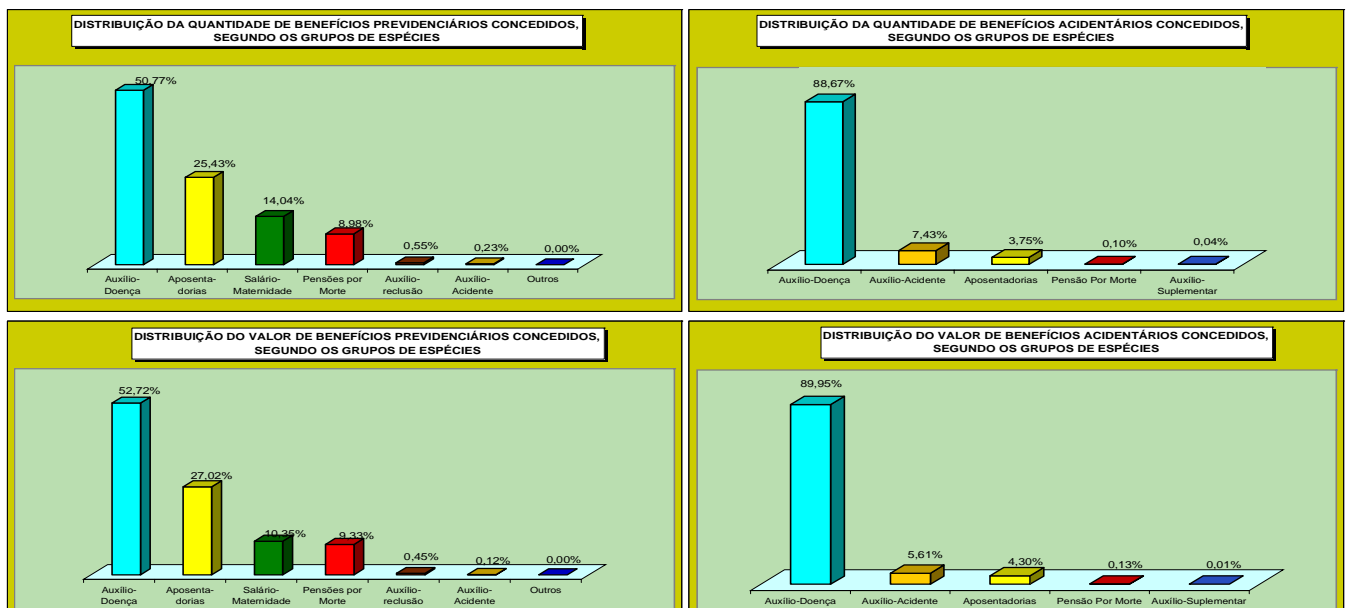
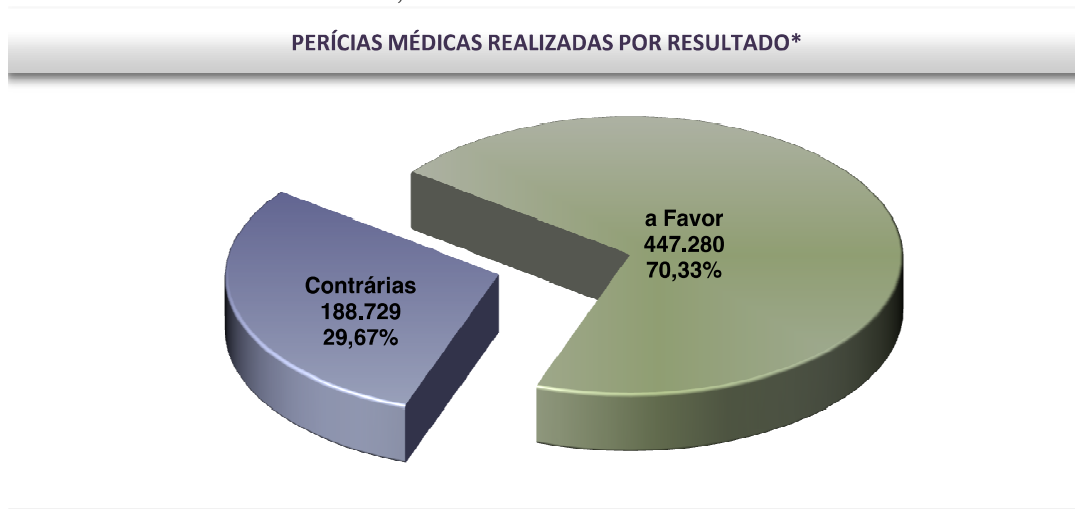


Figura 1 – Benefícios previdenciários concedidos – Aposentadoria, Auxílio-doença, Salário-Maternidade e demais benefícios, Setembro 2014.



* Referente a todas as perícias realizadas, para todas as espécies.

Figura 2. Perícias Médicas realizadas por resultado

Fonte – Boletim Estatístico da Previdência Social – Setembro/2014

1.7- O CONCEITO DE INCAPACIDADE E DE INVALIDEZ

Para entendermos os conceitos de Capacidade, Incapacidade e invalidez precisamos antes entender o que seria Saúde e Doença.

O art. 3º da Lei 8.080, ao conceituar saúde, explicita que algumas necessidades, como transporte e acesso a serviços, integram o núcleo da saúde:

Art. 3o A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de

uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfopsicofisiológicas provocadas por doença ou acidente. O risco de vida, para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, será implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível. Esse conceito deve ser analisado quanto ao grau: Parcial (que ainda permita a atividade) ou Total (impossibilidade de permanecer no trabalho). Quanto à duração: Temporária (recuperação dentro de um prazo previsível) e Indefinida (sem prazo previsível) e quanto à profissão desempenhada: Uniprofissional (para uma única ocupação), Multiprofissional (para diversas profissões) e Omniprofissional (para toda e qualquer atividade laborativa). A invalidez pode ser conceituada como a incapacidade laborativa total, indefinida e multiprofissional, insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, que corresponde à incapacidade geral de ganho, em consequência de doença ou acidente. Além de todos esses conceitos, cabe ao perito definir outros conceitos que irão influir na decisão administrativa desse benefício como Data do Início da Doença – DID, Data do Início da Incapacidade – DII. Esses dois dados são fundamentais para decisões em caso de benefícios com dispensa de período de carência, ou em casos de doenças com início anterior ao ingresso na Previdência Social. (BRASIL, 2005).

A avaliação da capacidade laborativa dos segurados é feita pela perícia médica e destina-se a permitir resposta aos quesitos estabelecidos, atendidos os conceitos e os critérios legais e regulamentares. A capacidade laborativa deve ser definida o mais precisamente possível, considerando-se os dados clínicos da história, do exame físico e da atividade exercida. Dessa forma, cabe ao Perito a decisão técnica da determinação da capacidade/incapacidade laborativa, porém a conclusão desse ato sofre influência da via administrativa, não depende apenas da decisão pericial. Mas, para o segurado é como se a decisão fosse apenas da Perícia Médica, sem falar de que o perito deve agir como um perito de uma seguradora privada, mas trabalha em uma seguradora pública da Previdência Social.

Algum outro conceito ainda vem corroborar com toda essa problemática: determinada limitação imposta por uma doença ou lesão pode determinar incapacidade para algumas profissões e não determinem para outras. Senão vejamos alguns exemplos: Imaginemos a hipótese de três trabalhadores que apresentassem ao exame médico-pericial a mesma entidade mórbida - cegueira de um olho: um auxiliar administrativo, um motorista profissional jovem e um motorista profissional idoso, sem outras experiências profissionais. Consolidada a lesão,

isto e, depois de realizados os tratamentos indicados, o primeiro trabalhador reunia condições para retornar ao trabalho, sem restrições; enquanto o motorista jovem seria reabilitado para nova ocupação, e o terceiro, o motorista idoso, dificilmente obteria êxito na mudança de atividade e terminaria por ser aposentado por invalidez. A mesma entidade (a visão monocular) ensejaria a concessão do benefício extremo (aposentadoria por invalidez) ao motorista idoso e nenhum benefício seria concedido ao auxiliar administrativo, não pela deficiência objeto da nossa hipótese. Embora se trate de conclusões médico-periciais simples e óbvias, dependem, contudo, do conhecimento da legislação previdenciária e do acesso às informações sobre a real ocupação exercida pelo examinado. Uma questão que deve ser considerada, quando da avaliação médico-pericial, é o risco, para si próprio e para terceiros, que pode advir do exercício da ocupação. E o que pode ocorrer com o motorista epilético e a condução de um ônibus. Nessa hipótese, configura-se a existência de incapacidade laborativa, embora o exame clínico e eventuais exames subsidiários não a constatem. (ARAÚJO, 2013).

Ao emitir parecer contrário ao benefício, com base na legislação, o perito médico não indica a inexistência de uma doença. Afirma que, naquele momento, o segurado é capaz de realizar as atividades de trabalho declaradas.

1.8- ABORDAGEM TERAPÊUTICA E PERICIAL - DIFERENÇAS

As relações humanas, de modo geral, estão ficando cada dia mais fragilizado, tanto pelo uso excessivo dos meios virtuais, afastando as pessoas do convívio direto, face a face, como pelo excesso de trabalho do dia a dia. Almeida (2011) afirma que as relações entre os seres humanos, de um modo geral estão restritas a pequenos momentos no trabalho ou em encontros sociais. O que mais assusta ainda é a troca pelas relações virtuais, o homem segue mecanizando o que era essencialmente humano e nesse processo a área de relacionamento médico-paciente também não é poupada.

Os médicos, envolvidos pelas possibilidades de novas terapêuticas, trocam a cada dia os seus instrumentos para um bom exame clínico como uma boa anamnese e um bom exame físico, pelas máquinas sofisticadas. O trabalho médico esta sendo transformado em produto de mercado, havendo uma crescente perda de valores humanísticos e éticos na postura do

medico, ao aderir a uma medicina mecanicista, que apesar de eficiente, deixa para trás os princípios do respeito, autonomia e dignidade entre as pessoas. (ALMEIDA, 2011).

Antigamente a relação médico-paciente era mais humanizada, porém, sempre assimétrica. Para Galvão (2006), na relação médico-paciente o objeto de valor é o restabelecimento da saúde, mas essa relação é assimétrica e sempre marcada pela verticalização e pela complexidade – *“de um lado, o poder de persuasão de quem detém o conhecimento; de outro, a fragilidade de quem está doente e precisa da cura”*. O médico possuía uma autoridade inquestionável, o paciente sempre foi um sujeito passivo, sem direito a tomar parte nas decisões terapêuticas porque o saber médico era inquestionável.

Apesar de todas essas mudanças ocorridas nessa relação, ela ainda é pautada na confiança mútua, no compromisso e na empatia, ao contrário da relação médico-pericial, em que a escolha do profissional não é feita pelo requerente, em que a busca não é pela saúde mas pela pecúnia, pautada na desconfiança mútua, no compromisso com o órgão administrativo ou judicial e na assimetria.

No texto de Mário Rigatto: O Perfil do Médico no Século XXI; citado por Salomão Rodrigues Filho no livro Perícia Médica do Conselho Regional de Medicina de Goiás:

O médico tem que treinar relações complexas. Ele precisa aprender a ter uma roupagem por fora e outra por dentro, sem ser falso. Ele não pode franzir o cenho, pois o doente vai achar que o seu caso é grave. Não pode se emocionar a ponto de falar com a voz embargada porque a voz embargada perde força de convicção. O médico não pode chorar, pois a lágrima rouba cuidado ao que diagnostica. Ele não pode tremer pois não faz bem ao bisturi. Então, eu quero um médico por fora com um único domínio das emoções, mas por dentro eu quero o mais sentimental dos seres humanos, que se compadeça com a dor e o sofrimento. Esta dupla roupagem é muito difícil vestir. (RODRIGUES FILHO, S. At al., 2007).

Almeida (2007) afirma que a relação médico - paciente deve ser equilibrada, *“se, de um lado, o médico não pode ser frio e distante, por outro, seu envolvimento emocional com o paciente pode ser danoso a ambos”*. Essa equidistância assegura o resultado do tratamento. É por isso, que essa relação é sempre assimétrica e essa assimetria pode ser maior quando o medico é autoritário e menor quando se porta de maneira mais empática.

É muito difícil manter essa postura relatada acima e mais difícil ainda na posição de

medico perito, esse realmente precisa vestir essa dupla roupagem, não pode envolver-se nas situações, demonstrar sentimentos, deve agir com total imparcialidade porem de forma cordial. O ponto forte da relação médico-paciente é a confiança, o que passa a não existir quando se trata de perícia, pelo contrário, predomina a desconfiança. O perito é “médico”, tem conhecimento médico, e ao mesmo tempo “julga”, segundo Souza (2007), O médico precisa ter “compaixão”, empatia com a dor do outro, para cuidar dele. O perito não pode ter “compaixão”, pode comprometer a lisura. Não pode se envolver. O médico CUIDA sem desconfiar. O Perito coloca sob júdice o sintoma, a doença. A hipótese de trabalho do médico: Qual a causa dos sintomas? Qual a doença? A hipótese de trabalho do perito: “Ele não tem essa doença”? Essa doença o incapacita, realmente? Postura de investigação. (CODO, 2013 b)

Se, por um lado a relação Médico-paciente continua assimétrica e enfrenta muitos problemas na atualidade, imaginemos como será conflituosa essa relação perito –periciado. Para Almeida (2011), *“em perícia médica previdenciária o equilíbrio está em demonstrar empatia, ouvir os argumentos sem permitir-se ser manobrado ou controlado pelo periciado que, comumente, busca o controle do atendimento mediante, por exemplo, exposição de sucessivos documentos de pouco ou nenhum interesse. Os esclarecimentos também devem ser dados com cortesia e atenção, mas sem excessos ou repetições, que podem ser interpretados como insegurança. A assimetria, inevitável em perícias médicas, pode ser reduzida sob o controle do perito, favorecendo a boa relação com o periciado, que esta sendo investigado para outra finalidade, a justiça. O perito não tem compromisso com o que seja melhor para o examinado e este não é exatamente seu paciente. Em verdade, o periciado é percebido antes como objeto que como objetivo da perícia médica, percepção que, se radicalizada, pode levar a impessoalização excessiva do atendimento”*.

Ainda para Almeida (2007) e Gomes (2010), a relação médico-paciente é de *“confiança e simpatia, onde o medico é Curador”*. Ao contrario, na relação Perito-periciado existe *desconfiança e antipatia, onde o medico é Fiscal* e estão em jogo interesses legais do periciado, destacando que apesar disso essa relação não é e nem pode ser um ato policial.

Para Galvão (1998), as características de uma boa abordagem pericial são: impessoalidade, cientificidade e objetividade, mas apesar da frieza dessas técnicas, o perito

não pode deixar de ter respeito pelo periciado.

O Perito não pode ser apenas um mero homologador de atestados de médicos assistentes, sem questionar, sem duvidar, sem considerar outros aspectos médicos e legais como o gesto laboral do segurado, o estado atual da doença, a valoração percentual da limitação apresentada e seu enquadramento ou não na legislação pertinente. Muitas vezes o perito não precisa saber minúcias acerca do diagnóstico – que pode ser até sindrômico – ou do tratamento do pleiteante a um benefício previdenciário. A atribuição e o dever de diagnosticar e tratar o paciente é exclusivamente do médico assistente. O perito, no entanto, depende muito destas informações oriundas do médico assistente para fundamentar sua decisão. Em síntese, ao médico assistente compete conhecer as doenças e o seu tratamento, e ao médico perito compete valorar se determinada doença, no grau em que se encontra no momento de realização da perícia, estaria causando incapacidade para o trabalho de um segurado (benefício previdenciário). Além disso, ao perito compete avaliar se a incapacidade é parcial ou total, se é temporária ou permanente, se é para um só tipo de trabalho, se é para vários ou se é para todos (omniprofissional), se há ou não suscetibilidade à reabilitação profissional. A resposta dada a cada um destes quesitos, após julgamento criterioso do médico perito, irá determinar não apenas o direito a um benefício, mas também irá definir qual é o tipo de benefício abrangido por aquele direito. (ALMEIDA, 2011).

O médico assistente cuida do seu paciente, atua em seu melhor interesse, tem na confiança mútua a sua principal ferramenta e na confidencialidade seu maior compromisso. O perito atua como agente público, seu compromisso é com a coletividade, com o Estado e sua missão é ser justo, para não lesar os direitos das pessoas nem dispor do patrimônio coletivo sem fundamentação normativa nem legal. O perito examina um requerente que não é – nem pode ser – seu paciente e sobre ele elabora um laudo para fins médico-legais. Esse laudo determinará acesso ou não a direitos e não pode ser feito para beneficiar nem prejudicar ninguém, apenas refletir a verdade. (CODDO, 2013b)

Enfim, para ser um bom perito é necessário não só conhecer a moléstia que acomete o segurado, mas ter o saber de ponderar valores e limites de deficiências e cotejá-las com as legislações previdenciárias, assistenciais, as instruções normativas, memorando-circulares e todas as normas infra-legais exaradas pela Autarquia. Não é fácil valorar limitações, conhecer

gestos laborais e saber qual o ponto de intersecção onde aquelas irão impactar nestes e alcançar o bem jurídico segurado – a capacidade laborativa.

1.9 - O BURNOUT

Em relação à população geral, a prevalência de Burnout ainda é incerta. A Organização Mundial da Saúde – OMS considera a síndrome como uma das principais doenças dos Europeus e Americanos, ao lado do Diabete e das doenças cardiovasculares. (TRIGO et al. 2007).

Trigo et al. (2007), em Revisão bibliográfica nas bases de dados como MedLine, SciELO e outras, entre 1985 a 2006, identificou que o Burnout varia de 4% a 85,7%, conforme a população estudada e que a síndrome pode apresentar comorbidades com alguns transtornos psiquiátricos, como a depressão.

Burnout é uma palavra inglesa que pode ser traduzida como “queimar para fora”, *Burn* (queimar) e *out* (fora), “perda de energia” levando a reações físicas e emocionais e ao agir com agressividade. O dicionário define to burn out como “se tornar exausto após excessiva demanda de energia ou força”. (CATALDI, 2011).

O termo passou a ser utilizado pela primeira vez em 1974 pelo psicólogo clínico Hebert Freudenberger, que descreveu Burnout como “um estado mental de exaustão no trabalho que provoca conseqüências tanto no desempenho profissional quanto na vida pessoal”. Ele constatou essa síndrome em um paciente que trazia consigo energias negativas, impotência relacionada ao desgaste profissional. (FREUDENBERGER, 1974 citado por MUROFOSE et al., 2005).

Em estudos posteriores, a Psicóloga Social Christina Maslach concluiu que aspectos individuais associados às condições e relações de trabalho poderiam levar a um sofrimento e passou a definir a síndrome de forma mais contundente. A definição estabelecida por MASLACH (1986) é "Síndrome de fadiga emocional, despersonalização e de uma auto-estima reduzida, que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham em contato direto com clientes ou pacientes". Nova descrição de Maslach (2005), burnout é uma reação cumulativa a estressores ocupacionais contínuos e se caracteriza por cronicidade, ruptura da adaptação, desenvolvimento de atitudes negativas e comportamentos de redução da realização pessoal no trabalho. (MASLACH, 2005).

Não existe uma conceituação única para a síndrome. O termo surgiu como um jargão,

uma metáfora para exprimir o sentimento de desgaste profissional, associado a uma perda de motivação e alto grau de insatisfação dentro do ambiente de trabalho. Trata-se de uma resposta do *stress* laboral crônico, não devendo contudo ser confundido com *stress*. O trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, afetando principalmente profissionais da área de serviços, quando em contato direto com seus usuários (BENEVIDES-PEREIRA, 2002).

O burnout envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho; é assim, uma experiência subjetiva, envolvendo atitudes e sentimentos que vêm acarretar problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização. O conceito de stress, por outro lado, não envolve tais atitudes e condutas, é um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho. (CODD, 2013b).

Segundo Trigo et al. (2007), para o diagnóstico da síndrome, existem quatro concepções: clínica, sócio-psicológica, organizacional e sócio-histórica. Na perspectiva clínica, proposta por Freudenberg, seria resultante de um trabalho exaustivo quando até as próprias necessidades são deixadas de lado. Na perspectiva organizacional, proposta por Chernis, ocorreriam respostas para um trabalho estressante, monótono e frustrante. Na sócio-histórica, proposta por Sarason, participam a falta de interesse em ajudar os outros devido a falta de condições sociais. Na abordagem sócio-psicológica, a mais utilizada atualmente, Maslach e Jackson indicam como o estresse laboral leva ao tratamento mecânico do cliente.

As características individuais associadas às do ambiente e às do trabalho propiciam o aparecimento dos fatores multidimensionais da síndrome (MUROFOSE et al., 2005):

- Exaustão Emocional (EE);
- Distanciamento afetivo (Despersonalização – DE);
- Baixa Realização Profissional (RP).

A ocorrência de Burnout pode ser observada a partir da ruptura afeto-trabalho. Quando o esforço pessoal torna-se insuficiente para suprir as demandas do trabalho surge a exaustão emocional com toda a sua sintomatologia emocional e física, culminando com a desistência simbólica, entre permanecer e fugir. A Despersonalização e a baixa da Realização

Profissionais surgem como alternativas a esse sofrimento. (ABREU et al., 2002; CODO E VASQUES-MENEZES, 1999).

A Exaustão Emocional (EE) é considerada como o elemento mais importante e central da síndrome, mas não suficiente para a sua ocorrência, manifesta-se por sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia, sensação de baixa energia, fraqueza, preocupação, aumento da susceptibilidade a doenças, cefaléia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical e distúrbios do sono. (TRIGO et al.; 2007, MASLACH, SCHAUFELI E LEITER, 2001; VASQUES-MENEZES, 2005; TAMAYO, 2009; CHERNISS, 1980; WORD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

O Distanciamento afetivo – despersonalização (DE): desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas com relação às pessoas com quem trabalha (colegas e clientes) num endurecimento afetivo. Provoca o afastamento das outras pessoas, a presença delas passa a incomodar, tornar-se não desejada. (TRIGO et al., 2007; CHERNISS, 1980).

A terceira dimensão, a baixa Realização Profissional (RP) ou baixo envolvimento pessoal no trabalho é a tendência de uma “evolução negativa” no trabalho, uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor. (TRIGO et al., 2007).

Alguns autores consideram Exaustão Emocional e Despersonalização as dimensões centrais do Burnout e que a Realização Profissional no trabalho é a mais fraca em termos de relações significantes com outras variáveis. (SOBRINHO et al., 2010).

Codo (2013b), afirma que em alguns tipos de trabalho não pode existir indiferença afetiva devido a exigência de uma maior proximidade com o cliente. Ainda para Codo, colocar-se a serviço do outro requer disponibilidade permanente e capacidade de acordo afetivo, que não são naturais, exigindo um esforço pessoal para conseguir se envolver. Essa afetividade pode não acontecer por problemas organizacionais das empresas, o trabalho exige essa afetividade mas a organização não permite ou por fatores pessoais, individuais do trabalhador, desenvolvendo ao invés de afetividade, aversão. É nesse conflito que se instala, lentamente, o Burnout.

Foram introduzidos questionários adequados à avaliação do Burnout. Deve-se relatar particularmente o Maslach Burnout Inventory (MBI), publicado no início dos anos 1980. Este questionário aborda os três tópicos mencionados na conceituação de burnout: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e reduzida Realização Profissional (RP). De fácil

aplicação, o MBI passou a ser utilizado universalmente, constando de mais de 90% das publicações empíricas.

1.10- BURNOUT E MÉDICOS

Todas as profissões da área da saúde exigem do trabalhador um forte envolvimento com seres humanos. A profissão médica, dentre todas elas, é a que possui uma ligação mais forte porque está ligada diretamente à vida de outros seres humanos. Por isso, dessa relação emergem sentimentos diversos de ambas as partes, tanto do médico como dos pacientes e familiares. São sentimentos fortes e muitas vezes contraditórios como: piedade, compaixão, amor; ou até ódio e ressentimento contra os seus pacientes ou familiares. Por parte dos pacientes pode existir apreço, gratidão ou revolta, podendo chegar, até mesmo, a agressão. (MAGALHÃES et al., 2006).

Esses fatores estressantes, peculiares à própria atividades médica, podem ser agravados por fatores externos à essa relação como organizacionais, da própria estrutura do trabalho ou individuais, inerentes a cada ser. Atualmente presenciamos um grande aumento da pressão sobre os médicos, afetando a sua autonomia, prestígio e renda associados a precárias condições de trabalho em ambulatórios, hospitais e emergências de todo o país. Esses problemas organizacionais obrigam o médico a ter vários empregos e trabalhar muitas horas por dia. Oitenta por cento dos médicos brasileiros consideram a atividade médica desgastante, sendo os principais fatores de desgaste: excesso de trabalho / multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, área de atuação/especialidade, relação médico-paciente, conflito/cobrança da população, perda da autonomia. (NOGUEIRA-MARTINS, 1996).

Estudos confirmam a presença da Síndrome de Burnout em trabalhadores da área de saúde, especialmente na área médica com Médicos Residentes, de Unidades de Terapia Intensiva, da área de Emergência, do Programa de Saúde da Família. (CODO, 2013b).

Uma Pesquisa sobre a incidência de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia, encontrou altos níveis de Burnout: os resultados principais indicam a incidência de burnout em 20,8% da amostra. A manifestação da síndrome foi caracterizada por apresentar 65,0% de classificação alta na dimensão exaustão emocional (EE), 61,7% de classificação alta na dimensão despersonalização (DE) e 30,0% de classificação baixa na

dimensão realização profissional (RP). Burnout esteve presente em 78,4% da amostra e ausente em 0,8% da amostra. A maior frequência de casos de manifestação da síndrome foi observada nas áreas de Ortopedia, seguida das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. (LIMA et al., 2007).

Trabalho com 41 Médicos Pediatras em Hospital Público de Santa Catarina, em 2004, por meio da utilização do MBI (Maslach Burnout Inventory) indicaram uma incidência de Burnout em 53,7% da amostra. A Manifestação da síndrome foi caracterizada por apresentar 82,9% de classificação alta na dimensão exaustão emocional (EE), 63,4% de classificação alta na dimensão despersonalização (DE) e 53,7% de classificação baixa na dimensão realização profissional (RP). Identificou-se que 95,1% dos médicos que participaram da pesquisa consideraram o trabalho desempenhado como fator de interferência na vida pessoal, e 46,3% da amostra cogitam a possibilidade de mudar de profissão e desistir da medicina. (MENEGAZ, 2004).

Pesquisa com médicos de um Hospital Público de São Paulo, usando o questionário MBI apresentou uma prevalência de 11% dos médicos com Burnout, com todas as suas características (EE e DE elevados e RP baixo) Contudo, uma grande porcentagem de médicos está a ponto de desenvolver a síndrome, apresentando elevados índices de EE e DE (perto de 80% entre moderado e alto), o que só não ocorreu ainda devido a grande realização pessoal da profissão. (MAGALHÃES; GLINA, 2006).

Estudo conduzido pela Universidade Federal da Bahia – UFBA e Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Bahia, entre médicos intensivistas de Salvador, constatou que a prevalência da Síndrome de Burnout é de 7,4% e foi mais associada com as exigências do trabalho do que com o controle médico intensivista sobre esse trabalho, concluindo que médicos que fazem trabalho altamente exigentes (muitas exigências e pouco controle) sofrem 10,2 vezes mais desgaste que aqueles com trabalho pouco exigente (poucas exigências e um alto grau de controle). (TIRONI, 2010).

Recentemente, uma pesquisa diagnóstica, conduzida em todo o Brasil com os médicos peritos da Previdência Social, pelo psicólogo e professor da UNB – DF Wanderley Codo, no que se refere ao sofrimento do trabalhador, avaliou as condições de trabalho dos peritos, a saúde mental desses e o comprometimento desses trabalhadores em Burnout, resultando no livro JULGAR E CUIDAR (SAÚDE MENTAL E TRABALHO DO PERITO MÉDICO). Apresentou, segundo o autor, um resultado preocupante: A Exaustão Emocional (EE) e a

baixa Realização Pessoal (BRP) apontam para mais de 20% da população investigada (1 em cada 5 peritos do Brasil sofrem de Exaustão Emocional). 23% apresentou EE e 21% BRP. Nível de Despersonalização baixo, cerca de 7% da população do estudo. (CODDO, 2013b).

As condições de trabalho dos peritos mostra uma realidade de trabalho desgastante com alto nível de responsabilidade, baixo reconhecimento e problemas que ultrapassam os seus limites de atuação. O trabalho é exercido por profissionais, na maioria dos casos, comprometido com o trabalho e padrões elevados de auto exigência. Partindo do princípio de discrepância entre esforço investido e expectativa de resultados obtidos, podemos intuir que os peritos que impõem para si mais expectativas estão mais sujeitos a adoecimento no trabalho em função das frequentes frustrações. As relações ambivalentes levam o sujeito a se defender, sobrecarregando-se com uma constante autoanálise, auto avaliação e autocrítica. Situação de conflito provoca dissonância cognitiva, um sofrimento psíquico que faz com que o indivíduo trabalhe para reduzi-la e encontrar alguma consonância entre coisas incompatíveis. Ex.: Segurado mente ou fala a verdade? O conflito é doloroso, torna o trabalho mais penoso, aumenta a carga de trabalho: conflito com o segurado, com as leis da Previdência, com o seu trabalho, com a sua consciência, em conceder ou negar, com a vida de necessidades do segurado e a necessidade de negar o benefício injusto. Uma das maneiras que o perito encontra para se proteger – contra o sofrimento de uma vida de trabalho permanentemente marcada por conflitos – é de descomprometer com o trabalho: - “Se eu não me envolvo com o trabalho, então os conflitos que o trabalho traz não vão me afetar”. (CODDO, 2013b).

Para verificar a incidência da Depressão Introjativa entre os médicos peritos, foi feita uma comparação destes resultados com um grupo controle e foi encontrada uma incidência de quase duas vezes mais entre os médicos peritos. Em seguida foi feita a análise do impacto das variáveis de trabalho como determinantes do risco de se ter depressão introjetiva nesse grupo. A figura 3 se organiza da variável mais importante no processo - a falta de suporte social - com poder de explicação de 29,5% da variância, até o fato de ter sofrido agressão, com 11,9%. Estas variáveis foram utilizadas para se criar uma Escala de Risco, a ser interpretada como incidência de estressores no contexto de trabalho. A média dessa escala foi de 7,5 (DP=2,5) para os peritos sem depressão introjetiva e, para o grupo com esta forma de sofrimento psíquico, a média foi 10,1 (DP=2,2), uma diferença altamente significativa. (CODDO, 2013b).

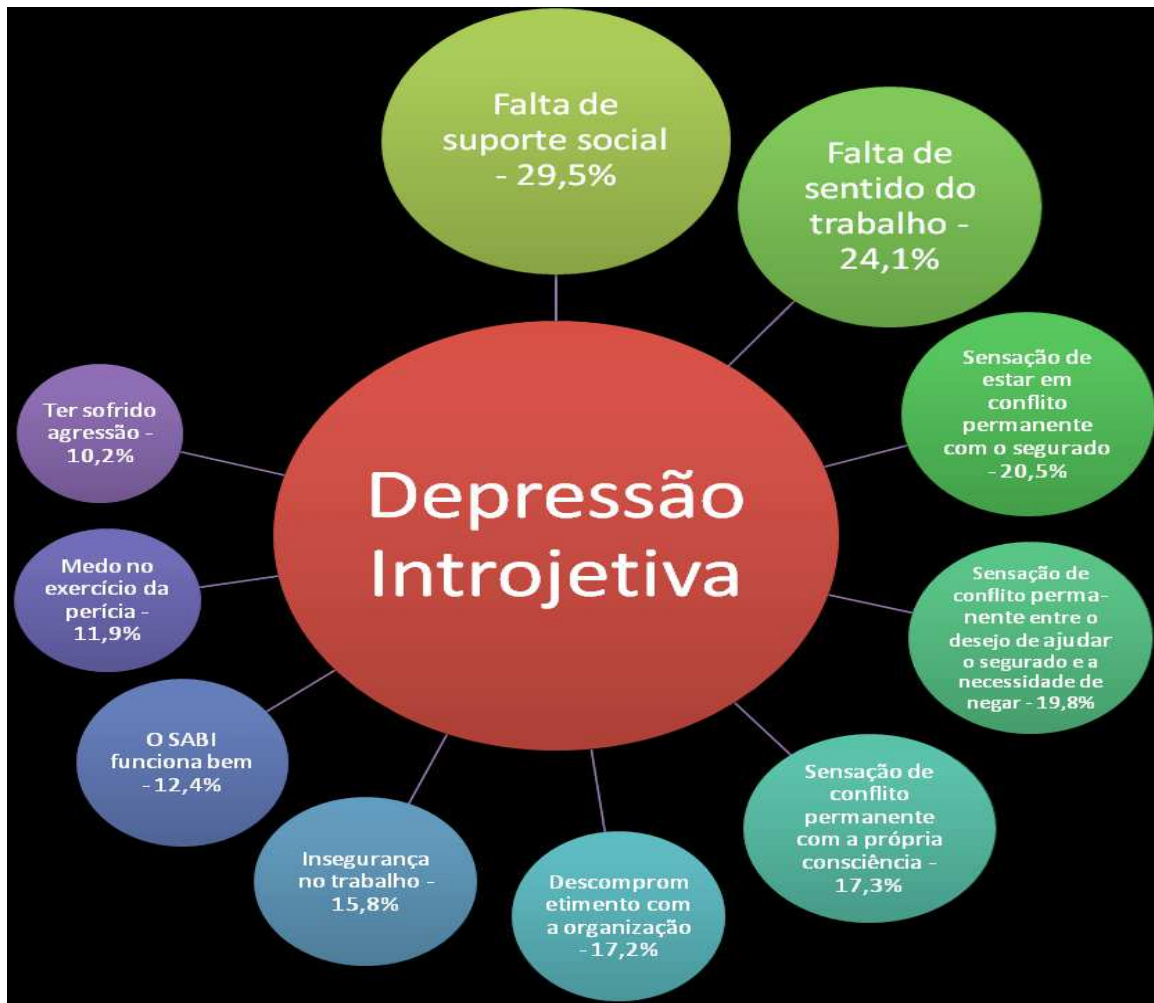


Figura 3 - Variância compartilhada de cada estressor do trabalho com a depressão introjetiva. Fonte – CODO, 2013b. Julgar e Cuidar (Saúde Mental e Trabalho do Perito Médico).

Dessa forma, esse tipo de depressão estaria mais diretamente associada ao sofrimento dos médicos peritos da Previdência Social. Conclui Codo (2013b):

“A depressão introjetiva é um problema sério e de alta relevância para a compreensão do sofrimento entre peritos e que variáveis relativas ao trabalho estão diretamente relacionadas a este modo particular de sofrer. O dilema principal e paradoxal desse tipo de sofrimento é desejar investir no trabalho e, a partir dele, obter sucesso e reconhecimento, em um contexto de alta carga de trabalho, falta de condições reais para o exercício profissional conforme as normas e os ideais internalizados por estas pessoas. Este contexto os expõe a conflitos, insegurança e medo, minando suas habilidades e potenciais e instaurando o sentimento de impotência. Quebrados por este estado doloroso, alguns tentam se defender pelo descomprometimento que, considerando seus idéias, não ameniza de fato sua condição”.

2. JUSTIFICATIVA

2. JUSTIFICATIVA

A Síndrome de Burnout acomete muitos tipos de profissões, sendo mais comum naquelas profissões que exigem um maior contato com os clientes, especialmente os professores e os profissionais da área de saúde. Vários estudos têm sido conduzidos no Brasil e no mundo inteiro à cerca dessa patologia, potencialmente ligada ao trabalho.

Médicos peritos poderiam estar ainda mais suscetíveis ao Burnout, uma vez que vivenciam uma dualidade de papéis, pois a grande maioria desses profissionais exercem uma dupla atividade, a medicina assistencialista e a medicina pericial. Em geral, os peritos da Previdência Social enfrentam uma série de cobranças por parte da organização, das empresas, dos sindicatos, da imprensa e dos próprios segurados, além de cumprirem jornadas extenuantes com agendas abertas ao público e tempo determinado para cada perícia, frequência diária controlada pelo ponto eletrônico e devendo agir como profissionais completos, obedecendo à Legislação Previdenciária e agindo com responsabilidade, competência e eficiência.

De acordo com o professor Codo (2013a), o trabalho da perícia médica é exercido sob conflito, vivenciam, ao mesmo tempo, uma relação de onipotência e impotência. Espera-se do médico assistencialista: competência, esperteza e precisão. O perito, além disso, precisa ser sábio por definição, necessita de sabedoria, “espertize”, fazer o julgamento final. É especialista por definição e sábio por contrato. Segue, mencionando as características de um bom perito: paciência, precisão, sagacidade e honestidade.

Essa pesquisa é de grande relevância social e científica pois procura entender a relação Trabalho/Saúde e Doença, temática já abordada na maioria das especialidades médicas porém muito pouco na área pericial, onde o trabalho é exercido sob eterna vigilância pela possibilidade de fraudes, sob tensão pelos riscos de agressão e ameaças constantes e sob precárias condições de segurança, numa situação de permanente conflitos com interesses antagônicos habitando cada ação que esse trabalhador realiza.

Este trabalho pretende trazer contribuições para os profissionais de saúde, somando novos conhecimentos, contribuindo na divulgação dessa patologia, na busca de tratamento efetivo, bem como na prevenção e na intervenção dessa síndrome e ao mesmo tempo trazer benefícios para os trabalhadores, advertindo-os para uma melhora na qualidade de vida, principalmente da vida laboral e para os empregadores, propondo um maior interesse na melhora da organização do trabalho, os relacionamentos interpessoais e na valorização do

trabalhador como pilar fundamental de qualquer organização, aumentando assim a produtividade pois somente os trabalhadores satisfeitos passarão a produzir mais e melhor.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1- OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout em Médicos Peritos da Previdência Social na Gerência Executiva de Campina Grande – PB.

3.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar a distribuição de Burnout, estratificada por atividade desenvolvida pelo perito dentro da instituição;
- Avaliar os níveis dessa síndrome entre os peritos;
- Verificar a correlação entre o tempo de trabalho, carga de trabalho, idade e os níveis de Burnout.

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4. CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1- TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo transversal, realizado através da aplicação de questionário auto-aplicado com Peritos Médicos da Previdência Social, que concordaram em participar após esclarecimentos e leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O referido estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, sob nº 29417614.7.0000.5536. (Anexo 1).

Para Bastos e Duquia (2007), os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. Esses estudos são adequados para avaliar as frequências do fator de risco e do desfecho em estudo, bem como fazer uma associação entre eles.

4.2- LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Agências da Previdência Social do estado da Paraíba, pertencentes à Gerência Administrativa do INSS – Gex Campina Grande – PB., que engloba 15 municípios localizados principalmente no Brejo, Cariri, Agreste e Sertão Paraibano: Bonito de Santa Fé, Cajazeiras, Campina Grande, Catolé do Rocha, Itaporanga, Monteiro, Patos, Pombal, Princesa Isabel, Santa Luzia, São Bento, Serra Branca, Sousa, Teixeira e Queimadas. (BRASIL, 2012). O gerente executivo do INSS de Campina Grande autorizou a pesquisa.

A sede da gerência é Campina Grande, considerada a segunda cidade mais populosa do Estado da Paraíba. Possui, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geoprocessamento Estatístico (IBGE, 2010) a área de unidade territorial de 594,182 km² com uma população de 385.213 hab., predominantemente urbana (96%). Estimativas de 2013, apontam para uma população de 400.002 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba, depois da capital. Localizada a 120 km da capital do Estado, João Pessoa, também se tornou um dos principais pólos industriais e tecnológico da Região Nordeste do Brasil. Tem uma agenda cultural variada, destacando-se os festejos de São João, que acontecem

durante todo o mês de junho, com o slogan: “O Maior São João do Mundo.”

O Instituto Nacional do Seguro Social - INSS da Paraíba é dividido em 02 Gerências Administrativas: João Pessoa, na capital e Campina Grande, no interior, A cada uma compete administrar as Agências da Previdência Social vinculadas. O Decreto Nº. 7556 de 24 de Agosto de 2011 aprova a Estrutura Regimental do INSS: (BRASIL,2011).

ESTRUTURA REGIMENTAL DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIA CAPÍTULO DA NATUREZA, SEDE E FINALIDADE

Art. 1º O Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, autarquia federal com sede em Brasília - Distrito Federal, vinculada ao Ministério da Previdência Social, instituída com fundamento no disposto no art. 17 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, tem por finalidade promover o reconhecimento de direito ao recebimento de benefícios administrados pela Previdência Social, assegurando agilidade, comodidade aos seus usuários e ampliação do controle social.

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 2º O INSS tem a seguinte estrutura organizacional:
I - órgãos de assistência direta e imediata ao Presidente:
II - órgãos seccionais:
III - órgãos específicos singulares:
IV - unidades descentralizadas:
a) Superintendências-Regionais;
b) Gerências-Executivas;
c) Agências da Previdência Social;
d) Procuradorias-Regionais;
e) Procuradorias-Seccionais;
f) Auditorias-Regionais
g) Corregedorias-Regionais.

A Gerência Executiva de Campina Grande engloba 17 Agências da Previdência Social, 03 sediadas em Campina Grande: CG Catolé, CG Dinamérica, CG Tiradentes; 14 nos municípios de Bonito de Santa Fé, Cajazeiras, Catolé do Rocha, Itaporanga, Monteiro, Patos, Pombal, Princesa Isabel, Queimadas, Santa Luzia, São Bento, Serra Branca, Sousa e Teixeira.

Ainda, de acordo com a referida Lei:

Art. 20. Às Gerências-Executivas, subordinadas às respectivas Superintendências-Regionais, compete:
I - supervisionar as agências da Previdência Social sob sua jurisdição nas

atividades de:

II - assegurar o controle social, em especial por meio da manutenção dos Conselhos de Previdência Social; ...

A pesquisa foi realizada diretamente no Serviço de Saúde do Trabalhador (SST) e nas Agências da Previdência Social – APS, vinculadas á Gex Campina Grande – PB .



Figura 4 - Mapa geográfico do Estado da Paraíba
Fonte – Google Imagem

4.3- POPULAÇÃO

No início do estudo, foram computados 39 peritos lotados na gerência executiva do INSS em Campina Grande, destes 5 se recusaram a participar do estudo e 8 foram excluídos por estarem de férias ou de licença no momento da pesquisa. Nossa população de estudo foi então de 26 (67%) peritos.

4.4- COLETA DE DADOS

Foram aplicados dois questionários: o primeiro, questionário sócio-demográfico (ANEXO 2), com perguntas a respeito de idade, sexo, titulação, doenças pré-existentes, tratamentos, medicações em uso, turnos de trabalho, tempo de experiência profissional e carga horária semanal de trabalho. Além disso, questões sobre fontes de estresses percebidos pelos peritos como ameaças pelos segurados, pela chefia, sobrecarga de atividades e falta de recursos materiais para o trabalho.

Para a identificação da Síndrome de *Burnout* foi aplicado um instrumento publicado e validado internacionalmente para medir as três dimensões do *Burnout*. O Maslach Burnout Inventory (MBI) (MASLACH at al., 1996) (ANEXO 3), utilizado amplamente no Brasil,

cujas características psicométricas em nosso contexto foram aferidas por Carlotto e Camara (2007). Investiga como o sujeito vivencia seu trabalho, de acordo com as seguintes dimensões:

(a) Exaustão Emocional (EE): Sensação de esgotamento e falta de entusiasmo, associado a sentimento de não ter condições de desprender mais energia para o atendimento de seu cliente (segurado) ou demais pessoas, como fazia antes; composto de nove itens. Ex.: Sinto-me emocionalmente decepcionado com o meu trabalho. em uma situação em que os profissionais sentem que, afetivamente, já não podem dar mais de si mesmos; percebem que ocorreu uma queda da energia e emocionalmente encontram-se esgotados. Quando esses sentimentos de impotência se tornam crônicos, os profissionais julgam-se incapazes de uma doação integral aos usuários do serviço. Segue a descrição das questões que compõe este domínio:

- Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.
- Eu me sinto como se estivesse no meu limite.
- Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.
- Eu me sinto frustrado com meu trabalho.
- Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado.
- Eu me sinto esgotado com meu trabalho.
- Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.
- Eu me sinto cansado quando me levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.
- Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.

(CODO & VASQUES-MENEZES,1999).

(b) Despersonalização (DP): Caracterizada pelo desenvolvimento de uma insensibilidade emocional, que faz com que o profissional trate os clientes, colegas e a

organização de maneira desumanizada; composta por cinco itens (Ex.: Sinto que estou tratando algumas pessoas como objetos impessoais). Os profissionais desenvolvem cinismo, sentimentos e atitudes negativas. As seguintes questões compõe este domínio:

- Eu sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.
- Eu sinto que eu trato alguns dos meus clientes como se eles fossem objetos.
- Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei este trabalho.
- Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.
- Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus clientes.

(CODO & VASQUES-MENEZES,1999).

(c) **Diminuição da Realização pessoal no trabalho (RP)**: Caracterizada por uma tendência do trabalhador a se auto-avaliar de forma negativa, tornando-se infeliz e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, com conseqüente declínio no seu sentimento de competência e êxito, bem como de sua capacidade de interagir com os outros. Composto por oito itens:

- Eu me sinto muito cheio de energia.
- Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com a minha clientela.
- No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.
- Eu posso criar facilmente um ambiente tranqüilo com a minha clientela.
- Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
- Eu trato de forma adequada os problemas da minha clientela.
- Eu posso entender facilmente o que sente a minha clientela acerca das coisas.

- Eu tenho realizado muitas coisas importantes neste trabalho.

(CODO & VASQUES-MENEZES,1999)

Não há na literatura um consenso para a definição da síndrome da estafa profissional a partir dos valores encontrados no questionário Maslach. A maior parte dos autores descreve os níveis obtidos nas três diferentes dimensões, porém sem um critério definido para agrupá-las. Desta forma, a definição de estafa profissional é confundida com as próprias dimensões. Segundo Grunfeld et al., a síndrome é caracterizada pela presença de cansaço emocional ou despersonalização altos ou realização pessoal baixa. (GABBE at al, 2002).

De acordo com Ramirez, apenas os indivíduos que apresentam as três dimensões características do desgaste profissional podem ser considerados portadores da síndrome. Assim, apesar de o questionário Maslach ser específico para o diagnóstico da síndrome, a falta de padronização de normalidade para sua avaliação dificulta a interpretação dos resultados. (RAMIREZ at al,1995).

Cada um dos componentes deve ser analisado separadamente como uma variável contínua e estratificada pelos valores dos quartis em níveis alto (acima do 3º quartil), moderado (entre o 1º e 3º quartis) e baixo (abaixo do 1º quartil) e não como uma variável dicotômica, onde existe ou não existe a presença do sintoma. Pela combinação do nível de cada um dos três componentes se obtém o nível do Burnout do indivíduo ou categoria. Deve-se observar que um nível moderado de Burnout já é preocupante do ponto de vista epidemiológico, sendo passível de intervenção, uma vez que o processo já se encontra em curso. (CODO, 2013b).

O instrumento totaliza 22 itens, numa escala de pontuação do tipo likert, divididos em tres domínios. A escala Likert de 7 pontos vai de “0” = a nunca a “6” = todos os dias.

0 = Nunca

1 = Algumas vezes por ano

2 = Uma vez por mês

3 = Algumas vezes por mês

4 = Uma vez por semana

5 = Algumas vezes por semana

6 = Todos os dias

O MBI é avaliado através de duas maneiras:

- Quantitativamente: onde obtemos um valor médio por domínio,
- Qualitativamente: onde estratificamos o valor obtido em cada domínio levando em consideração o valor do quartil, ou seja:
 - O valor do 1º quartil (correspondente ao percentil 25): indica baixo nível da síndrome;
 - O valor interquartil (correspondente ao percentil 25 a 75): indica nível médio da síndrome;
 - Acima do 3º quartil (corresponde ao percentil 75): indica alto nível da síndrome.

Após a estratificação consideramos como apresentando alto risco de *burnout* o indivíduo com:

- Alto nível de EE
- Alto nível de DP
- Baixo nível de RP

E apresentando baixo risco de *burnout* o indivíduo com:

- Baixo nível de EE
- Baixo nível de DP
- Alto nível de RP

Os demais indivíduos foram considerados como risco médio de *burnout*.

Esse inventário fornece esclarecimentos que apontam a possibilidade de um diagnóstico mais específico. Associa-se a esse fato algumas manifestações psicossomáticas,

como insônias esporádicas, tensão muscular crônica e distúrbios neuro-vegetativos como sudorese e dificuldades gástricas, já que as avaliações médicas não acusavam nenhuma patologia.

Para aplicação do instrumento de coleta, foi solicitado que os peritos respondessem aos questionários da pesquisa, para isso os participantes foram abordados durante suas atividades, através do e-mail institucional já que a pesquisadora faz parte do quadro de Peritos Médicos da Previdência Social e com acesso ao respectivo e-mail.

Os questionários utilizados neste estudo são auto-aplicados, portanto, foram respondidos pelo sujeito da pesquisa, podendo causar mínimo desconforto ao responderem as questões, porém o profissional que não se sentisse confortável para responder a qualquer questão poderia deixá-la sem resposta.

4.5- ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis do estudo. As variáveis qualitativas foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos; e as variáveis quantitativas em termos de seus valores de tendência central e de dispersão. (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

A associação entre as variáveis qualitativas foi verificada através dos teste de Qui-quadrado. Para se comparar as porcentagens foi utilizado o teste de comparação entre duas porcentagens. (SIEGEL, 1982).

Para as variáveis quantitativas a homogeneidade das variâncias e a normalidade foram analisadas através dos testes de Levene e Kolmogorov-smirnov, respectivamente. (SIEGEL, 1982; CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Como as variáveis apresentaram esses dois princípios satisfeitos foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

O Nível de significância foi de 5%.

Pacote estatístico utilizado: SPSS 17.0 for Windows.

4.6- POSICIONAMENTO ÉTICO

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a pesquisa foi norteadada a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, estabelecida na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em vigor no país. Desse modo foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes da pesquisa, segundo a referida resolução, devendo sempre tratá-los em dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade (Conselho Nacional de Saúde, 2003).

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os 26 peritos, que responderam aos questionários, exercem atividade pericial no Serviço de Saúde do Trabalhador (SST) na sede da gerência executiva do INSS em Campina Grande e nas Agências da Previdência Social (APS) vinculadas à respectiva gerência.

Houve um ligeiro predomínio do sexo feminino. Uma maior prevalência de peritos casados (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$), com filhos (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$), e com Especialização Médica (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$), conforme demonstrado na Tabela 1.

Dos 24 (92,6%) peritos que possuem especialização, 15 (62,5%) possuem mais de uma especialidade. Desses, 4 (26,6%) possuem especialização em Clínica Médica e outra especialidade (Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Legal, Medicina do Trabalho e Geriatria); 1(6,66%) em Cirurgia Geral e Anestesiologia, 1 (6,66%) em Oncologia e Ginecologia/obstetrícia, 1 (6,66%) em Medicina Legal/Medicina do Trabalho, 2 (13,33%) em Medicina do Trabalho/Pediatria, 1(6,66%) em Oncologia/Ginecologia e Obstetrícia, 2(13,33%) em Medicina do Trabalho/Pediatria, 1(6,6%) em Medicina do Trabalho/Pediatria/Medicina Previdenciária, 1(6,66%) em Medicina do Trabalho/Ecologia Humana/Medicina Previdenciária, 1(6,6%) em USG/ Medicina do Trabalho.

De forma isolada, por especialidade, dos 24 peritos, temos: 8 (33,3%) com especialização em Medicina do Trabalho/Saúde do Trabalhador, 5 (20,8%) em Clínica Médica, 5 (20,8%) em Pediatria, 2 (8,3%) em Medicina legal, Cardiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina previdenciária e 1(4,2%) possui especialização em Cirurgia Geral, Anestesia, Geriatria, Infectologia, Medicina intensiva, Oftalmologia, Endocrinologia, Radiologia e Ultrassonografia.

5.1- ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

TABELA 1. Análise descritiva de dados sócio-bio-demográficos

	Nº	%	Nível de significância ^{&}
Sexo			
Feminino	14	53,8	0,78
Masculino	12	46,2	
Estado Civil			
Casado(a)	21	80,8	Casado VS outros
Solteiro(a)	3	11,5	<0,001
Divorciado(a)	2	7,7	
Filhos			
Sim	22	84,6	<0,001
Não	4	15,4	
Formação			
Graduação	1	3,8	Especialização
Especialização	24	92,3	VS outros
Outro	1	3,8	<0,001

[&]: Teste de comparação entre duas porcentagens

Os peritos foram interrogados quanto à presença de doença pré-existente ao exercício laboral (tabela 2). Desses, apenas 9(34,6%) revelaram alguma doença anterior, destacando-se a hipertensão arterial, presente em 4(44,4%) peritos. Em seguida temos a obesidade/síndrome metabólica, asma, discopatias, diabetes mellitus, enxaqueca, miastenia gravis/les.

Quanto às queixas de saúde surgidas durante a atividade médico-pericial (tabela 2), 14(53,8%) dos 26 peritos referiram queixas de saúde. Essas foram interpretadas pelos peritos não somente como sintomas (queixas) mas também como patologias adquiridas ao longo do exercício dessa atividade. Destacam-se queixas relacionadas ao sistema osteo-articular, presentes em 5(35,7%) peritos (artrite reumatóide, cervicalgia, lombalgia, dorsalgia, tendinopatias e hérnia discal lombar). Queixas cardiovasculares repetiram-se em 5(35,7%) investigados (hipertensão, doença arterial coronariana). Alterações do sistema nervoso e

sintomas psicossomáticos (cefaléia, distúrbio do sono, enxaqueca, tonturas e diarreia) e doenças metabólicas como hipotireoidismo e hipercolesterolemia.

Sobre o uso de medicamentos (tabela 2), 11(42,3%) dos peritos investigados revelaram fazer uso de alguma droga, destacando-se em primeiro lugar, os anti-hipertensivos, citados por 8 (72,7%) peritos. Em seguida, medicações para controle do diabetes mellitus (metiformina), drogas hipolipemiantes (sinvastatina, ciprofibrato, atorvastatina), anti-agregantes plaquetários, analgésicos, anti-inflamatórios e reposição hormonal tireoideana.

Em relação aos dados laborais, para avaliação da carga de trabalho os peritos foram interrogados sobre o trabalho fora do âmbito da Previdência Social. Houve uma prevalência (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$) de peritos que trabalham fora sobre os que exercem atividade apenas no INSS, Tabela 2.

Dos 22 profissionais que trabalham em outro local temos que 15(57,7%) peritos trabalham 20 horas semanais (4 horas diárias), 5(22,72%) profissionais trabalham 24 horas por semana (em regime de plantões semanais ou distribuídas em 5 horas diárias) e 2 (9,09%) trabalham em regime de plantões de 12 horas semanais além do exercício pericial.

TABELA 2. Análise descritiva sobre trabalho e problemas de saúde

	Nº	%	Nível de significância &
Trabalha em outro local			
Sim	22	84,6	<0,001
Não	4	15,4	
Doenças Pré-existentes			
Sim	9	34,6	0,05
Não	17	65,4	
Queixa de saúde			
Sim	14	53,8	
Não	12	46,2	0,79
Toma Medicação			
Sim	11	42,3	0,41
Não	15	57,7	

&: Teste de comparação entre duas porcentagens

Quanto às atividades desenvolvidas, os peritos foram divididos em dois grupos: Os que exercem atividades nas Agências da Previdência Social (APS) e os que exercem atividade fora da APS.

Dos 26 peritos, 21(80,8%) exercem atividades na ponta, na APS, realizando exames periciais propriamente ditos, determinando a capacidade ou a incapacidade laborativa, exames para Pensão de Maior Inválido, serviço de reabilitação, entre outros.

5(19,2%) exercem as suas atividades fora da APS. Desses, 1(20%) exercendo o cargo de gerente geral da Gerência do INSS de Campina Grande, 1(20%) no setor de Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho (SQTV), e 3 (60%) no Serviço de Saúde do Trabalhador (SST) realizando atividades, em sua maioria, de homologação de atos dos peritos da APS: concessão de Aposentadoria por invalidez, de 02 anos de afastamento por auxílio-doença, de auxílio-acidente, de pensão ao maior inválido, de majoração de 25% na aposentadoria, entre outros.

A investigação hábitos e costumes revelou que apenas um perito é tabagista com uma prevalência de 80,8% (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$) de peritos não fumantes. Dados expostos na Tabela 3.

A tabela 3 ainda contempla os dados sobre uso de álcool, revelando que 19(73,1% $p=0,002$) peritos não ingerem bebida alcoólica e que 16(64%) peritos praticam algum tipo de atividade física, destacando-se entre elas a caminhada, referida por 5 (31,2%) peritos e musculação citada por 4(25%) peritos. 3(18,7%) peritos relataram Pilates. Atividades de aeróbica e tênis forma citadas por 2 (12,5%) peritos, cada uma. Ainda foram mencionadas: Corrida e ciclismo.

A periodicidade de atividade física predominante entre os peritos foi de duas vezes por semana, citada por 7 (43,7%) deles. 5(31,2%) relataram praticar atividades três vezes por semana e 2(12,5%) peritos citaram cinco vezes por semana. Quatro e seis vezes por semana foram relatadas apenas por 1(6,25%) perito, cada uma.

TABELA 3. Análise descritiva para hábitos e atividade física

	Nº	%	Nível de significância &
Fumo			
Sim	1	3,8	Sim VS Não
Não	21	80,8	<0,001
Ex-fumante	4	15,4	Não VS ex-fumante <0,001
Álcool			
Sim	7	26,9	
Não	19	73,1	0,002
Atividade Física			
Sim	16	64,0	0,080
Não	9	36,0	

&: Teste de comparação entre duas porcentagens.

Outra revelação importante do estudo foi o número de peritos que sofreram algum tipo de agressão (Física ou Verbal) em algum momento do desempenho de suas atividades. A maior parte dos peritos relataram ter sofrido agressão verbal (Teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$) demonstrados na Tabela 4.

Ao contrário de agressão física, onde apenas 3 peritos (11,5%) revelaram ter sofrido esse tipo de agressão (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$), também evidentes na Tabela 4.

TABELA 4. Análise descritiva sobre sofrer agressão no trabalho

	Nº	%	Nível de significância &
Verbal			
Sim	21	80,8	<0,001
Não	5	19,2	
Física			
Sim	3	11,5	<0,001
Não	23	88,5	

&: Teste de comparação entre duas porcentagens

Analisando as condições de trabalho – condições técnicas/installações físicas para o funcionamento do serviço pericial encontramos no quesito funcionamento correto da unidade uma prevalência importante de Adequado (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$). Nos demais quesitos não encontramos diferenças significativas, dados descritos na Tabela 5.

TABELA 5. Análise descritiva sobre as unidades

	Nº	%	Nível de significância &
Sistema Informatizado			
Adequado	17	65,4	0,05
Inadequado	9	34,6	
Instalações Físicas			
Adequado	13	50,0	1,00
Inadequado	13	50,0	
Funcionários de suporte			
Adequado	16	61,5	0,17
Inadequado	10	38,5	
Funcionamento Correto da Unidade			
Adequado	21	80,8	<0,001
Inadequado	5	19,2	

&: Teste de comparação entre duas porcentagens

A média de idade entre os participantes do estudo foi de 43,96 anos com um desvio-padrão de 9,58, com uma variação de 31 a 68 anos de idade, conforme demonstrado na Tabela 6.

O tempo médio de formado foi de 18,77 anos com um desvio-padrão de 9,49 anos, variando de uma valor mínimo de 3 anos para o valor máximo de 37 anos de formado.

O tempo de trabalho no cargo foi, em média, 12,35 anos com um desvio-padrão de 9,32, variando de 1 ano no cargo até 33 anos.

A carga horária média semanal de trabalho entre os peritos foi de 50,73 horas/semana, com desvio-padrão de 11,66.

TABELA 6. Análise descritiva sobre idade e trabalho

	Idade	Tempo formado	Tempo trabalho nesse	Carga horária/semanal
	(anos)	(anos)	cargo (anos)	(horas)
Média	43,96	18,77	12,35	50,73
Mediana	43,50	16,50	9,00	53,50
Desvio Padrão	9,58	9,49	9,32	11,66
Mínimo	31,00	3,00	1,00	30,00
Máximo	68,00	37,00	33,00	64,00
Percentil	25	36,75	11,75	40,00
	50	43,50	16,50	53,50
	75	47,25	23,25	60,00

Quanto ao questionário de estafa profissional (Maslach), os resultados estão descritos na Tabela 7.

Para a dimensão de Esgotamento Emocional (EE) o escore médio obtido foi de 26,58 com desvio padrão de 13,20, variando de 0,00 para 48,00. Para despersonalização (DP) a média foi de 8,19 com desvio padrão de 7,73. Com relação à realização pessoal (RP) o escore médio obtido foi 38,73 com desvio padrão de 6,53.

TABELA 7. Análise descritiva dos domínios do MBI

		EE	DP	RP
Média		26,58	8,19	38,73
Mediana		27,00	7,00	40,00
Desvio Padrão		13,20	7,73	6,53
Mínimo		0,00	0,00	23,00
Máximo		48,00	25,00	48,00
Percentil	25	18,00	0,75	34,00
	50	27,00	7,00	40,00
	75	38,00	12,50	43,25

Onde: EE=Esgotamento Emocional; DP: Despersonalização; RP: Realização Pessoal

Avaliando-se as esferas moderadas e graves em conjunto para cada dimensão, Houve uma prevalência de 80,7% para Exaustão Emocional (teste de comparação entre duas porcentagens, $p < 0,001$), demonstrados na Tabela 8.

Para o domínio despersonalização também se observa um grande numero de profissionais com risco médio a alto de desenvolver o burnout, uma prevalência de 76,9%.

Para Realização Pessoal, foram observados em conjunto os níveis baixos e moderados em 76,9%, com $p < 0,001$ quando comparados aos níveis altos, que corresponderam a 23,1% dos indivíduos que responderam ao questionário.

Por final observou-se que mais de 80% dos profissionais estão em risco de desenvolvimento da síndrome de burnout (teste de comparação entre duas porcentagens com $p > 0,001$), demonstrado também na Tabela 8.

TABELA 8. Análise descritiva dos domínios do Burnout e risco

	Nº	%	Nível de significância &
Esgotamento Emocional			
Baixo	5	19,2	Baixo VS outros
Médio	14	53,8	<0,001
Alto	7	26,9	
Despersonalização			
Baixo	6	23,1	Baixo VS outros
Médio	14	53,8	<0,001
Alto	6	23,1	
Realização Pessoal			
Baixo	5	19,2	
Médio	15	57,7	Alto VS outros
Alto	6	23,1	<0,001
Risco			
Baixo	3	11,5	
Médio	19	73,1	Baixo VS outros
Alto	4	15,4	<0,001

&: Teste de comparação entre duas porcentagens

A tabela 9 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson. Observa-se que a idade está diretamente correlacionada com o tempo de formado e tempo de trabalho no cargo. O esgotamento emocional esta diretamente correlacionada com a despersonalização e inversamente correlacionado com a realização pessoal no trabalho ($p < 0,001$). A despersonalização também está inversamente correlacionada com a realização pessoal no trabalho ($p < 0,001$).

TABELA 9. Coeficientes de correlação de Pearson

	Idade (anos)	Tempo de formado (anos)	Tempo de trabalho/cargo (anos)	Carga horária/semanal (horas)	EE	DP
Idade	1,00					
Tempo de formado	0,96**	1,00				
Tempo de trabalho/cargo	0,85**	0,89**	1,00			
Carga horária/semanal	0,05	0,09	0,09	1,00		
EE	-0,30	-0,29	-0,19	0,21	1,00	
DP	-0,31	-0,36	-0,26	-0,17	0,63**	1,00
RP	0,05	0,08	0,06	0,20	-0,50**	-0,56**

Onde: EE=Esgotamento emocional, DP: despersonalização, RP: Realização Pessoal; **:p<0,001

A tabela 10 apresenta a análise descritiva de cada um dos domínios do MBI e risco para desenvolver Burnout estratificada por local de atividades da perícia médica. Não foram observadas associações entre os domínios e os locais de trabalho (Teste de Qui-quadrado, $p>0,05$) dos peritos que exercem atividades na ponta, nas agências da previdência social – APS e os que estão fora das agências.

TABELA 10 . Análise descritiva dos domínios do Burnout e risco estratificado por locais de trabalho dos peritos

	APS	Não APS	Nível de significância ^{&}
	Nº (%)		
Esgotamento Emocional			
Baixo	4 (18,2)	1 (25,0)	0,95
Médio	12 (54,5)	2 (50,0)	
Alto	6 (27,3)	1 (25,0)	
Despersonalização			
Baixo	4 (18,2)	2 (50,0)	0,33
Médio	13 (59,1)	1 (25,0)	
Alto	5 (22,7)	1 (25,0)	
Realização Pessoal			
Baixo	5 (22,7)	-	0,56
Médio	12 (54,5)	3 (75,0)	
Alto	5 (22,7)	1 (25,0)	
Risco			
Baixo	2 (9,1)	1 (25,0)	0,50
Médio	17 (77,3)	2 (50,0)	
Alto	3 (13,6)	1 (25,0)	

[&]: Teste de Qui-quadrado

A tabela 11 apresenta a análise descritiva de cada um dos domínios do MBI e risco para desenvolver Burnout estratificada por sexo. Não foram observadas associações entre os domínios e o sexo (Teste de Qui-quadrado, $p > 0,05$) dos peritos.

TABELA 11. Análise descritiva dos domínios do Burnout e risco estratificado por sexo

	Feminino	Masculino	Nível de significância^{&}
	Nº (%)		
Esgotamento Emocional			
Baixo	1 (7,1)	4 (33,3)	0,11
Médio	10 (71,4)	4 (33,4)	
Alto	3 (21,5)	4 (33,3)	
Despersonalização			
Baixo	3 (21,4)	3 (25,0)	0,94
Médio	8 (57,1)	6 (50,0)	
Alto	3 (21,4)	3 (25,0)	
Realização Pessoal			
Baixo	4 (28,6)	1 (8,3)	0,30
Médio	8 (57,1)	7 (58,3)	
Alto	2 (14,3)	4 (33,3)	
Risco			
Baixo	1 (7,1)	2 (16,7)	0,72
Médio	11 (78,6)	8 (66,7)	
Alto	2 (14,3)	2 (16,7)	

[&]: Teste de Qui-quadrado

6. DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou uma prevalência de mulheres, casadas, com filhos e apresentando idade média em torno de 40 anos. Um terço dos peritos possuem especialização em medicina do trabalho/saúde do trabalhador. A metade do grupo relatou alguma queixa/sintoma de saúde adquirida durante o exercício da atividade laboral. A maior parte, também exerce atividade laboral fora do INSS.

Com relação aos hábitos, observa-se uma prevalência de não fumantes, que não ingerem bebida alcoólica, e que praticam alguma atividade física.

Observou-se também uma prevalência de peritos que já sofreram agressão verbal e não sofreram agressão física. A maior parte afirma que o sistema informatizado, os funcionários de suporte e o funcionamento das unidades são adequados. Já apenas metade dos peritos acham as instalações físicas adequadas.

Observa-se uma prevalência de peritos com esgotamento emocional alto e médio, despersonalização alta e média e realização pessoal baixa e média; sendo que a maioria está em risco médio de desenvolver a síndrome de Burnout. Os níveis de Burnout em cada um dos domínios e no risco geral independem do local de trabalho dos peritos.

Uma das importantes limitações em nosso estudo foi uma amostra pequena (33 peritos) com uma queda de 21% (07 peritos) restando 26 peritos. Encontramos algumas dificuldades na obtenção da resposta aos questionários, muitas vezes por afastamentos, férias, licenças-médicas e na maioria das vezes por falta de tempo. Por isso, apesar do envio inicial dos questionários por e-mail, com respostas retardadas, foi necessário a coleta presencial em várias agências da previdência Social. Não houveram muitas dúvidas quanto às respostas propriamente ditas. Apesar dessa relativa dificuldade, a taxa de resposta foi de 79%, compatíveis com as taxas de resposta encontradas na literatura, que variam entre 50,3% a 83%. (TUCUNDUVA, 2006)

Este estudo é o segundo na literatura nacional e internacional a avaliar a prevalência da síndrome de Burnout em médicos peritos da previdência social, já que uma recente pesquisa realizada no Brasil, em 2010 com publicação em 2013, foi pioneira no mundo, tratando, dentre outros, também desse tema. A referida pesquisa (CODO, 2013b), avaliou as condições de trabalho dos peritos de todo o Brasil, a saúde mental desses e o comprometimento desses trabalhadores em Burnout, resultando no livro JULGAR E CUIDAR (SAÚDE MENTAL E TRABALHO DO PERITO MÉDICO).

Este estudo transversal é importante pois permite levantar rapidamente a prevalência da síndrome de Burnout entre os peritos. É um tema relevante, a julgar pela alta frequência desta síndrome, que afeta principalmente os trabalhadores encarregados de cuidar (caregivers) como professores e profissionais área de saúde, principalmente enfermeiros e médicos.

Segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social, 2012, do Ministério da Previdência Social, o número de benefícios concedidos para profissões em geral, sob o CID Z56 – Problemas relacionados a emprego e desemprego, de forma geral (Não específico para a subcategoria Z56.3 – “ritmo de trabalho penoso” e Z56.6 – “outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho”), cresceu de 49 em 2010 para 141 em 2012 e sob o CID Z73 – Problemas relacionados com a organização do modo de vida, também de forma geral (Não específico para a subcategoria CID Z73.0 – “sensação de estar acabado”, “síndrome de burnout”, “síndrome do esgotamento profissional”), cresceu de 33 em 2010 para 105 em 2012. Apesar disso, sabe-se que muito poucos são enquadrados como acidente do trabalho ou doença relacionada ao trabalho, a partir do momento em que dos 141 benefícios registrados sob o CID Z56 em 2012, apenas 23 foram cadastrados como acidente de trabalho e desses apenas 17 com emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Sabe-se também, que muitos casos de Burnout, são registrados como outros transtornos mentais, entre eles, os mais frequentes são depressão e o próprio Stress.

Dados referentes aos afastamentos para tratamento de saúde de servidores federais regidos pela Lei 8112, entre eles os profissionais da área de perícia médica da Previdência Social, estão inseridos no SIASS - Subsistema Integrado de Apoio à Saúde do Servidor, e esse somente pode ser acessado por profissionais (médicos e dentistas) cadastrados no serviço.

Na população trabalhadora em geral, a ocorrência de Burnout, propriamente dita, tem se revelado preocupante tanto nos EUA como em outros países. FARBER,1984, citado por CODO & VASQUES-MENEZES,1999, apontou um percentual entre 10,3% a 21,6% de incidência da patologia.

Em relação ao burnout em profissionais da educação, citamos o estudo de CODO & VASQUES-MENEZES, 1999, de largo espectro, em todos os estados brasileiros, com uma população de 39.000 trabalhadores em educação (desde o pessoal do apoio administrativo, secretário, supervisor, diretor, professor, até o pessoal de limpeza), onde foram identificados 31,9% apresentando baixo envolvimento emocional com a tarefa, 25% apresentando exaustão emocional alta, e 10,7% com despersonalização alta. Nesse caso, o autor deteve-se nos níveis

altos, aqueles que definem a síndrome, revelando que os níveis moderados da escala de Maslach são difíceis de interpretar. Ainda, segundo o estudo, se perguntarmos pela incidência, em nível preocupante, de pelo menos **uma** das três sub-escalas que compõe Burnout, estaríamos falando de 48,4% da categoria, ou seja, a metade de toda a população estudada. Burnout não é apenas um fenômeno freqüente entre os educadores, é também altamente disseminado.

Com relação aos trabalhadores da área de saúde, estudos confirmam a presença da síndrome, especialmente na área médica com médicos residentes, de unidades de terapia intensiva, da área de emergência e do programa de saúde da família. (CODO, 2013b).

O presente estudo avaliou 26 profissionais peritos previdenciários, quanto ao risco da síndrome de burnout e observou-se que a grande maioria, cerca de 80% dos peritos estão a ponto de desenvolver a síndrome (índices elevados de EE e DP – moderado e alto), com um risco alto em torno de 15,4%, resultado compatível com a pesquisa com médicos de um Hospital Público de São Paulo, usando o mesmo questionário, que apresentou uma prevalência de 11% dos médicos com Burnout, com todas as suas características (EE e DE elevados e RP baixo) e com uma grande porcentagem de médicos a ponto de desenvolver a síndrome, apresentando elevados índices de EE e DE (perto de 80% entre moderado e alto), o que só não ocorreu ainda devido a grande realização pessoal da profissão. (MAGALHÃES; GLINA, 2006). No nosso estudo houve divergência quanto a realização pessoal, que se apresentou menor, apontando índices baixo e médio em torno de 76,9%.

Se considerarmos o nível elevado de Burnout nas 3 dimensões, o nosso estudo apresenta uma prevalência maior, de 15,4%, em relação ao estudo conduzido pela Universidade Federal da Bahia – UFBA e Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, entre médicos intensivistas de Salvador (TIRONI, 2010), que foi de 7,4%. Em relação a cada dimensão isolada, no nosso estudo, esses níveis foram menores, 27% para exaustão emocional contra 47,5% no estudo referido. Da mesma forma em relação a Despersonalização e Baixa realização pessoal, de 23% e 19% contra 24,6% e 28% respectivamente, no estudo de TIRONI.

O presente trabalho também aponta resultados inferiores ao trabalho com médicos residentes, nas diversas especialidades, da Universidade Federal de Uberlândia (LIMA et al., 2007), 27% na nossa amostra contra 65% de classificação alta na dimensão exaustão emocional (EE), 23% contra 62% de classificação alta na dimensão despersonalização (DE) e

19% contra 30% de classificação baixa na dimensão realização profissional (RP). A maior frequência de casos de manifestação da síndrome foi observada nas áreas de ortopedia, seguida das áreas de clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia.

Outra especialidade médica muito afetada pelo burnout é a dos pediatras. Também encontramos resultados superiores ao nosso trabalho em relação a exaustão emocional, classificação alta (83% da amostra), no trabalho com Pediatras de Hospital Público de Santa Catarina (MENEGAZ,2004) com 46,3% da amostra cogitando a possibilidade de mudar de profissão e desistir da medicina.

No presente estudo não houve correlação significativa entre carga de trabalho semanal e as dimensões da síndrome, resultado compatível com o estudo BARBOSA et al., 2012 com 67 médicos intensivistas de Maceió, concluindo que apesar da alta prevalência de SB, especialmente nos médicos que não praticam atividade física regular, os dados não indicaram qualquer correlação significativa entre carga horária e qualquer uma das dimensões da SB na amostra.

Da mesma forma, cruzando as variáveis: idade, tempo de trabalho no cargo e tempo de formado com as dimensões do burnout, não houve correlação significativa. Esse resultado difere dos estudos realizados por Palazzo, Carlotto e Aerts (2012). Na ocasião, ao pesquisar a síndrome de burnout entre servidores públicos de Porto Alegre-RS chegaram a conclusão que quanto menor a idade do participante da pesquisa, a percepção do ambiente de trabalho era pior, aumentando o índice do esgotamento emocional. Para Benenevides-Pereira (2002) a prevalência maior desta síndrome está entre trabalhadores mais jovens, sendo mais frequente entre aqueles que ainda não alcançaram 30 anos de idade. Atribuindo ao fato da pouca experiência do trabalhador, a qual acarreta insegurança, ou choque com a realidade quando este percebe que o trabalho não garantirá a realização de suas ansiedades e desejos. Dessa forma, ainda segundo o mesmo autor “a idealização, comum entre jovens trabalhadores, associa-se a expectativas elevadas, que muitas vezes não são concretizadas. Logo, a excessiva motivação, paradoxalmente, torna os indivíduos mais vulneráveis à síndrome de Burnout”.

Outras variáveis do trabalho associadas ao Burnout em algumas investigações são o tempo de trabalho e o tempo na profissão. Nos estudos de Freudenberg (1974) apontam que a Síndrome de Burnout pode ter início desde o primeiro ano que o indivíduo ingressa na instituição de trabalho. Nesse caso, o autor atribui às dificuldades do trabalhador para sua inserção no grupo, para execução das tarefas, ao sentimento de instabilidade no emprego

associada à necessidade de aceitação e reconhecimento, entre outros aspectos. Porém, estudos mais recentes, a exemplo das pesquisas de Benevides-Pereira (2002), reafirmam que “a incidência da Síndrome de Burnout aumenta com o tempo de trabalho, ora acomete os ingressantes no mercado de trabalho, devido a pouca experiência na profissão e/ou na instituição”.

Com relação ao local de trabalho, os peritos foram divididos em 2 categorias, os que trabalham nas APS (agências), na ponta, realizando perícias e os Não-APS (no SST – serviço de saúde do trabalhador), realizando atividades mais burocráticas. Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa nos níveis de burnout nos dois grupos. Ambos foram considerados preocupantes, todos com uma prevalência em torno de 80%, acreditamos que isso ocorra pelo fato desses profissionais já terem ocupado por muito tempo esse trabalho nas Aps e que a sobrecarga e a responsabilidade continua alta em qualquer local que exerça a sua atividade.

Houve correlação significativa entre exaustão emocional e despersonalização. Quanto maior a exaustão, maior a despersonalização. Ambas variando inversamente proporcional a realização pessoal, resultado compatível com o estudo de CARLOTTO & EBLING, 2012 onde a realização pessoal varia inversamente proporcional à despersonalização e ao esgotamento emocional ($p < 0,001$).

Com relação ao sexo e a prevalência dos domínios do Burnout o nosso estudo não revelou diferenças significativas, resultado compatível com o estudo com Médicos residentes da universidade de Uberlândia, onde não houve diferença estatística significativa entre as populações feminina e masculina. O mesmo foi demonstrado no estudo realizado com ginecologistas e obstetras por Gabbe et al.: No entanto, os resultados da pesquisa *Taking the Stress out of Work*, realizada pela International Stress Management Association (ISMA-BR), apresentam significância estatística para o sexo feminino e concluem que as mulheres vivem mais e melhor por quatro razões: elas têm mais facilidade para verbalizar suas emoções; têm maior conscientização de suas condições físicas e emocionais, buscando ajuda nos primeiros sinais dos sintomas; têm mais disciplina na prática regular de relaxamento; e cultivam uma crença religiosa, demonstrando mais fé.

Analisando o estudo do professor CODO e confrontando com a nossa realidade, já que faço parte do grupo de peritos médicos da previdência social, passo a realizar inicialmente uma análise do verdadeiro papel do perito previdenciário e da sua percepção sobre esse papel,

da sua relação com o segurado, com a instituição INSS e com o cliente, que nesse caso é o segurado da Previdência Social.

De acordo com o Manual de Perícia médica do INSS, o perito da Previdência Social é o profissional com a atribuição de se pronunciar conclusivamente sobre condições de saúde e capacidade laborativa do segurado, para fins de enquadramento em situação administrativa pertinente. Tem por finalidade precípua a emissão de parecer técnico conclusivo na avaliação da incapacidade laborativa, em face de situações previstas em lei, bem como a análise do requerimento dos benefícios. No que se relaciona à parte técnica, somente as conclusões médico-periciais poderão prevalecer para efeito de concessão e manutenção dos benefícios por incapacidade. Os atos médicos-periciais implicam sempre pronunciamento de natureza médica destinado a produzir um efeito na via administrativa do INSS e passível de contestação na via recursal da Previdência Social e na Justiça. Dessa forma, não se restringe à atividade do perito, necessita da conclusão administrativa. É uma atividade muito complexa.

CODO, em sua recente pesquisa, realizada em 2010 e publicada em 2013, com 307 peritos médicos de todo território nacional, que responderam a um questionário aberto e com realização de visitas e observação do trabalho em vários postos de Perícia Médica e Reabilitação Profissional, além de analisar a saúde mental dos peritos, incluindo o burnout, também analisou a percepção do perito médico sobre o seu trabalho, as relações com o INSS e a relação com os segurados. Nas respostas dos peritos encontra-se um discurso que, ao mesmo tempo em que valoriza e qualifica o trabalho do perito médico como um trabalho complexo, que requer qualidades intelectuais e grande conhecimento, associa este trabalho ao estresse, à sobrecarga e aos riscos inerentes à atividade.

“Complexo. Requer diversas qualidades intelectuais relacionadas à medicina e grande dose de conhecimentos outros para avaliação suspeita de tentativas de fraude.”

“Cansativo, exigente, estressante, ameaçador, poucos recursos para me defender e escapar dos riscos a minha integridade física, moral e mental.”

“Atividade estressante e que coloca a integridade física e emocional do medico em risco.”

“Trata-se de atividade /.../ extremamente estressante, uma vez que nos faz entrar em conflitos diários com segurados na maioria das vezes questionadores, agressivos, mal educados...”

Quanto às condições em que as atividades são desenvolvidas, assinalaram ‘trabalhar sob pressão’ do INSS, o que muitas vezes prejudica o próprio trabalho, e de ocuparem uma posição desconfortável mediando os conflitos de interesses entre o INSS e os segurados.

Ainda, Segundo CODO, quando os peritos detalham melhor esse sentimento de distanciamento entre eles e o 'INSS' o fazem a partir de uma descrição ou de um rol de atividades que caracterizam, normativamente, o papel da perícia de maneira formal, burocrática e fria. Apesar disso, os peritos reconhecem coisas boas no trabalho, como: clima de coleguismo entre a equipe, apoio das chefias imediatas, relacionamento com os colegas, possibilidade de aposentadoria, estabilidade e salário. Mas, apontam a necessidade de melhoria das condições de trabalho, diminuição da carga horária, aumento do salário, ampliação do quadro de peritos, contratação de outros profissionais principalmente para a interface com a reabilitação profissional, capacitação profissional dos peritos e de toda a equipe, melhores condições de segurança no ambiente de trabalho, melhor apoio administrativo e espaço físico com condições adequadas de trabalho, o que envolve estrutura física e equipamentos e, principalmente, maior valorização e respeito por parte das chefias e segurados. Lembrado, ainda, a necessidade de cursos e treinamentos profissionalizantes para os segurados, um dos grandes gargalos do sistema para volta do segurado em benefício ao mercado de trabalho.

A relação da perícia com os segurados é vista como estressante e carregada de amistosidade. A maioria dos peritos acredita que essa relação é tumultuada pela associação do seu papel ao papel de carrasco e é comprometida pela desinformação dos segurados. Os segurados não conhecem muito bem o que vai acontecer nem têm uma posição muito clara com relação à atividade do perito e este é visto, a princípio, como alguém que está contra eles. Apenas um pequeno número de peritos consideraram essa relação positiva.

Quanto ao que os segurados acham dos peritos, ainda Segundo CODO, existe a mesma ambiguidade. Alguns relataram que os peritos são compreensivos, atenciosos e acolhedores e outros relatam que são autoritários, mal educados e indiferentes aos problemas dos segurados.

É interessante notar que sendo os peritos médicos uma das pontas visíveis da previdência social são eles os que personalizam os problemas e as falhas da organização como um todo e apesar dos esforços, muitas vezes pessoais, a realização do trabalho se mostra aquém do desejado. As condições de trabalho não atendem as necessidades tanto em termos de recursos humanos disponíveis, quanto as instalações físicas e equipamentos.

O poder do perito, outorgado pela definição da função, sofre as restrições das leis, ou da vida. Um segurado que tenha contribuído por 11 meses e 15 dias não tem direito ao

benefício, mesmo que esteja doente e que se mostre incapaz. O tempo decorrido entre o pedido da perícia e a ocorrência da mesma impede o perito de investigar se havia ou não a incapacidade temporária. A impossibilidade física de periciar o local de trabalho, que cumpre pelo menos uma dupla função, agir preventivamente e/ou checar *in loco* as informações que muitas vezes chegam apenas pela fala do segurado, por definição nada parcimoniosa, o impede literalmente de fazer uma perícia completa. A instituição porta poder ao perito, sua função lhe garante por definição, até constatada em dicionários, o exercício do poder, o segurado implora cotidianamente e o faz sentir o poder real. De repente este poder é retirado das mãos, ou melhor, da palavra do perito por inúmeras razões.

A pesquisa ainda revela dados muito importantes na fragilidade dessa relação perito x segurado como o número de simulações por parte dos segurados, parece estar entre 2 e 5 simulações para cada 10 perícias realizadas e com relação se já sofreram ou não agressão, cerca de 88% dos peritos informaram já ter sofrido algum tipo de agressão.

Classicamente existe uma forte correlação positiva entre satisfação e comprometimento, estar satisfeito com o trabalho aumenta o comprometimento com a organização tal e qual como a insatisfação gera um descomprometimento como uma resposta de defesa àquela insatisfação. Entre os peritos, no trabalho de CODO, a situação se repete. Existe uma correlação de 0,78 (*Pearson*) entre os dois conceitos. Encontre um perito comprometido e ele provavelmente estará satisfeito. Também se sabe que existe uma correlação negativa entre carga e satisfação ou comprometimento. Entre os peritos a correlação foi de -0,335, altamente significativa, mas, menor do que seria de se esperar, provavelmente devido à baixa incidência de trabalhadores que consideraram seu trabalho pesado. Quanto a Insatisfação, chegamos a 65% dos peritos. O que temos? O INSS, sem a mínima dúvida, sofre com perda de qualidade e produtividade dos peritos. Os peritos, por sua vez, sofrem por estarem em um trabalho que os deixa infelizes,. Estamos, como se vê, perante um problema de saúde mental e trabalho

Com relação ao burnout entre os médicos peritos da previdência social, a pesquisa do professor CODO (CODO, 2013b) apresenta resultados compatíveis com a nossa pesquisa, em relação a exaustão emocional(23%) e 27% no nosso estudo e em relação a baixa realização pessoal (21%) e 19% no nosso estudo, considerado resultado preocupante pelo autor, significando que 1 em cada 5 peritos do Brasil está sofrendo de exaustão emocional. Houve diferença em relação ao nível de Despersonalização, que foi baixo (cerca de 7% da população

do estudo) em relação a nossa pesquisa, que apresentou 23% para essa dimensão.

A finalidade desse estudo epidemiológico foi mostrar que existe uma população em risco de desenvolver o burnout. Apontamos resultados preocupantes desse risco em peritos previdenciários da gerência executiva de Campina Grande. Encontramos uma prevalência (risco médio e alto) de 80,7% para Exaustão Emocional. Para o domínio despersonalização também se observa um grande número de profissionais com risco médio a alto de desenvolver o burnout, uma prevalência de 76,9%. Para Realização Pessoal, foram observados em conjunto os níveis baixo e médio em 76,9% contra apenas 23% que apresentaram alta realização profissional. Por final observou-se que mais de 80% dos profissionais estão em risco de desenvolvimento da síndrome de burnout.

Após a apresentação de todos estes aspectos podemos concluir que muito precisa ser feito no sentido de melhorar as condições de trabalho do perito e minimizar os problemas da relação de trabalho entre peritos, pares, INSS e segurados. O presente trabalho, não se propôs analisar essa relação, porém esses tipos de conflitos entre peritos, segurados e a própria instituição, afetam a relação do trabalhador com o seu trabalho.

7. CONCLUSÃO

7. CONCLUSÃO

- ✓ A prevalência da síndrome de burnout entre os peritos médicos da Previdência Social de Campina Grande-Pb foi de 84,6%;
- ✓ Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição de burnout entre os peritos que exercem atividades na ponta, nas agências da previdência social –APS e os que estão fora das agências;
- ✓ A prevalência do Esgotamento Emocional foi de 80,7%, de Despersonalização foi 76,9% e a baixa Realização Pessoal teve uma prevalência também de 76,9%;
- ✓ Não houve correlação significativa entre as dimensões do burnout e as variáveis: tempo de trabalho, tempo na função, tempo de formado, carga de trabalho e idade.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU K. L. et al. Estresse ocupacional e Síndrome de *Burnout* no exercício profissional da psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão*. Brasília, v.22, n.2, Jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932002000200004&script=sci_arttext>. Acesso em 08 fev. 2014.

ALMEIDA, E. H. R. Aspectos Bioéticos da Perícia Médica Previdenciária. *Revista Bioética*. V.19, n.1, p. 277-98, 2013. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/618/63. Acesso em: 19 set. 2013.

Anuário Estatístico da P. Social 2012, MPS, disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/scripts/10/dardoweb.cgi>, acesso em 08 jan 2015.

ARAÚJO, E.T., Perícia Médica, Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/24.htm>. Acesso em 19 set. 2013.

BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*. Porto Alegre, v.17, p. 229-232, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/2806/2634>>. Acesso em 02 Jan.2014.

BARBOSA, Fabiano Timbó; LEAO, Bruna Acioly; TAVARES, Gisélia Maria Sales and SANTOS, João Gustavo Rocha Peixoto dos. Síndrome de *burnout* e carga horária semanal de trabalho em médicos plantonistas: estudo transversal. *Sao Paulo Med. J.* [online]. 2012, vol.130, n.5, pp. 282-288. ISSN 1516-3180. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802012000500003>.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 105p.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. INSS em números/Boletim Estatístico Gerencial, Vol. 19, n 9, Setembro/2014, Brasília, DF. Disponível em: http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2014/10/Beps092014_final.pdf. Acesso em: 30 nov.2014.

BRASIL. Decreto nº. 3.048/99, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a Regulamento da Previdência Social. Diário Oficial da União, Brasília, 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em 22 nov. 2013.

BRASIL. Decreto nº7556, de 24 de Agosto de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão, das Funções Gratificadas e das Funções Comissionadas do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e remaneja cargos em comissão, funções comissionadas e gratificadas. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7556.htm>. Acesso em 22 nov. 2013

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 10 dez. 2013.

BRASIL. Previdência Social. Manual de Perícias Médicas da Previdência Social. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.cpsol.com.br/upload/arquivo_download/1872/Manual%20Pericia%20Medica%200da%20Previdencia%20Social.pdf>. Acesso em: 11 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Histórico. Brasília, 2013a. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/a-previdencia/historico>>. Acesso em 6 Jan. 2014

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Panorama da Previdência social do Brasil. Brasília, 2013 b. Disponível em: <<http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=57>>. Acesso em 19 set. 2013.

BRASIL. Previdência Social. Portal Gerência de Campina Grande, 2012. Disponível em: <<http://www.srnordeste/portalsr/gexcpg/2012/01/02/agencias/>>. Acesso em 06 Jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Auxílio-doença, 2013 c. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100701-165316-811.pdf>. Acesso em: 19 set. 2013.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003.

CARLOTTO M. S & CÂMARA S. G., Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 9, n. 3, p. 499-505, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a17.pdf>>. Acesso em 01 de fev. 2014.

CATALDI, M J G. *STRESS no meio Ambiente de Trabalho*. São Paulo: Ed. LTR, 2ª Edição, 2011.

CODO, Wanderley. Palestra: Julgar e Cuidar (Saúde mental e Trabalho do Perito Médico). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PERÍCIAS MÉDICAS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 4., 2013 a, Porto de Galinhas – PE.

CODO, W. *Julgar e Cuidar (Saúde mental e Trabalho do Perito Médico)*. Brasília, 2013 b. Disponível em: <<http://www.anmp.com.br/extranet/noticiasinterno/4169>>. Acesso em 01 dez. 2013.

CODO, W & VASQUES-MENEZES, I. O que é burnout? Educação: carinho e trabalho 2, 237-254. Brasília, 1999. Disponível em <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/jornaldoprofessor/midias/arq/Burnout.pdf>. Acesso em 09 Jan 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo>>. Acesso em: 19 set. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. Decreto Nº. 93.933 de 14 de janeiro de 1987. Estabelece os critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/normas_pesquisa_sereshumanos.pdf>. Acesso em 19 set. 2013.

FRANÇA, G. V. Parecer consulta do Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmgo/pareceres/2008/037_2008.htm. Acesso em: 19 set. 2013.

FREUDENBERGER, H.J. Staff burn-out. *J Soc Issues*. v.30, p. 159-165. 1974.

Gabbe SG, Melville J, Mandel L, Walker E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:601-12

GALVÃO, M.F. Medicina legal. Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://www.malthus.com.br/artigos.asp?id=145>>. Acesso em: 19 set. 2013.

GOMES, J. C. M. Aspectos éticos da Perícia Médica Judicial e responsabilidades do medico perito judicial. Revista Sideme. n. 4 Abr-Jun., 2010. Disponível em: <http://www.sideme.org/revista/num4/meirelles_gomes_s4.pdf>. Acesso: 19 set. 2013.

GOMEZ, C. M; COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13 n.2, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em 02 nov. 2013.

IBGE, 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=251080>>. Acesso em: 02 Jan. 2014.

ISMAEL, J. C. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: TA Queiroz, 2002.

LIMA F. D. et al. Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia-MG, 2004. Rev. Brás. Educ. Médica, Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.137 – 146, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/03.pdf>>. Acesso em 24 Nov. 2013.

MAGALHÃES R.A.C; GLINA D. M.R. Prevalência de Burnout em Médicos de um Hospital Público de São Paulo. Saúde, Ética e Justiça. São Paulo, v. ½, n.11, p. 29 – 35, 2006.; Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/sej/article/viewFile/43921/47542>>. Acesso em: 24 Nov 2013.

MASLACH C.; JACKSON S. The Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, Califórnia: Consulting Psychologists Press, 1996.

MASLACH, C. Entendendo o burnout. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, orgs. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas, 2005, p. 41-55.

MENEGAZ, F.D.L. Características da incidência da Síndrome de Burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. 2004, 86f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/87064/206663.pdf?sequence=1>>.
Acesso em 24 Nov. 2013.

MENEZES, J. S. R. Simulação em Perícias Médicas Judiciais. Brasília, DF. Disponível em <<http://www.periciamedicadf.com.br/artigos/simulacaoem%20periciasjudiciais.pdf>>. Acesso em 19 set 2013.

MUROFOSE, N.T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, São Paulo, v. 3, n.2, p. 255-261. Abr 2005.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692005000200019&lng=en>. Acesso em 20 Nov. 2013.

NAKANO, S. M. S. Parecer Consulta do Conselho Federal de Medicina nº. 037/2008. Brasília, DF, 2008. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmgo/pareceres/2008/037_2008.htm>. Acesso em 19 set. 2013.

NOGUEIRA-MARTINS L. A. Saúde mental do médico e do estudante de medicina. Psychiatry on line Brasil. v. 1 n.1 jul. 1996. Disponível em:
<<http://www.polbr.med.br/ano96/saudment.php>>. Acesso em 21 nov. 2013.

PALAZZO, LÍlian dos Santos; CARLOTTO, Mary Sandra; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. Ver. Saúde Pública. v.46, n.6, p. 1066-1073. 2012.

Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cuff A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer 1995,71:1263-69.

RODRIGUES FILHO, S. At al. Perícia Médica. Conselho Regional de Medicina, Goiânia, 2007, 480p. Disponível em:
<http://www.portalmedico.org.br/regional/crmgo/arquivos/Livro_pericia_medica.pdf>.
Acesso em 19 set.2013.

ROSA, C.; CARLOTTO, M. S. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. Rev. SBPH, Belo Horizonte. v. 8, n. 2, p.1-15, 2005.

SARRIERA, J. C. Palestra sobre Síndrome de 'Burnout'. In: CONGRESSO ESTADUAL DOS PROFESSORES DO ENSINO PRIVADO DO RIO GRANDE DO SUL, 7, 2003, Porto Alegre. Disponível em:

<<http://www.sinprors.org.br/cepep/palestraSimproburnout.doc%E2%80%8E>>. Acesso em 22 nov. 2013.

SIEGEL, S. Estatística não paramétrica. São Paulo: ED. McGraw-Hill do Brasil, 1981.

SOBRINHO, C. L. N. et al. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sócio-demográficas e condições de trabalho. Rev. bras. educ. Médica, Rio de Janeiro, v.34, n. 1, Jan./Mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000100013&script=sci_arttext>.

Acesso em 21 Nov 2013.

TIRONI M. O. S. et al. Professional Burnout Syndrome among Intensive care Physician in Salvador, Brazil. Rev. Assoc. Med. Brasileira, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 656-62, 2010.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n6/en_09.pdf>. Acesso em 24 Nov 2013.

TRIGO, T. R. et al. Revisão da Literatura Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. Psiq. Clínica, v. n34, n. 5, p. 223-233, 2007. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>>. Acesso em 21 Nov.2013.

TUCUNDUVA, L. T. C. M. et al. Síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. Rev. Assoc. Med. Bras. vol. 52 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2006.

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000200021&script=sci_arttext)

[42302006000200021&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302006000200021&script=sci_arttext) Acesso em 10 Fev. 2015.

ANEXOS

ANEXO 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECID

Eu, Lourdes Conceição Martins oriento e coordeno o projeto de pesquisa intitulado “**A INCIDÊNCIA DE BURNOUT EM MÉDICOS PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**”, da aluna de mestrado Selda Heloisa Cavalcanti do Nascimento Pereira. O objetivo deste projeto é Avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout em Médicos Peritos da Previdência Social na Gerência Executiva de Campina Grande – Pb, bem como Examinar a distribuição de Burnout estratificada por atividade exercida dentro do quadro institucional; Avaliar os níveis dessa síndrome entre os peritos e Verificar a correlação entre o tempo de trabalho e o Burnout. Serão aplicados dois questionários, um questionário sócio-demográfico para avaliar as características individuais de cada perito e o Maslach Burnout Inventory (MBI) para verificar a presença do estresse ocupacional ou Síndrome de *Burnout*.

A temática é de grande relevância social e científica, com o propósito de mostrar a importância entre trabalho/ocupação como causa de doença. Esta pesquisa almeja trazer contribuições à organização institucional através da avaliação da prevalência dessa síndrome entre os peritos, somando conhecimentos novos aos já existentes a cerca dessa patologia, que acomete inúmeras categorias profissionais, na perspectiva de contribuir para os profissionais da saúde na forma de prevenir, promover, curar e reabilitar as diversas patologias ocupacionais e entre elas, a Síndrome de *Burnout*. Também trará benefícios aos empregadores e aos próprios empregados, buscando chamar atenção dos mesmos para uma vida mais saudável e satisfatória dentro do ambiente laboral, com melhorias no clima organizacional, nos relacionamentos, na produtividade e nos resultados. Dessa forma, este trabalho propõe-se a contribuir para as estratégias organizacionais relacionadas à melhoria da qualidade de vida dos empregados.

Os participantes não serão submetidos a nenhum procedimento que gere dor, porém o preenchimento dos questionários pode causar um desconforto ou constrangimento mínimos. A participação é voluntária e os pesquisadores comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/12. Os questionários são auto-aplicados e, portanto respondidos pelos peritos sem a necessidade de um entrevistador.

Se, durante qualquer etapa do estudo houver alguma dúvida sobre as informações coletadas dos participantes, os pesquisadores responsáveis poderão ser contatados com Selda Heloisa Cavalcanti do Nascimento Pereira (0XX83-99671577); Lourdes Conceição Martins (0XX1199680552); poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unisantos. **É garantida a liberdade da retirada do termo de consentimento de participação em qualquer etapa do estudo**, e com isso as suas informações serão excluídas e destruídas e, portanto, não analisadas. Os coordenadores do projeto serão responsáveis por contatar os participantes diretamente, caso algum resultado da pesquisa seja de interesse imediato para o participante. O presente termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra em poder dos pesquisadores responsáveis.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Lourdes Conceição Martins
(PESQUISADORA)

ANEXO 2
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

- 1- Sexo: () Feminino() Masculino
- 2- Idade: _____ anos
- 3- Estado civil () casado () solteiro () Viúvo () Divorciado () Separado
- 4- Tem filhos? () sim () não Se sim, Quantos?_____
- 5- Tempo de Formado:_____ anos
- 6- Formação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Outro()
- 7- Qual sua especialidade médica?_____
- 8- Tempo de trabalho nesse cargo: _____ anos
- 9- Qual é a sua carga horária semanal de trabalho?_____ horas
- 10- Trabalha em outro local: () Sim () Não
- 11- Se Sim, Quantas horas em média por dia você trabalha além da atividade de perito?

- 12- Doença pré-existente: () Sim, Qual: _____ () Não
- 13- Possui atualmente alguma queixa de saúde: () Sim,
Qual:_____ () Não
- 14- Toma alguma medicação? () Sim; Qual: _____ () Não
- 15- Fumo: () Sim () Não () ex-fumante (tempo que parou (anos):_____)
- 16- Álcool: () Sim () Não
- 17- Atividade Física: () Sim; Qual:_____ Quantas
vezes/semana:_____ () Não
- 18- Já sofreu algum tipo de ameaça? Verbal: () Sim () Não
Física: () Sim () Não
- 19- Avaliação das condições de trabalho.

Condições de Trabalho	Adequado	Inadequado
Sistema informatizado		
Instalações físicas		
Funcionários de suporte		
Funcionamento correto da unidade		

Sugestões e considerações:

ANEXO 3
MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI

0 = nunca 1 = Algumas vezes por ano 2 = Uma vez por mês 3 = Algumas vezes por

mês 4 = Uma vez por semana 5 = Algumas vezes por semana 6 = Todos os dias

N°		nunca	Uma vez por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente devido ao meu trabalho							
2	Sinto-me cansado(a) ao final da jornada de trabalho							
3	Quando me levanto pela manhã e vou enfrentar outra jornada de trabalho sinto-me cansado(a)							
4	Posso entender com facilidade o que sentem as pessoas							
5	Creio que trato algumas pessoas como se fossem objetos impessoais							
6	Trabalhar com pessoas o dia todo me exige um grande esforço							
7	Lido eficazmente com os problemas das pessoas							
8	Meu trabalho deixa-me exausto(a)							

9	Sinto que através do meu trabalho influencio positivamente a vida de outros							
10	Tenho me tornado mais insensível com as pessoas desde que exerço este trabalho							
11	Preocupa-me o fato de que este trabalho esteja me endurecendo emocionalmente							
12	Sinto-me com muita vitalidade							
13	Sinto-me frustrado(a) em meu trabalho							
14	Creio que estou trabalhando em demasia							
15	Não me preocupo realmente com o que ocorre às pessoas a que atendo							
16	Trabalhar diretamente com as pessoas causa-me estresse							
17	Posso criar facilmente uma atmosfera relaxada para as pessoas							
18	Sinto-me estimulado(a) depois de trabalhar em contato com as pessoas							
19	Tenho conseguido muitas realizações em minha profissão							
20	Sinto-me no limite de minhas possibilidades							
21	Sinto que sei tratar de forma adequada os problemas emocionais no meu trabalho							
22	Sinto que as pessoas culpam-me de algum modo pelos seus problemas							

ANEXO 4 AUTORIZAÇÃO



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

Gerência Executiva do INSS em Campina Grande
R. João Lourenço Porto, nº 89, Centro, Campina Grande-PB
(83)3315-9173

AUTORIZAÇÃO

02/2014

O Gerente Executivo do Instituto Nacional do Seguro Social, na cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, **AUTORIZA** a execução da Pesquisa intitulada "O Trabalho da Perícia Médica da Previdência Social e a Incidência de Burnout", a ser realizada pela aluna da Universidade Católica de Santos-UNISANTOS e também perita médica previdenciária SELDA HELOÍSA CAVALCANTI DO NASCIMENTO PEREIRA, matrícula SIAPE 12122865. A pesquisa será realizada através da aplicação de dois questionários, um sócio-demográfico para avaliar as características individuais de cada perito e o Maslach Burnout Inventory (MBI) para verificar a presença do estresse ocupacional ou Síndrome de Burnout, sendo necessária a observação no disposto no inciso II, §1º do art. 31, da Lei 12.527, de 18 de novembro de 2011. A aluna acima descrita, por sua vez, fica responsável pela **PLENA OBSERVÂNCIA DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA** e pelo **DEVIDO USO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS**. Ademais, quando do término da pesquisa, deverá disponibilizar, impreterivelmente, para esta Gerência Executiva do INSS Campina Grande cópia integral do trabalho.

Campina Grande, 13 de janeiro de 2014.

Ciente das obrigações acima descritas,

Selda Heloisa Cavalcanti do N. Pereira
Dra. Selda Heloisa Cavalcanti do N. Pereira
Perita Médica da Previdência Social
Mat. SIAPE 1.112.865 Cod. 1.304.336
CRM-PB 3460

[Assinatura]
PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Proteção para o Trabalho e a Família
Elizimar Mendes Sambrato
Gerente Executivo do INSS em Campina Grande
Perita Médica Previdenciária Matr. SIAPE 08919105
R. João Lourenço Porto, nº 89, Centro, Campina Grande-PB
Tel.: (83) 3315-9173 / Fax: (83) 3315-1984