

DANIELA MARIA RAULINO DA SILVEIRA

**A SÍNDROME DE BURNOUT NA ÁREA DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A  
RESPONSABILIDADE JUDICIAL**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
MESTRADO EM CRIMINOLOGIA

PORTO – PORTUGAL  
2022



DANIELA MARIA RAULINO DA SILVEIRA

**A SÍNDROME DE BURNOUT NA ÁREA DE SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A  
RESPONSABILIDADE JUDICIAL**




UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
MESTRADO EM CRIMINOLOGIA

PORTO – PORTUGAL  
2022

Nome da Autora: Daniela Maria Raulino da Silveira.

Título da Dissertação: A síndrome de Burnout na área de saúde e sua relação com a responsabilidade judicial.

Assinatura da Aluna: 

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Criminologia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Criminologia pela Universidade Fernando Pessoa.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Carla Barros

*Dedico este trabalho à minha amada filha Maria Cecilia e à minha mãe  
Maria Raulino, pelo amor incondicional.*

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço em primeira instância a Deus, à minha amada filha Maria Cecília, à minha mãe Maria Raulino, aos meus irmãos, à minha amada Marina e à querida médica e eterna professora Eliete Araújo. Agradeço também à minha Orientadora Doutora Carla Barros.

Não poderia deixar de agradecer ao Conselho Regional de Medicina – CRM do Amapá por viabilizar o envio e recebimento do instrumento de coleta de dados.

Também estendo os meus agradecimentos a todos os médicos do Amapá, que mesmo diante de uma situação crítica de pandemia, tiraram um pouco de seu tempo para responder ao questionário de pesquisa.

À Universidade Fernando Pessoa pela oportunidade de qualificação e aprendizado adquirido com a experiência vivida no Mestrado. A todos os professores pelo conhecimento compartilhado.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste feito que é tão importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

## RESUMO

A Síndrome de Burnout caracteriza-se pelo estresse ocasionado por demandas excessivas de trabalho, que causam nos profissionais exaustão física e psicológica. O profissional que se sente estressado, fadigado e descontente com seu trabalho está propenso a cometer erros, e quando esses profissionais são da área da saúde esses erros podem ser fatais. Diante disso, este estudo tem por objetivo principal verificar a ocorrência da Síndrome de Burnout entre médicos do estado do Amapá, a relação com “erro médico” e suas implicações na análise de crimes de responsabilidade médica. O estudo foi elaborado fazendo-se uso de um conjunto de pesquisa exploratória, descritiva, com adoção de técnicas de pesquisa bibliográfica e de levantamento. O tipo de estudo adotado foi o transversal e prospectivo, com enfoque predominantemente quantitativo. Foram entrevistados 112 médicos que atuam na rede de saúde pública e privada do estado do Amapá. Os resultados obtidos apontaram que a maioria dos participantes são homens, entre 35 a 39 anos, casados, com filhos, que trabalham como clínico geral tanto na área pública quanto privada, desempenhando sua função em mais de um lugar, em regime de plantão de até 24 horas, atendendo de 5 a 20 pacientes. Apesar da maioria não ter sido responsabilizada judicialmente, os que foram tiveram que responder, principalmente na esfera civil. Desses profissionais, 55% já se sentiram vazios emocionalmente, 52% tornaram-se mais insensíveis depois que começaram a trabalhar, porém a maioria dos médicos não demonstrou insatisfação com seu trabalho, afirmando inclusive que lidam bem com os problemas emocionais vivenciados no trabalho. Por fim, destaca-se a incipiência de estudos que associem a síndrome de Burnout com aqueles relacionados a perícia criminal e processos de crimes por erros médicos. Ademais enfatiza-se a necessidade de mais estudos sobre essa temática no estado do Amapá que tragam informações acerca da taxa de incidência de Burnout entre esses profissionais, associados aos erros que possam ter vindo a cometer por sofrer com essa síndrome, pois quanto mais conhecimento estiver disponível sobre essa condição, maiores serão as chances de tratamento para esses profissionais.

**Palavras Chaves:** Doenças Ocupacionais; Burnout; Responsabilidade Médica; Criminologia.

## **ABSTRACT**

Burnout Syndrome is characterized by the stress caused by excessive work demands, which cause physical and psychological exhaustion in professionals. Professionals who feel stressed, fatigued and unhappy with their work are prone to making mistakes, and when these professionals are in the health area, these mistakes can be fatal. Therefore, the main objective of this study is to verify the occurrence of Burnout Syndrome among doctors in the state of Amapá, the relationship with "medical error" and its implications in the analysis of crimes of medical responsibility. The study was prepared using a set of exploratory, descriptive research, with the adoption of bibliographic research and survey techniques. The type of study adopted was cross-sectional and prospective, with a predominantly quantitative approach. A total of 112 doctors who work in the public and private health network in the state of Amapá were interviewed. The results obtained showed that most of the participants are men, between 35 and 39 years old, married, with children, who work as a general practitioner both in the public and private areas, performing their function in more than one place, on duty for up to 24 hours, serving 5 to 20 patients. Although the majority were not held legally responsible, those who were had to respond, especially in the civil sphere. Of these professionals, 55% already felt emotionally empty, 52% became more insensitive after they started working, but most doctors did not show dissatisfaction with their work, even stating that they deal well with emotional problems experienced at work. Finally, the lack of studies associating Burnout syndrome with those related to criminal expertise and medical malpractice crimes is highlighted. Furthermore, it is emphasized the need for more studies on this topic in the state of Amapá that bring information about the incidence rate of Burnout among these professionals, associated with the mistakes that they may have made because they suffer from this syndrome, because the more knowledge available about this condition, the greater the chances of treatment for these professionals.

**Key Words:** Occupational Diseases; Burnout; Medical Liability; Criminology.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>CAPÍTULO I – MARCO TEÓRICO</b> .....	19
1.1 Criminologia .....	19
1.1.1 Importância da criminologia.....	20
1.1.2 Perícia técnica .....	21
1.2 A Síndrome de Burnout .....	25
1.3 O “erro médico”, o Burnout e a criminalização do profissional.....	28
1.4 Estudos sobre casos de “erros médicos” e suas implicações jurídicas .....	30
1.4.1 A ação judicial mediante a ocorrência de erro médico.....	33
<b>CAPÍTULO II - MARCO METODOLÓGICO</b> .....	38
2.1 Caráter investigativo da pesquisa.....	38
2.2 Técnicas de Investigação .....	38
2.3 Tipo de estudo.....	38
2.4 Enfoque da pesquisa .....	39
2.5 População.....	39
2.6 Amostra.....	39
2.7 Amostragem.....	40
2.8 Instrumentos de coleta de dados .....	40
2.9 Procedimentos para análise dos dados.....	42
2.10 Procedimentos para a apresentação, interpretação e discussão dos resultados.....	44
<b>CAPITULO III – RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	45
3.1 Resultados da pesquisa .....	45
3.1.1 Caracterização da amostra .....	45
3.1.2 Caracterização das condições de trabalho.....	49
3.1.3 Resultados do conteúdo adaptado do inventário de Burnout de Maslach .....	53
3.1.3.1 Exaustão emocional .....	53
3.1.3.2 Despersonalização.....	59
3.1.3.3 Realização profissional .....	62
3.1.4 “Erro médico”, associação a condições de trabalho e Burnout .....	67
3.2 Discussão dos resultados.....	72
<b>CAPITULO IV - CONCLUSÃO</b> .....	77
4.1 Conclusão geral.....	77

4.2 Limitações.....	78
REFERÊNCIAS.....	79
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>86</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tipos de infrações que foram denunciadas. ....	32
Gráfico 2 - Faixa etária dos participantes. ....	45
Gráfico 3 - Sexo dos participantes. ....	46
Gráfico 4 - Estado civil. ....	46
Gráfico 5 - Se os participantes têm filhos. ....	47
Gráfico 6 - Tipo de empresa em que trabalha. ....	49
Gráfico 7 - Trabalha em outra instituição? ....	50
Gráfico 8 - Pensa em mudar de instituição? ....	50
Gráfico 9 - Pensa em mudar de profissão? ....	51
Gráfico 10 - Trabalha em regime de escala de plantão? ....	51
Gráfico 11 - Horas trabalhadas por plantão. ....	52
Gráfico 12 - Número de pacientes que atende diariamente. ....	52
Gráfico 13 - Já sofreu algum tipo de violência no trabalho? ....	53
Gráfico 14 - Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho. ....	54
Gráfico 15 - No fim do dia de trabalho sinto-me exausto. ....	55
Gráfico 16 - Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que entrar mais um dia de trabalho. ....	55
Gráfico 17 - Trabalhar com pessoas o dia todo é de fato um esforço para mim. ....	56
Gráfico 18 - Sinto-me esgotado devido o meu trabalho. ....	57
Gráfico 19 - Sinto-me frustrado com o meu trabalho. ....	57
Gráfico 20 - Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho. ....	58
Gráfico 21 - Trabalhar diretamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão. ....	58
Gráfico 22 - Sinto que estou no meu limite ("fim da linha"). ....	59
Gráfico 23 - Sinto que trato alguns clientes, como se fossem objetos, impessoais. ....	60
Gráfico 24 - Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho. ....	60
Gráfico 25 - Preocupo-me que este trabalho esteja a me "endurecer" emocionalmente. ....	61
Gráfico 26 - De fato, não me interessa o que acontece a alguns clientes. ....	61
Gráfico 27 - Sinto que os meus clientes me culpam por algum dos seus problemas. ....	62
Gráfico 28 - Consigo compreender facilmente como os meus clientes se sentem acerca das coisas. ....	63
Gráfico 29 - Lido muito eficazmente com os problemas dos meus clientes. ....	63

Gráfico 30 - Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras com o meu trabalho. .....	64
Gráfico 31 - Sinto-me muito energético. ....	64
Gráfico 32 - Consigo facilmente criar uma atmosfera tranquila com meus clientes. ....	65
Gráfico 33 - Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com meus clientes.....	65
Gráfico 34 - Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.....	66
Gráfico 35 - No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma. ....	66
Gráfico 36 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e a dimensão EXAUSTÃO do diagnóstico Burnout. ....	69
Gráfico 37 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e a dimensão DESPERSONALIZAÇÃO do diagnóstico Burnout.....	69
Gráfico 38 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e a dimensão REALIZAÇÃO PROFISSIONAL do diagnóstico Burnout. ....	70
Gráfico 39 - Participantes totais afetados pela Burnout e os que respondem processos na justiça. .....	71

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Habilidades que um perito precisa dominar. ....	22
Quadro 2 - Variáveis responsáveis por desencadear a Síndrome de Burnout. ....	27
Quadro 3 - Idade e descrição dos erros médicos citados pelos pacientes participantes. ....	31
Quadro 4 – Caracterização dos quesitos tidos como fundamentais para a responsabilização médica, perante a ocorrência do erro. ....	34
Quadro 5 – Diferenciação e exemplos de negligência, imprudência e imperícia. ....	35

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Especialidade cadastrada no Conselho Regional de Medicina (CRM). .....	47
Tabela 2 - Especialidade em que realiza sua função.....	48
Tabela 3 - Ocorrência de processos judiciais por “erro médico” e as esferas em que o entrevistado sofreu processo. ....	67
Tabela 4 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e as suas condições de trabalho.....	68
Tabela 5 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e as suas especialidades médicas. ....	68
Tabela 6 - Correlação entre variável possui ou não Burnout e variável responde processo por erro médico. ....	72

## LISTA DE SIGLAS

CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRC	Conselho Regional de Contabilidade do estado do Ceará
CRM-AP	Conselho Regional de Medicina do Estado do Amapá
ISMAR-BR	International Stress Management Association
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory - Educators Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory - General Survey
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey
SB	Síndrome de Burnout
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde

## INTRODUÇÃO

O debate acerca das doenças ocupacionais é recente, mas suas consequências já eram vivenciadas pelos trabalhadores em séculos anteriores. No período da Revolução Industrial, por exemplo, os trabalhadores ficavam sujeitos a carga horária de trabalhos excessiva, sem um período de descanso, expostos a riscos, que culminavam em doenças (Porte, 2013).

O cenário atual não se difere muito do anteriormente vivenciado pelos trabalhadores da Revolução Industrial, visto que na atualidade o crescimento econômico e o aumento da renda per capita da população estimula o consumo, que conseqüentemente aumenta a produção e concomitantemente as cobranças excessivas sobre os trabalhadores por produtividade em um tempo recorde (Porte, 2013).

Conforme esclarece Sá (2017) a atual crise financeira e a intensificação dos ritmos de trabalho criam um cenário que originará novos riscos psicossociais aos trabalhadores, que colocam em xeque o seu bem-estar e concomitantemente a produtividade das organizações. No atual século XXI as atividades profissionais passaram a representar um desafio constante devido às elevadas exigências e à grande competitividade, além das mudanças relacionadas com as transformações socioeconômicas constantes e repentinas que estabelecem regras para o comportamento, a adaptabilidade e a flexibilidade das pessoas. Tudo isso somado as constantes demandas do trabalho, da família e da vida pessoal consomem a energia e o entusiasmo dos trabalhadores. Em sua maioria este cenário resulta no adoecimento do profissional, principalmente por doenças que afetam o psicológico.

Na área da medicina, Nogueira-Martins (2003) explica que a criação de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, a influência da indústria farmacêutica e equipamentos, o mercado dos serviços médicos e a contribuição negativa que os veículos de comunicação trazem para a imagem do médico interpretações por vezes equivocada. Isso ocorre mediante as distorções que publicam sobre os erros cometidos, enfatizando-os de forma exagerada e supervalorizando as tecnologias, trouxeram consequências para os profissionais dessa área, como redução na remuneração, perda da autonomia, modificações no estilo de vida e prejuízos para a saúde desse trabalhador.

A tensão e os estresses vivenciados no ambiente de trabalho têm aumentado o índice de doenças mentais vinculadas ao trabalho, como a Síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento Profissional (Pontes, 2015). Como reação a essas condições as quais são expostos, o trabalhador passa a ter a sensação de exaustão, sobrecarga física e mental, esgotamento, e conseqüentemente dificuldade de interação social (Lima et al., 2007).

A Síndrome de Burnout de acordo com Silva et al (2017) refere-se à consequência do estresse laboral crônico, que possui relação com desordens emocionais, físicas e mentais. Trata-se de uma doença de caráter psicossocial que mais cresce no mundo e tem como fator de risco a organização do trabalho. Para os autores esta também pode ser entendida como uma doença decorrente da elevada carga de estresse imposta ao indivíduo em seu ambiente de trabalho, levando-o a um sério quadro patológico, caracterizado pela perda da motivação, do interesse, das expectativas, entre outros sintomas.

Com esse distanciamento, surge à ineficiência em executar suas funções, quando ocorre essa perda da capacidade em fazer a diferença, os profissionais se tornam menos confiantes, conseqüentemente as pessoas ao seu redor passam também a não confiar neles. Para lidar com essa nova realidade, muitos destes profissionais encontram obstáculos para se relacionar com a família e amigos, e ainda tornam frequente o uso de bebidas e drogas, até chegar ao ponto de desistir da profissão (Lima et al., 2007).

Existe ampla discussão no meio acadêmico sobre o adoecimento das pessoas devido à relação destes com o ambiente laboral (Marques et al., 2020). As demandas incessantes do trabalho, família e da vida pessoal consomem a energia e o ânimo dos trabalhadores, resultando em muitos casos em doenças que comprometem o psicológico desse colaborador, causam depressão, síndrome do pânico, distúrbios e além dessas a síndrome de Burnout (SB) ou como também é chamada síndrome do esgotamento profissional (Sá, 2017).

Segundo dados divulgados em 2017 pela International Stress Management Association (ISMA-BR), o Brasil aparece na segunda colocação com o maior número de pessoas com a síndrome de Burnout, ficando à frente da China e dos Estados Unidos, perdendo apenas para o Japão (Monteiro, 2019). Tais dados alertam para uma necessidade de se fazer estudos sobre essa temática, de modo a analisar quais as conseqüências desses números alarmantes para trabalhadores da saúde que são acometidos por tal doença, além disso, verificar os efeitos de causa e consequência para a ocorrência de erros médicos que podem estar associados a tais doenças ocupacionais.

Por sua vez, o erro médico pode ser conceituado como a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência. O primeiro diz respeito à ignorância, incompetência, desconhecimento, inabilidade e inexperiência na arte da profissão. Pode ser entendida como a situação em que o médico realiza um procedimento para o qual não é habilitado, correspondendo ao despreparo técnico e/ou prático por insuficiência de conhecimento. O segundo é tido como um descuido, prática de ação irrefletida ou precipitada

resultante de imprevisão do agente em relação ao ato que podia ou devia pressupor. É quando a conduta médica envolve riscos ao paciente, sem respaldo científico para seu procedimento. O terceiro e último, negligência, é tido como uma não prestação dos cuidados necessários ao paciente, sugerindo inação, passividade ou ato omissivo, o que implica desleixo ou falta de diligência capaz de determinar responsabilidade por culpa (Mendonça e Custódio, 2016).

Neste sentido, os erros médicos podem ser aqueles inerentes à impotência humana em situações que não estão ao seu alcance e podem ser também aqueles que poderiam ser evitados, que são da responsabilidade do médico. O erro doloso é aquele devido a um acidente que não poderia ser evitado. Acidentes em medicina normalmente são rotulados como erros e na maioria das vezes, existe a necessidade de se encontrar um culpado e determinar a intensidade da culpa. Estes erros, muitas vezes recaem sobre os médicos desmerecidamente.

Ressalta-se a premissa de que os médicos se comprometem com o cuidado, com o tratamento e com a atualização científica, mas não se comprometem com os resultados, porém os resultados não dependem apenas dos médicos. Trabalhar cuidando de pessoas é algo delicado e exige dedicação e concentração, mas ao analisar a origem dos erros, uma das explicações é o fato dos hospitais ofertarem recursos insatisfatórios para a tomada de decisão e realização de procedimentos imprescindíveis. Outra explicação é o estresse, gerado pela sobrecarga de horas trabalhadas e dedicação intensa (Viana et al., 2016).

Nesse sentido, o estresse ocupacional crônico representa a falha nas estratégias de enfrentamento que o indivíduo recorre para suportar toda carga de sofrimento que ele vivência em seu ambiente de trabalho, o que acaba gerando a ocorrência do Burnout que afeta de forma direta a capacidade do trabalhador (Maslach & Schaufeli, 2017; Marques et al., 2020).

Segundo Marques et al. (2020) o trabalho desempenhado pelos profissionais da medicina coloca na condição de pressão constante que exige elevado grau de competência e desempenho em tempo integral e isso gera estresse e sobrecarga nesse trabalhador. Esse cenário de sobrecarga, pressão, cansaço, longas jornadas de trabalho, agravam as condições de saúde psicológica dos indivíduos e podem desencadear uma doença ocupacional como exemplo, a Síndrome de Burnout.

Por isso é importante não somente realizar estudos sobre as condições de trabalho, como também da identificação do Burnout e sua relação com déficit no desempenho do profissional da saúde e o efeito de causa e consequência entre tais condições e a ocorrência do “erro médico”.

Conforme reforça Marques, Borges & Reis (2016) as condições adversas de trabalho podem causar o adoecimento físico e mental do trabalhador. Nessa premissa a Síndrome de Burnout é considerada conforme Maslach & Schaufeli (2017) como a doença ocupacional que

é a mais perturbadora do exercício profissional, pois ela leva a pessoa a se desgastar no trabalho até a ponto de exaurir-se. Ainda segundo estes autores a compreensão das relações socioprofissionais que se estabelecem no ambiente de trabalho é uma forma de entender tais elementos para fins de auxiliar o trabalhador a não chegar ao ponto extremo de exaustão fazendo usos de estratégias que evitem ou reduzam condições de trabalho com alto nível de estresse.

Marques et al. (2020) corrobora que são estudos científicos sobre o tema é que constituem a base conceitual sólida sobre o assunto e é essa base de informações que pode nortear não somente o desenvolvimento de novos estudos na área como também serve para embasar ações e estratégias para melhorar as condições de trabalho e a saúde dos profissionais que desempenham suas funções no setor da saúde.

Falcão et al., (2019) complementa que existem poucos estudos no Brasil sobre este tema direcionado aos profissionais da saúde e reforça que o conhecimento aprofundado do tema é relevante, visto que a falta de diagnóstico e tratamento precoce do Burnout pode gerar a ocorrência de graves injúrias aos trabalhadores.

Sobre a melhoria das condições do ambiente de trabalho El Kettani et al, (2017) explicam que são fatores pessoais e organizacionais que contribuem para evitar a ocorrência da síndrome de burnout.

Diante disso, tem-se a necessidade de intervenção dos gestores para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da saúde, considerando a associação entre fatores que causam a síndrome de Burnout e associado a fatores que podem interferir no trabalho e na qualidade de atendimento desses profissionais (Fernandes et al., 2018).

Um passo importante é identificar e reconhecer o Burnout, isso não é tão comum e simples quanto parece, na União Europeia, por exemplo, a Síndrome de Burnout é pouco conhecida como doença ocupacional, mesmo os países que identificam a doença, é uma identificação recente, o que leva a apresentarem poucas compensações relacionadas a doença. (Lastovka et al., 2018).

Segundo Makara-studzińska, et al (2020) assim como em outras profissões os profissionais da saúde são afetados por Burnout, associando o diagnóstico a doenças somáticas e psicológicas. A ocorrência do Burnout tem relação direta de causa e efeito com a falha nas ações adotadas para evitar ou minimizar o estresse do trabalhador no ambiente de trabalho. Todo esse quadro de baixo conhecimento e informação a respeito do Burnout somado a falta de ações de natureza preventiva do estresse, tornam o potencial de acometimento do trabalhador por tal patologia ainda maior.

É preciso gerar, disponibilizar e incentivar trabalhadores e organizações a compreender os problemas que surgem no ambiente laboral, na saúde do profissional e como isso pode afetar o seu desempenho. Em se tratando dos profissionais da saúde e da ocorrência de um “erro médico” é necessário compreender os aspectos de causa e efeito entre a doença de Burnout, a falha nas competências do médico e a forma como este é responsabilizado civilmente.

Conforme bem pontuado por Correia-Lima (2012) o tema da responsabilidade civil é um dos mais ricos e complexos do Direito moderno e o erro médico posto neste prisma de análise figura como uma das agressões mais graves ao bem jurídico da pessoa. Portanto, tratá-los em conjunto, estabelecendo suas interligações, não é uma tarefa fácil, uma vez que encaminha o estudioso a investigações em campos distintos: o campo onde o Direito opera e o campo onde o médico trabalha, sem dúvida é complexo, mas é necessário que avancemos nestes campos de conhecimento vistos de formas associados.

Sobre a responsabilidade civil, os autores modernos que versam majoritariamente no seu aspecto mais comum – a responsabilidade subjetiva –, realçam a necessidade da reparação dos danos causados. Porém a gama de aspectos que envolve essa relação é muito mais abrangente, pois tem-se a relação médico-paciente, o dano-responsabilidade, a questão moral que aponta modelos de conduta e traz as regras práticas da ação, e o dever ético. Como elencado a responsabilidade do médico pode relacionar-se a várias jurisdições quer no aspecto civil frente às jurisdições civis de ordem judiciária, quer frente às jurisdições administrativas, por meio dos estabelecimentos hospitalares públicos aos quais está ligado e onde o paciente é considerado usuário do serviço (Correia-Lima, (2012).

Nesse sentido é importante olhar o fato ocorrido por todos os ângulos, a perícia criminal deve adotar esse tipo de postura que possa refutar ou confirmar hipóteses que culminem na geração de provas factuais. Obtendo assim, a comprovação da conduta inadequada do médico resultante em erro, ou que por outro lado, exponha outros responsáveis também pelo fato ocorrido, atenuando a culpa do profissional ou mesmo o inocentando se for o caso.

Portanto, este trabalho debruçou-se a pesquisar, analisar e discutir estas questões no âmbito circunstancial dos profissionais de medicina atuantes na profissão no estado do Amapá-Brasil. Assim, o objetivo geral deste estudo pautou-se em verificar a ocorrência da Síndrome de Burnout entre médicos do estado do Amapá, a relação com “erro médico” e suas implicações na análise de crimes de responsabilidade médica. Para os objetivos específicos buscou-se: a) examinar quais as atuais condições oferecidas aos médicos do Estado do Amapá (Brasil), para o desempenho de suas funções do ponto de vista ocupacional; b) mensurar o nível de desenvolvimento da síndrome de Burnout nos médicos do estado do Amapá (Brasil); c)

verificar a relação entre processos que envolvem “erro médico” com a incidência da síndrome de Burnout entre os médicos do estado do Amapá (Brasil) e, d) averiguar do ponto de vista judicial quais prerrogativas podem justificar o trabalho do criminologista ao se considerar a relação entre as doenças ocupacionais e “erro médico”.

A justificativa do estudo embasou-se na premissa que as doenças ocupacionais vêm ocupando um papel de destaque nas populações. Entre elas, temos o esgotamento profissional que vem crescendo entre os profissionais de saúde, em especial em médicos e que necessitam de estudos de suas causas. Neste campo destaca-se a necessidade de estudos sobre uma destas doenças ocupacionais denominada de síndrome de Burnout, a qual em relação aos profissionais de saúde especificamente os médicos, vem gerando afastamento de suas atividades, também vem ganhando espaço nos casos de responsabilização judicial em casos de “erros médicos”.

Portanto, figura a importância de se conhecer o perfil de médicos, como eles lidam com a Síndrome de Burnout e as consequências desta patologia em seus atos, principalmente do ponto de vista profissional, o diagnóstico imediato ou a prevenção do Burnout é um importante fator de proteção para os trabalhadores. Atualmente busca-se somente conhecer o papel das vítimas na sociedade e os tipos de “erros médicos”, mas não há estudos suficientes para entender como o ambiente laboral pode repercutir no desfecho negativo dessas ocorrências.

Estruturalmente o trabalho é dividido além da introdução em 4 capítulos: o Capítulo I que trata do marco teórico e apresenta conceitos e a discussão teórica sobre o tema pesquisado, Capítulo II compreende os procedimentos metodológicos com descrição do desenho metodológico adotado no para elaboração e execução do estudo. No Capítulo III descreve-se os resultados e discussão da pesquisa e por fim, o Capítulo IV apresenta a conclusão onde se pontuam as considerações a partir dos resultados obtidos no estudo.

## CAPÍTULO I – MARCO TEÓRICO

Este capítulo da dissertação expõe a fundamentação teórica do trabalho fazendo a contextualização da temática abordada no estudo. Desse modo tem-se na fundamentação teórica uma explanação sucinta dos termos e conceitos vinculados ao tema cerne deste estudo.

À discussão traçada tem por finalidade esclarecer, informar e nortear o leitor sobre a temática abordada na pesquisa. Assim, tem-se a construção de uma base teórica que compreende a apresentação de textos dissertativos produzidos a partir da revisão de trabalhos científicos (livros, revistas, periódicos, jornais, artigos, etc.) que embasou a partir da ideia de outros autores todo o conteúdo desenvolvido por esta pesquisa.

### 1.1 Criminologia

A palavra criminologia tem sua origem híbrida grego-latino, seu surgimento não é consenso na doutrina. Para os estudiosos contemporâneos ela decorreu de vários atritos teóricos durante sua evolução. Deve-se levar em consideração que como ciência independente é nova mas existiu uma fase pré-científica (Menezes, 2020).

Alguns doutrinadores declaram que o iniciador da criminologia moderna foi *Cesare Lombroso* em 1876 com o livro *O homem delinquente*. Outros como *Paul Topinard* em 1879 que teria utilizado pela primeira vez a palavra criminologia, outros ainda afirmam que foi *Raffaele Garófalo* em 1885 que utilizou a palavra em um livro científico (Penteado filho, 2012 & Menezes, 2020).

Não menos importante a Escola Clássica com *Francesco Carrara* em 1859 que trouxe os primeiros aspectos da ideia. Por último o belga *Adolphe Quetelet*, que era da Escola Cartográfica de 1835, em sua publicação com o nome Ensaio de Física Social mostrava expressiva análise estatística sobre criminalidade (Penteado filho, 2012).

Na fase pré-científica existia ideais clássicos com características do Iluminismo que utilizavam dedução, e os Empíricos que usavam técnicas fracionadas como as dos antropólogos e biólogos. Dessa divisão surgia a chamada luta de escolas (Penteado filho, 2012).

Através do Iluminismo e das inúmeras críticas à legislação criminal da época, feita por expoentes como Montesquieu, Rousseau e Voltaire, deu-se início ao nascimento das chamadas Escolas Penais ou Criminológicas. A escola Clássica foi uma das que surgiu na época e contava com pensadores como Beccaria, Francisco Carrara e Giovanni Carmignani. Surgiram dessa escola duas teorias diferentes: o jusnaturalismo que fala do direito natural de Grócio e o

contratualismo de Rousseau. Seus princípios pautavam-se no livre arbítrio, na pena retributiva com base na culpa moral, restauração da ordem social, método logico-dedutivo, entre outros (Leite, 2019).

A escola Positivista tem seu início no século XIX influenciada por fisiocratas e iluministas, com três fases sendo elas: antropologia de *Lombroso*, sociológicas de *Ferri* e jurídica de *Garófalo*. Os princípios da escola são o crime como fenômeno natural e social, pena como instrumento de defesa social e método indutivo-experimental (Penteado filho, 2012).

A escola de Política Criminal ou Moderna Alemã teve como representantes Fraz Von Lizst e Adophe Prins de Von Hammel. Seus dogmas foram a pena com função de prevenção especial e eliminação das pequenas penas, crime como fenômeno humano, social e jurídico imputáveis e inimputáveis, diferenciados pela normalidade ou não e método indutivo-experimental (Leite, 2019).

### 1.1.1 Importância da criminologia

A criminologia estuda as razões da criminalidade, assim como, criminoso, vítima, conduta, delito, etc. Por seus fundadores serem médico, sociólogo, e magistrado tornam essa ciência criminológica interdisciplinar, além disso é uma ciência empírica a qual observa e experimenta (Menezes, 2020).

É necessário ressaltar que apesar do direito penal e a criminologia terem o mesmo objeto de estudo, eles não se confundem pois tem perspectivas diferentes. O direito penal vê o crime como uma conduta típica, antijurídica e culpável, enquanto que a criminologia lida como um problema social (Pureza, 2020).

Ao longo do tempo a criminologia sofreu diversas mudanças em seu objeto de estudo. Atualmente está dividida em delito, delinquente, vítima e controle social. E passa pela sociologia, psicopatologia, psicologia, religião, antropologia, política, vivendo o universo da ação humana (Menezes, 2020).

A doutrina majoritária classifica a criminologia em ciência aplicada, que se desmembra em criminologia geral e criminologia clínica. A criminologia geral organiza, confronta e classifica os efeitos acerca do objeto de estudo da criminologia, já a criminologia clínica usa os conhecimentos teórico para tratar os infratores (Penteado filho, 2012 & Pureza, 2020).

Alguns outros doutrinadores dividem a criminologia em criminologia científica que são os objetos da criminologia (crime, criminoso, vítima etc.), criminologia analítica que verifica se há a execução das ciências criminais e da política criminal, criminologia acadêmica que

verifica a organização de princípios e regras para fins educacionais e por fim, a criminologia crítica ou racional que rejeita o capitalismo e vê o infrator como vítima social (Penteado filho, 2012).

A criminologia tem vários métodos utilizados, que são os biológicos, sociológicos, experimental, naturalístico e indutivo, além dos estáticos e históricos. Por conta de vários métodos se diz que seu objeto de estudo é amplo. Tem por finalidade fornecer a informação sobre o crime e os demais objetos do estudo e ainda demonstrar o controle e prevenção (Pureza, 2020).

A principal função da criminologia é a união de vários conhecimentos que levam ao entendimento de determinados problemas que envolvem a criminalidade, tendo como foco a prevenção e intervenção de um de seus objetos que é o autor do fato criminoso (Penteado Filho, 2012).

Nesse aspecto, o agente que analisa a causa do crime é o criminólogo, o qual irá analisar as causas e os motivos que levaram ao delito, não se restringindo apenas ao fato de forma isolada, mas sim realizando um diagnóstico do delito, assim como do criminoso. Classificando o tipo de crime cometido, e como se trata de um estudo amplo, envolve desde a análise do entorno do local do crime, do delinquente e até mesmo as causas pelas quais o fizeram cometer o crime (Conceição, 2018).

De modo geral, a criminologia possui papel importantíssimo no que tange a prevenção do delito, pois por meio de seu método técnico possibilita o diagnóstico e a busca de forma mais realista dos problemas de criminalidade não apenas em um bairro, ou cidade, mas no país, oferecendo informações confiáveis e válidas ao poder público para que possam promover políticas criminais específicas para cada situação (Calhau, 2009).

### 1.1.2 Perícia técnica

O termo perícia origina-se do latim *peritia*, que quer dizer conhecimento obtido por meio das experiências vivenciadas (Hoog, 2013). No dicionário de Sacconi (2009), perícia significa destreza, habilidade e vistoria técnica. Sua origem, advém desde os tempos em que a humanidade iniciou o processo de conviver em sociedade (Pereira, 2006). Inclusive na Índia, a pessoa que tinha influencia na sociedade era responsável por comanda-la, e detendo desse controle tinha o poder para julgar, agir como perito, juiz e até executor, uma vez que era ele que tanto examinava/realizava o julgamento, quanto escrevia as leis e as executava (Alberto 2002, *cit. in* Maia, 2018, Pereira, 2006).

Outras civilizações como a grega e a egípcia também já desenvolviam essa atividade (Alberto, 2002 e Zanna, 2007, *cit. in* Maia, 2018), porém foi na Antiga Roma que de fato o exercício pericial apresentou semelhanças com os atualmente empregados, pois nesse período existia o papel do arbiter, ou seja, a pessoa que tanto julgava quanto atuava como perito (Aguiar et al., 2014).

A separação das funções de juiz e de perito só ocorreu com as legislações da era moderna, essa ação foi vista como um grande avanço devido não se permitir mais que a pessoa que julga também fizesse o papel de perito (Maia, 2018). Nesse contexto, o perito é o profissional especializado que possui habilitação legal para exercer a atividade pericial (Mazaro, 2020).

A perícia, por sua vez, busca analisar, esclarecer, verificar ou apurar fatos, objetos de litígio ou processos, de modo que possa determinar as causas motivadoras dessas ações, e assim auxiliar o juiz na tomada de decisões (Pereira, 2006).

Por essa razão, o perito, não deve trazer em seus relatos apenas informações baseadas em seus conhecimentos científicos, fazendo-se necessário a incorporação de informações que tragam as consequências e o valor do fato ocorrido, assim o diagnóstico e prognóstico desse profissional não pode ser visto somente como meio de prova (Silva, 2010).

Nessa premissa, o perito deve possuir uma gama variada de habilidades, como: adaptabilidade, responsabilidade, criatividade, conhecimento da área, capacidade de decisão, honestidade, dentre outras que poderão ser melhor visualizadas e entendidas no Quadro 1.

Quadro 1 - Habilidades que um perito precisa dominar.

Habilidades	Descrição
<b>Adaptabilidade</b>	O profissional precisa ajustar suas estratégias com base nas situações cotidianas para que possa se encaixar a realidade analisada.
<b>Responsabilidade</b>	Nesse âmbito, errando ou não no laudo realizado o perito será responsável.
<b>Criatividade</b>	É necessário moldar-se a situação, então não podem ter apenas uma solução para todos os casos, é preciso criar novas ideias, assim como novas soluções para os problemas a serem desvendados quantas vezes forem necessárias.
<b>Conhecimento da área</b>	Primeiramente o perito precisa ser especialista na área que pretende atuar, e buscar constantemente aprimorar e desenvolver seus conhecimentos.
<b>Capacidade de decisão</b>	O perito precisa ser capaz de tomar decisões de forma clara, com rapidez e de forma eficiente.
<b>Experiência</b>	“O Perito usa a sua experiência para tomar decisões mais rápidas ou mais lentas, dependendo de cada caso”.
<b>Conhecimento do que seja relevante</b>	O perito possuindo experiência na área terá a capacidade de evidenciar as informações que possuem relevância para o caso e subtrair o que é irrelevante.
<b>Metodologia</b>	Para tomar uma decisão precisa o perito precisa trabalhar levando em consideração a avaliação de problemas dentro de critérios metodológicos rigorosos.
<b>Percepção</b>	É preciso que o perito seja capaz de extrair do objeto que irá analisar informações que outras pessoas não conseguiriam perceber. Exatamente por

	possuir conhecimentos técnicos que lhes permite avaliar e analisar situações difíceis e confusas.
<b>Aparência pessoal</b>	“O Perito deve cuidar de sua aparência pessoal, de forma a transmitir a imagem de que é zeloso a partir de sua apresentação pessoal”.
<b>Autoconfiança</b>	O perito precisa ter conhecimento necessário para executar suas funções, mas, mais que isso transparecer para as outras pessoas esse conhecimento de modo a passar confiança em suas decisões.
<b>Bom-humor</b>	Devido lidar em alguns casos com o público, esse profissional precisa ter um bom relacionamento com as pessoas, propositando transmitir uma boa imagem de sua atividade.

Fonte: Adaptado do Conselho Regional de Contabilidade do Estado do Ceará (2020, p. 1).

Essas habilidades são importantes pois facilitam o trabalho do perito, auxiliando-o em suas funções diárias. No mais o perito precisa atualizar-se constantemente, buscando conhecer as novas técnicas e procedimentos da área em que atua (Silva, 2019).

Outro ator importante dentro do processo de perícia é o assistente técnico, o qual é nomeado pela parte interessada e terá como função assistir o perito em todas as investigações e operações a executar (Crc, 2020). Nesse aspecto, a diferença básica entre esses dois profissionais é que o perito é nomeado pelo magistrado, e terá como função elaborar um laudo sobre uma determinada área levantada pelo juiz. Diferente do assistente técnico, que é escolhido por uma das partes e terá como função escrever um parecer técnico (Pereira, 2006), fazendo uma análise crítica em relação ao laudo pericial desenvolvido pelo perito.

Ambas as funções (perito e assistente técnico) são importantes, porém, o perito é fundamental para que os processos sejam julgados corretamente, haja vista, sua atuação ajudar o magistrado a ser imparcial e a respeitar os aspectos legais (Guedes, 2011).

A perícia pode ser do tipo judicial ou extrajudicial, quando se fala em natureza do processo. Assim, a perícia judicial pode ser determinada pelo juiz ou solicitada pelas partes interessadas já em litígio. Já a perícia extrajudicial é desenvolvida fora da tutela do judiciário, ou seja, ainda não estão em litígio, logo esta é solicitada pela parte interessada ou em consenso entre as partes (Crc, 2020).

Quando se fala em natureza dos fatos, as pericias abrangem diversas áreas, então podem ser de diversos tipos, como: perícia criminal, perícia ambiental, perícia de engenharia, perícia tecnológica, perícia médica (Instituto Politécnico de Ensino a Distância, 2020) e dentre outras a perícia trabalhista.

Nos processos que envolvem erro médico, por exemplo, o magistrado pode vir a solicitar os serviços de um perito, pois de acordo com Stival (2019) é comum os pacientes que ao serem submetidos a algum procedimento médico se sentirem lesados mediante a ocorrência de algum dano, e por essa razão solicitarem junto a justiça indenizações por danos morais, materiais e estéticos.

Todavia, tanto a vítima quanto o réu podem munir-se de documentos e provas que comprovem sua inocência, e como o magistrado não possui conhecimento na área médica, pode este vir a buscar a verdade dos fatos por meio da perícia médica, que inclusive “[...] é o principal meio de prova nas ações que versam sobre má prática médica” (Leal & Milagres, 2012, p. 84).

De acordo com Campos e Oliveira (2010) o número de profissionais habilitados, com competência para atuar na área de perícia médica é insuficiente. Em locais mais distantes das capitais dos estados essa situação se agrava, pois ou o profissional a ser nomeado é conhecido das partes ou não possui a especialidade necessária para desempenhar a tal função, o que obriga a busca pela contratação de um profissional de fora da cidade.

O perito em algumas situações não precisa ter nível superior ou especialização na área, como no caso da análise pericial em um veículo, o qual um mecânico pode resolver, no entanto, em outras situações, como as perícias na área médica, no caso de doenças mentais ou físicas é fundamental que o perito possua uma qualificação especializada vinculadas ao objeto da perícia (Campos & Oliveira, 2010).

Nesse aspecto, a Síndrome de Burnout que acomete profissionais de diversas áreas, em especial aqueles profissionais que possuem uma relação direta e recorrente com outras pessoas (Maslach et al., 2001), como os médicos, tem como principal instrumento de identificação/diagnóstico dessa doença a perícia médica (Batista et al., 2011).

Para tanto o médico perito precisa analisar o quadro clínico do periciado, levando em consideração a anamnese, exame físico, além da análise de documentos complementares apresentados para fechar o diagnóstico (Secretaria de Estado da Administração pública do Distrito Federal, 2013).

No entanto, para que o perito consiga identificar se o periciado tem a SB, é preciso que esse perito tenha conhecimento suficiente sobre a SB, pois de acordo com um estudo realizado com profissionais do quadro de perícia médica da Junta Médica Municipal da Cidade de João Pessoa, 75% desses profissionais desconheciam a Síndrome de Burnout e não tinham conhecimento da portaria que inclui a SB como uma doença ocupacional, além de nenhum dos participantes terem passado por alguma capacitação que pudesse auxiliá-los no diagnóstico da síndrome, não terem realizado nenhum diagnóstico a respeito e nem conhecerem algum profissional que tenha feito (Batista et al., 2011).

Os dados levantados mostram a dificuldade que alguns profissionais da área de perícia médica têm em identificar a doença, o que pode acarretar em falhas na elaboração dos laudos a serem apresentados para o juiz e conseqüentemente na pena injusta a ser dada ao médico que por estar acometido pela doença veio a falhar em seu trabalho.

## 1.2 A Síndrome de Burnout

O trabalho para o homem apresenta-se como uma necessidade e que só por meio da realização dessa necessidade a vida passa a ter sentido. Nessa premissa, as novas abordagens teóricas sugerem que a definição de trabalho aborde as experiências de convivência sadia, com respeito, compromisso e que resultem em uma boa qualidade de vida para o trabalhador (Silva, 2000).

É no ambiente de trabalho que muitos indivíduos passam boa parte de suas vidas, é no exercício da sua função laboral que o cidadão constrói sua identidade, experimenta situações nunca antes vivenciadas. É também onde as relações interpessoais são formadas e o espírito criativo é desenvolvido, porém esse ambiente é o local onde o indivíduo pode adoecer a depender de uma diversidade de fatores referentes às suas condições de trabalho (Rios, 2008).

Isso acontece porque os valores humanos estão sendo sobrepostos aos econômicos, notando-se, que o trabalhador está se sobrecarregando, ultrapassando as horas trabalhadas, levando trabalho para casa e sem receber a mais por isso, a divisão das tarefas do trabalho acontecem de forma nada igualitária, além de uma dedicação exagerada a atividades que de modo geral não agregam, nem acrescentam nada a carreira profissional (Lima et al., 2007).

No meio hospitalar, o excesso de trabalho, os salários pouco entusiasmantes, as condições de trabalho degradantes e o contato próximo dos médicos com os pacientes que estimulam o surgimento de emoções e conflitos, deixa os trabalhadores mais vulneráveis a sofrimentos psíquicos, e esse estresse gerado, acarreta no adoecimento desse trabalhador (Rios, 2008). Outros aspectos como as expectativas que os pacientes têm quanto à infalibilidade dos serviços médicos, além de suas atitudes morais e éticas também são fatores que geram tensão nesses profissionais podendo desenvolver nos indivíduos doenças ocupacionais tais como, a Síndrome de Burnout (Menegaz, 2004).

Devido a importância do tema, diversos são os autores (Maslach & Jackson, 1981, Lima et al., 2007, Carlotto & Câmara, 2007, Rios, 2008, Marques et al., 2020) que ao longo dos anos vem realizando estudos sobre a relação saúde e trabalho, não apenas no campo da saúde ou assistência social, mas em áreas educacionais, policiais e outras áreas em que a síndrome de Burnout faz vítimas.

Mas a visão que se tinha da Síndrome de Burnout era bem diferente em tempos passados, como descreve Maslach, Schaufeli e Leiter (2001, p. 397):

O poder evocativo do termo burnout para capturar a realidade das experiências das pessoas no local de trabalho é o que o tornou importante e controverso no campo da pesquisa. Como “linguagem do povo”, o

esgotamento estava mais fundamentado nas complexidades do relacionamento das pessoas com o trabalho e dava nova atenção a alguns aspectos dele. No entanto, o burnout também foi ridicularizado inicialmente como "psicologia pop" não-acadêmica. Ao contrário de outras pesquisas no local de trabalho, que usavam uma abordagem de cima para baixo derivada de uma teoria acadêmica, a pesquisa de burnout inicialmente utilizou uma abordagem de baixo para cima ou "de base" derivada de experiências de trabalho das pessoas. A princípio, as origens populares e não acadêmicas do burnout eram mais um passivo do que uma vantagem. (...)

Nesse contexto, os primeiros artigos sobre a Síndrome de Burnout surgiram em 1970 nos Estados Unidos, os quais objetivaram caracteriza-la mesmo que de forma básica, nomeá-la e deixar claro que não se referia a uma resposta incomum. Inclusive essa pesquisa teve como objeto de estudo pessoas que trabalhavam em serviços sociais e médicos (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

De acordo com Pires et al. (2012, p. 131) a Síndrome de Burnout foi descrita pela primeira vez por Freudenberger entre 1974 e 1975, que a descreveu "(...) como a exaustão advinda do excesso de demandas de energia, força ou recursos". Freudenberger era um psiquiatra que desempenhava suas funções em uma agência de saúde alternativa. Em seus artigos o autor fez relatos dos sintomas sofridos por ele e outros profissionais do local em que trabalhavam, evidenciando o esgotamento emocional, perda de motivação e comprometimento, posteriormente titulando esses sintomas como Burnout (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), um termo advindo do inglês que se refere a algo que deixou de funcionar por não ter mais energia (Fernandes, 2014).

Embora Freudenberger tenha sido o pioneiro na formulação de material científico sobre Burnout (Pires, et al., 2012), foi Maslach e Jackson (1981) que aprofundaram os estudos acerca dessa temática, conceituando-a como uma síndrome psicológica que decorre de estresses advindos do ambiente de trabalho, que provoca exaustão física e psicológica. A pesquisa inicial feita por essas autoras, teve como público alvo profissionais da área de assistência e serviço, na qual foram entrevistados diversos trabalhadores a respeito do estresse emocional vivenciado em seus trabalhos, identificando posteriormente que "(...) as estratégias de enfrentamento tinham implicações importantes para a identidade profissional e o comportamento no trabalho das pessoas" (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001, p. 399).

Como forma de mensurar a ocorrência da Síndrome de Burnout, Maslach e Jackson (1981) criaram um instrumento chamado Maslach Burnout Inventory (MBI), o qual possui três dimensões, que tem como propósito diagnosticar se o indivíduo a ser entrevistado possui a síndrome. Nesse contexto, as dimensões são: 1) Exaustão emocional (esgotamento) - o indivíduo sente-se frustrado, tenso, irritado e sem energia para trabalhar e lidar com os colegas de trabalho e pacientes. 2) Cinismo ou despersonalização - o profissional apresenta sentimentos

negativos, atitudes nas quais mostra estar desinteressado, frio e distante em relação ao trabalho, colegas e pacientes. 3) Baixa realização pessoal no trabalho: nesse caso o colaborador sente-se incompetente, como se tivesse perdido a capacidade em desenvolver o seu trabalho e conseqüentemente gerando duvidas nos colegas de trabalho quanto sua capacidade em executar suas funções (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Com a ampliação dos estudos acerca da Síndrome de Burnout, não somente na área dos serviços humanos, mas em outras áreas, versões do MBI-Serviços Humanos (MBI-HSS) destinada aos profissionais da área da saúde e serviço social foram criadas. Assim a segunda versão, foi a MBI-Educators Survey ou MBI-ES, a qual objetivava atender os profissionais da área educacional. E a terceira, que pode ser aplicada a uma gama de profissionais, caracterizada como versão geral, foi o MBI-General Survey ou MBI-GS (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

De acordo com Benevides-Pereira (2002) alguns estudos empíricos e teóricos vêm sendo realizados para identificar quais variáveis podem ser responsáveis pelo acometimento do estresse e da Síndrome de Burnout, estas que podem ser observadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis responsáveis por desencadear a Síndrome de Burnout.

Variáveis	O que é analisado
<b>Características pessoais</b>	Observa-se se o indivíduo possui baixa autoestima, se é controlador, impaciente, perfeccionista, e dentre outros fatores se é muito exigente, não só com ele, mas com as outras pessoas.
<b>Características organizacionais</b>	É analisado o excesso de normas as quais está sujeito, burocracias, se o colaborador corre riscos físicos e mesmo de vida, o clima organizacional, se a comunicação é eficiente e se existe a possibilidade ou não de crescimento dentro da instituição/empresa.
<b>Características do trabalho</b>	Analisa-se se as condições de trabalho são precárias, as relações de conflito entre os colaboradores, excesso de cobranças, se realiza trabalhos que vão de encontro com seus ideais, falta de feedback sobre o trabalho desempenhando, dentre outros.
<b>Características sociais</b>	Verifica-se a ausência de apoio familiar e social, aspectos relacionados aos valores éticos e culturais do próprio indivíduo e o esforço em tentar manter um <i>status</i> social quando não dispõe do salário que anteriormente possuía.

Fonte: Adaptado de Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), Benevides-Pereira (2002) e Silva et al. (2017).

Dentre as variáveis citadas a referente às características pessoais, no qual inclui faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil, filhos e personalidade não são fatores que de fato podem desencadear a síndrome de Burnout, isso porque, a SB tem mais a ver com o ambiente

laboral, do que com características individuais do trabalhador (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Benevides-Pereira, 2002).

Os sintomas dessa síndrome se enquadram em quatro categorias, que são: a) físico: que envolve problemas de insônia e respiratórios, dores musculares, problemas gastrointestinais, dores de cabeça e disfunções sexuais. b) psiquiátrico: nesse item os sintomas são falta de atenção, concentração, baixa autoestima, depressão, paranoia, impaciência, dentre outros. c) comportamental: nesse caso inclui-se excesso de agressividade, dificuldade de relaxar, aumento do consumo de bebidas e drogas, irritabilidade e comportamentos arriscados, e e) defensivos: tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho e até mesmo pelo lazer, absenteísmo, ironia e cinismo (Benevides-Pereira, 2002).

O tratamento envolve a psicoterapia, na qual pode ser incluso o uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos, passando a ter resultado, dependendo do caso, entre um e três meses (Neves, 2019). Outras medidas também auxiliam no tratamento, como a prática de exercícios físicos, ter momentos de lazer e tirar férias (Monteiro, 2019). O mesmo autor elucida que o diagnóstico precisa ser feito com um profissional qualificado que irá identificar se de fato aquele trabalhador tem a doença, nesse caso o profissional mais indicado é o psiquiatra ou o psicólogo.

Segundo posto pelos autores quando não decorre tais procedimentos, a possibilidade de um profissional ser punido sem ao menos considerar seu estado de doença por Burnout é alta, tal cenário é não só nocivo a condição profissional do médico como também é injusto do ponto de vista da garantia de boas condições de trabalho como um direito humano. Conforme discute-se no subponto a seguir as relações entre “erro médico, Burnout e criminalização profissional são mais comuns de acontecer do que se imagina. O ponto central é estarmos preparados para identificar, lidar, solucionar e evitar esse tipo de problema.

### **1.3 O “erro médico”, o Burnout e a criminalização do profissional**

A responsabilidade profissional quanto à situação do erro médico sempre foi um ponto sensível de análise pela complexidade do envolvimento e ligação de áreas distintas como a medicina, o direito e a essência (ética e moral) da própria natureza humana que é passível de falhas, erros e equívocos. Segundo Destro (2014, p.9) “(...) a questão da responsabilidade penal dos médicos por eventos lesivos a pacientes é tão antiga quanto o Direito e a Medicina”.

De fato, já na Roma Antiga houve registros da severidade das leis sobre o erro médico, contexto no qual o medo da punição levou ao abandono e falta de interesse pela profissão e a

cura das enfermidades passou a ser realizada por escravos que não tinham como fugir de tal obrigação e por médicos trazidos de outras cidades como Alexandria e Grécia (Moraes, 1996).

Cenários como estes acabaram por banalizar a prática da medicina o que resultou em anos de desafios para se restaurar o valor da medicina como uma ciência séria e fundamental para manutenção da saúde humana, bem como, alicerçou o surgimento de uma área específica do direito que normatiza a responsabilidade penal médica.

A respeito do erro médico e sua responsabilidade penal Cintra (2012, p. 06) descreve que:

“O dever inerente à arte médica de fazer escolhas, dentre as diversas alternativas que se abrem no campo da técnica, insere-se em um cosmo de complexidades e erros ocorrem, sem que, necessariamente, estejam acompanhados de negligência, conduzindo a sérias debilidades ou mesmo à morte. A possibilidade de tais fatalidades estará presente na atividade diária de cada profissional. É necessário um sistema atento não só para a garantia da reparação, como também para a garantia do exercício criativo da profissão. (...)”.

Diante do exposto fica evidente que a discussão sobre erro médico, aspectos legais, responsabilidade penal e punição não é algo novo e tão pouco que na atualidade é desnecessário, longe disso, as condições de trabalho e desenvolvimento de doenças ocupacionais deram ainda mais ênfase para novas demandas que surgem à luz do direito civil e da criminologia que a depender do ponto de vista a ser observado, a exemplo o erro médico associado a condições de trabalho e doenças ocupacionais, pode implicar na mudança da aplicação da penalidade, uma vez que o médico pode ser a vítima e não o culpado/criminoso.

Nesse Sentido Moraes (1996) discorre que o erro médico deve ser tratado como o possível erro que pode ocorrer em qualquer profissão como foi defendido por Santo Agostinho, isso não significa admitir incompetência, negligência ou imprudência, ao contrário disso na admissão da possibilidade do erro todo médico assume o compromisso de cumprir sua função com máxima qualidade, desde que lhes seja dado todas as condições profissionais necessárias para fazê-lo.

No Brasil conforme exposto por Destro (2014) o Direito Penal Médico carece de estudos aprofundados no que concerne à responsabilidade penal dos médicos, mediante a tantas controvérsias que versam acerca do exercício da medicina e a limitação do direito sobre a evidenciação de crime, aplicação de penalidade e punição do médico especialmente no que tange a comprovação ou não da culpa. Desse modo, o principal desafio da comunidade jurídica quanto à problemática da responsabilidade médica gera em torna de eliminar as subjetividades e ampliar juridicamente o que pode ser utilizado como prova para ratificação ou não do dolo.

Desse modo, os estudos de casos sobre “erros médicos” e suas implicações jurídicas são apresentados no subponto a seguir, o qual é constituído da narrativa de casos e estatísticas sobre o tema com destaque para o Brasil. Enfatiza-se os desdobramentos dos casos estudados e a situação dos profissionais de medicina mediante aos processos enfrentados por “erro médico” postos como crime de responsabilidade.

#### **1.4 Estudos sobre casos de “erros médicos” e suas implicações jurídicas**

Milhares de pessoas todos os anos são acometidas por erros médicos, os quais muitas vezes são fatais, e atingem, em sua maioria, pessoas que ocupam as classes mais pobres do país (Organização Mundial da Saúde, 2010). Couto et al. (2018) enfatizam que das 19.432.818 pessoas tratadas em hospitais do Brasil em 2017, 1.299.540 sofreram pelo menos um imprevisto que poderia ou não incluir erro médico, 329.338 pessoas foram acometidas por pelo menos um evento adverso grave, o qual tinha o risco de morte, e pelo menos 54.769 pessoas tiveram suas vidas interrompidas por conta de erros médicos, o que se refere a seis pessoas por hora, sendo que pelos menos quatro delas poderiam ser evitadas.

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2018, cerca de 7,5 pessoas morreram por hora no Brasil decorrente de mortes violentas intencionais (Lima & Bueno, 2018), assim, o número de pessoas que morrem por erro médico no país, está em um nível bem próximo das mortes causadas por violência. Os dados mostram que existe uma demanda urgente por tratar com maior seriedade o assunto o que implica em entender os cenários onde ocorre o possível erro médico, bem como, os fatores que podem influenciar ou não no aumento ou redução dessa estatística.

Essas falhas, erros médicos ou eventos adversos identificados por Couto et al. (2018) referem-se a: problemas como erro de dosagem, aplicação de medicamentos, pneumonias, as septicemias, infecção do trato urinário, infecção de sítio cirúrgico, até o uso incorreto de equipamentos.

As causas motivadoras desses erros, na concepção de Correia-Lima (2012) estão vinculadas a precariedade dos serviços de saúde no Brasil, ou seja, falta de recursos humanos e materiais necessários para o exercício da profissão, além da deficiência na formação desses profissionais, o número exagerado de universidades com cursos de medicina, a baixa remuneração recebida que os obriga a atuar em vários locais de trabalho, e dentre outros a quantidade significativa de pacientes que chegam a atender em um plantão.

Em um estudo realizado por Maia et al. (2018) que buscavam descrever os erros/eventos adversos relacionados com a assistência à saúde resultante em óbito no período de 2014 a 2016, apontou que dos 63.933 eventos adversos registrados, 0,6% (417) evoluíram para óbito, sendo que a maior parte dos pacientes eram adultos ou idosos. Esse estudo ainda frisa que São Paulo, Paraná e Minas Gerais foram os destaques dessas notificações, e que o estado do Amapá foi o único que não apresentou casos de óbito no período desse estudo.

Caligari (2018) destaca em sua publicação dois casos de erro médico, o primeiro ocorrido em Sergipe, no qual a paciente de 65 anos veio a óbito após passar por um processo cirúrgico de retirada da tireoide, que por ventura estava saudável (informação atestada por meio de biópsia). E no segundo caso, um homem foi diagnosticado erroneamente com epididimite do lado direito, sendo que na verdade ele tinha torção do cordão espermático. Esse erro culminou na retirada de seu testículo, que posteriormente resultou em um processo por parte desse senhor que ganhou na justiça um valor referente a R\$ 70.000,00 por danos morais.

Na reportagem feita por Sobrinho (2018) este traz o caso da senhora Kelly de Paiva, que na justiça solicita punição ao hospital Santa Cecília, localizado na zona oeste de São Paulo, por erro médico, imperícia, imprudência e descaso, já que seu esposo deu entrada nesse hospital com dores no peito, nas costas, e já sem sentir a perna e o braço esquerdo. Após esperar uma hora na triagem foi diagnosticado com gastrite infecciosa, foram passados remédios e dada alta. Não passados os sintomas retornou ao hospital no outro dia onde foi novamente medicado e liberado, no terceiro dia vomitando sangue foi que descobriram que ele estava com derrame pericárdico, posteriormente ocorreu o rompimento da veia aorta do abdômen e no início da manhã veio a óbito.

Outros casos foram relatados por Mendonça e Custódio (2016), no qual, entrevistaram 12 pessoas que haviam sido vítimas de erros médicos em São Paulo e Rio de Janeiro. Dentre os erros médicos apontados pelos participantes estão: cegueira, operação de membro errado, dentre outros que podem ser observados no Quadro 3.

Quadro 3 - Idade e descrição dos erros médicos citados pelos pacientes participantes.

Idade	Descrição do erro médico
61 anos	Fez cirurgia de catarata e a paciente ficou cega.
56 anos	Faltou médico responsável no parto.
30 anos	Operação de membro errado.
55 anos	Procedimento dermatológico inadequado.
33 anos	Prótese colocada inadequadamente.
72 anos	Aplicação da anestesia em local inadequado.
36 anos	Operação de órgão errado.

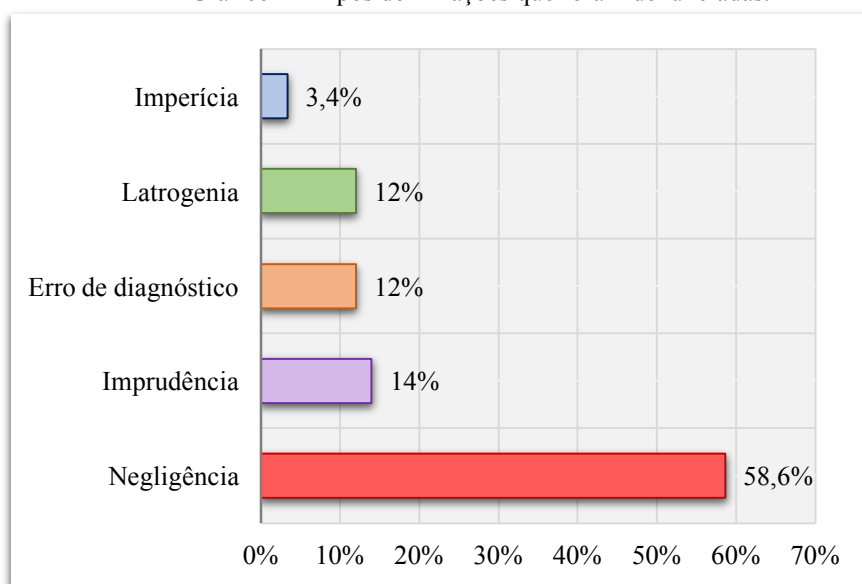
39 anos	Esquecimento de material cirúrgico dentro do corpo.
25 anos	Operação de membro errado.
66 anos	Prótese colocada inadequadamente.
44 anos	Necessidade de cirurgia ignorada pelo médico.
38 anos	Indicação de medicamento alérgico ao paciente.

Fonte: Adaptado de Mendonça e Custódio (2016).

A variabilidade de erros médicos constantes no Quadro 3, também pode ser observada no trabalho de Neto (2019) que ao realizar pesquisas no site do Tribunal de justiça do estado de Rondônia para seu estudo, identificou dentre os processos referentes a erros médicos uma diversidade de especialidades, sendo as mais frequentes: obstetrícia (31%), ginecológica (10,4%), cirurgia geral (10,4%), ortopedia (8,6%), plantonista de urgência e emergência (8,6%), clínica geral (8,6%), cirurgia plástica (5,2%), oftalmologia (3,5%), imaginologia (3,5%), neurologia (1,7%), neurocirurgia (1,7%), cirurgia torácica (1,7%), pediatria (1,7%), mastologia (1,7%) e cardiologia (1,7%).

Quando esse autor fez a separação por tipos de infrações as quais foram feitas as denúncias, este constatou que a maioria se referia à negligência e imprudência e por último, a imperícia (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Tipos de infrações que foram denunciadas.



Fonte: Adaptado de Neto (2019).

Nos casos em que se alegavam culpa (seja por imprudência, imperícia ou negligência) 27,6% tiveram como resultado a morte dos pacientes, notando-se que dos casos de negligência

em sua maioria eram praticados por obstetras, dos quais 27% resultaram em mortes (Neto, 2019).

Mendonça e Custódio (2016) elucidam que ao se sentir lesado o paciente busca a justiça por meio de denúncias e processos nos âmbitos legais, os quais, Fioravante (2020) descreve em três esferas:

- a) Justiça civil: nesse caso ao ser comprovado o erro, o paciente ou a família pode solicitar ressarcimento financeiro aos médicos, instituições ou ao estado como forma de reparação;
- b) Justiça penal: nessa esfera o médico fica sujeito a uma pena, em razão de danos físicos (lesão corporal, homicídio culposo ou omissão de socorro) sofridos pelo paciente;
- c) Administrativa: nessa seara são os órgãos de classe (seja os conselhos regionais ou federais de medicina) que julgam as infrações em desacordo com o Código de Ética Médica. Assim os profissionais da saúde podem levar apenas uma advertência ou terem seu registro de classe cassado.

Levando em consideração o âmbito legal referente aos erros médicos, dados do Conselho Nacional de Justiça (2017) mostram que dos 1.778.269 demandas judiciais no período de 2014 a 2017 sobre direito médico, 420.930 demandavam o fornecimento de medicamentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 135.849 referiam-se ao tratamento médico-hospitalar contra o SUS, 564.090 tratavam ajuizamentos contra planos de saúde, 32.172 contra hospitais particulares (má prestação de serviços) e 83.728 requerendo indenizações por erro médico.

No entanto, a execução desses processos, ou seja, a demora em serem julgados os casos e situações de conflitos ocorridas. Durante as audiências (discussões e embates), a proteção dada aos médicos pelos conselhos que fiscalizam as denúncias e o resultado nem sempre satisfatório para os pacientes que dão entrada ao processo, trazem o sentimento de impunidade e falta de respeito para com as vítimas, pois para elas o justo seria o retorno financeiro advindo das indenizações pagas pelos médicos, como forma de reflexão e aprendizado para o médico e recompensa ao que foi perdido pelos pacientes (Mendonça & Custódio, 2016).

Nos levantamentos de estudos, publicações e relatórios sobre a temática do erro médico, não se identificou a realização de um diagnóstico completo das situações de erro médico e tão pouco voltado para a perícia dos casos ocorridos com análise de todos os fatores coexistentes, principalmente a diagnose do sistema de saúde, ambiente de trabalho, situação ou condição do médico e demais fatores que poderiam estar correlacionados com o incidente.

#### 1.4.1 A ação judicial mediante a ocorrência de erro médico

O desenvolvimento da prática médica por meio do avanço tecnológico e científico vem oportunizando a população aumentos nos padrões de saúde tanto de forma individual quanto coletiva. O aumento da expectativa de vida é um bom exemplo a ser evidenciado para justificar tal afirmativa. No entanto, torna-se importante destacar, que assim como ocorre em qualquer outra atividade, na área médica também existe a possibilidade da ocorrência de erros e falhas (Mansur & Oliveira, 2006).

Dessa forma, é comum ter confusão quanto aos termos eventos adversos e erros médicos. Nesse contexto, para Minossi (2009), Mansur e Oliveira (2006) evento adverso (ou resultado incontrolável), ocorre quando todas as possibilidades de tratamentos de uma doença grave (por exemplo) foram realizadas de forma correta como manda o protocolo e mesmo assim o resultado obtido é negativo, isso acontece porque trata-se de uma situação a qual não tinha como controlar. Diferente do erro médico, que podia ter sido controlado, porém os resultados esperados não foram alcançados, devido a ineficiência técnica e aos recursos disponibilizados pelo sistema de saúde.

Para que a responsabilidade médica frente ao erro cometido seja efetivo, perante a justiça, os quesitos como: o autor, o ato, a culpa, o dano e o nexa causal (Quadro 4) são fundamentais (Minossi, 2009).

Quadro 4 – Caracterização dos quesitos tidos como fundamentais para a responsabilização médica, perante a ocorrência do erro.

Quesitos	Caracterização
<b>O autor</b>	É o profissional causador do dano, que inclusive precisa estar habilitado em seu conselho de classe, pois do contrário, também irá responder por exercício ilegal da profissão.
<b>O ato</b>	É o resultado do dano “de um ato lícito, pois, do contrário, tratar-se-á de uma inflação delituosa mais grave, como por exemplo, o aborto criminoso ou a eutanásia”.
<b>A culpa</b>	A ocorrência do dano é feita sem a intenção de fazê-la, mas de qualquer forma tenha feito, seja por negligência, imperícia ou imprudência.
<b>O dano</b>	O médico só pode ser responsabilizado se existir um dano real, efetivo e concreto.
<b>O nexa causal</b>	É o vínculo entre a ação do agente causador do dano (por exemplo) e o resultado do dano causado pelo agente, ou seja, é o elo entre a causa e o dano.

Fonte: Adaptado de Minossi (2009, p. 91).

Nessa premissa, para que o médico responda perante a justiça é necessário que este tenha provocado um dano ao paciente, “[...] e este dano tem que ser o resultado de um ato culposo, isto é, tem que agir com imperícia, negligência ou imprudência” (Quadro 5) (Minossi & Silva, 2005, p. 496).

Quadro 5 – Diferenciação e exemplos de negligência, imprudência e imperícia.

Elementos	Conceito	Exemplo
<b>Negligência</b>	Caracteriza-se pela omissão do médico, em que não cumpre os deveres que as circunstâncias exigem	Médico cirurgião esquece algo estranho dentro do corpo do paciente após cirurgia.
<b>Imprudência</b>	É quando o médico age de forma precipitada, insensata, intempestiva, ou seja, sem cautela.	Não utilizar equipamentos de proteção individual quando solicitado.
<b>Imperícia</b>	Ausência de conhecimento ou habilidade específica para o desenvolvimento de determinado procedimento.	Médico neurologista efetua uma cirurgia plástica sem aptidão.

Fonte: Adaptado de Aviz (2020).

Nesse contexto, o profissional que vier a causar dano ao paciente devido erro médico, terá que responder tanto na esfera civil quanto penal. Na esfera civil a responsabilização pelo erro médico é disciplinada por meio do Código de Defesa do Consumidor e pelo novo Código Civil, os quais referem-se, dentre outras questões: a natureza da responsabilidade médica e dos estabelecimentos de saúde, os tipos de indenização adequada e o ônus da prova. Na área penal cita-se o Código Penal vigente desde 1940, que teve uma reforma por meio da Lei nº 7.209/84, dentre outras legislações como a Lei nº 9.099/95, correspondente aos Juizados Especiais Cíveis e Penais (Mansur & Oliveira, 2006).

O que se nota é que a cada dia o médico no exercício de sua profissão tem mais receio de ter que enfrentar processos judiciais, no entanto, pouco sabem sobre o assunto (Minossi, 2009). Nesse sentido, a precaução que o médico deve ter não pode se restringir apenas a medicina defensiva, ou seja, no excesso de exames exigidos aos pacientes, uso de procedimentos terapêuticos, encaminhamento com certa frequência do paciente a outros especialistas, na recusa em atender pacientes graves e com maiores possibilidades de complicações (Minossi & Silva, 2013), é necessário precaver-se.

Uma forma desse profissional se precaver afim de evitar a ocorrência desses erros, é possuindo conhecimento dos fatores de risco que os levam a ter resultados ruins. Estes que podem ser classificados em fatores de risco não assistenciais e assistenciais (Minossi, 2009). Conforme esse autor, os fatores de risco não assistenciais correspondem: ao sistema de saúde, a falta de compromisso do médico, a não participação da sociedade, a não revisão do aparelho formador e a falta do ensino continuado.

Quanto aos fatores de risco assistenciais, listam-se: o desgaste da relação médico paciente, a falta de melhores condições de trabalho, o abuso de poder, a falsa garantia de resultado, a falta do consentimento esclarecido, o preenchimento inadequado de prontuários e o abandono do paciente (Minossi e Silva, 2013).

A par desses riscos, o médico caso venha a responder por algum erro, precisa munir-se de ferramentas como o total conhecimento sobre os aspectos médico-legais que regem sua profissão, além disso, deve dar importância ao processo, inclusive contratar um assistente técnico que irá acompanhar o perito oficial designado pelo juiz (Minossi, 2009).

A figura do perito é designada dada a dificuldade de apuração de erros técnicos, o que faz com que o magistrado opte por se omitir dessa avaliação o contratando (Gomes e França, 2020). Dada a essa afirmação, Mansur e Oliveira (2006) justificam, a partir de seu estudo que na maioria das ações sobre erro médico o magistrado solicita a realização de perícias para verificar a responsabilização do médico e também para auxiliá-lo quanto ao valor da indenização a ser fixada.

Minossi (2009) evidencia a importância do assistente (a ser escolhido pela parte) ter conhecimento técnico suficiente sobre o assunto em questão, para que tenha o respaldo necessário no momento em que for elaborar o parecer técnico que irá para a apreciação do magistrado.

A necessidade de profissionais atualizados, qualificados e capacitados para a realização do laudo e do parecer técnico apresenta-se de suma importância dada as adversidades (já listadas anteriormente) vivenciadas pelo profissional da saúde em seu ambiente de trabalho, os quais podem resultar em doenças silenciosas, como a Síndrome de Burnout, que apesar de acometer boa parte dos profissionais que lidam diretamente com seu público alvo, muitos profissionais ainda a desconhecem.

Fato inclusive evidenciado no estudo de Batista et al. (2011) em que identificaram que peritos de uma junta médica municipal da cidade de João Pessoa não só desconheciam a síndrome de Burnout, como nunca tiveram acesso a capacitações sobre o tema, não conheciam outros peritos que tivessem feito o diagnóstico da SB e tão pouco chegaram a afastar algum profissional por conta da síndrome.

A ausência desse conhecimento, explica a impossibilidade de diagnósticos (Batista, 2010), que conseqüentemente dificulta a defesa de médicos que venham a ser denunciados por erro médico devido estarem acometido pela SB.

Assim, ressalta-se que dentre os principais aspectos discutidos sobre a criminalização do “erro médico”, a perícia e a Síndrome de Burnout, há predomínio e até convergência no apontamento dos autores em relação a necessidade de conhecimento e disseminação das informações a respeito do Burnout como elemento imprescindível a análise da perícia forense, para examinar se de fato houve falha ou negligência médica, ou na verdade o erro resulta de um estado de saúde enfermo do profissional acometido pelo Burnout.

Desse modo, a formação qualificada, especializada e continuada do perito criminal para atuar em diagnósticos precisos de identificação do Burnout e sua correlação com “erro médico”, gera potencialidades tanto para ampliação do mercado de trabalho e atuação do perito, como também, para o desenvolvimento do próprio sistema de estudos investigativos da perícia forense.

Além disso, trabalhadores em geral, bem como, os profissionais da saúde, também devem ter em sua formação acesso a conhecimento dos aspectos que podem incorrer em seus ambientes de trabalho, ter ciência de que podem ser acometidos por doenças ocupacionais como a síndrome do esgotamento profissional, a exemplo, o Burnout. E assim, possam ser capazes de perceber que estão doentes, procurar ajuda, cobrar seus direitos trabalhistas a um ambiente laboral saudável, da mesma forma se defender em situações na qual seja vítima de circunstâncias decorrentes de péssimas condições de trabalho que o levaram a exaustão física e emocional, tornando-o vulnerável incidência de erro.

Com isso, busca-se romper com as barreiras que limitam a aquisição de informações importantes aos trabalhadores que em muitos casos são negligenciadas dentro do seu processo de qualificação, os deixando inconscientes ou incapazes de perceber sua própria condição de fragilidade no ambiente de trabalho. Tal como, a falta de conhecimento destes fatos, reduzem sua capacidade de compreender sobre condições laborais dignas como um direito humano universal constituído, entender aspectos do ambiente de trabalho, saúde e desempenho profissional como fatores preponderantes entre si, que podem ter pesos geradores de desequilíbrio negativo, e isso pode afetar a sua boa atuação profissional, assim como, pode deixá-lo doente.

## **CAPÍTULO II - MARCO METODOLÓGICO**

Este capítulo mostra o desenho metodológico e o caminho percorrido para produção deste trabalho científico. Sua narrativa apresenta itens importantes do desenvolvimento da pesquisa, que se realizou a partir da adoção de uma abordagem teórico-crítica e aplicação das pesquisas de caráter exploratório e descritivo, utilização das técnicas da pesquisa bibliográfica e de levantamento, estudo transversal e prospectivo com forma de abordagem quantitativa e qualitativa, os processos de construção de conhecimento da criminologia, analisando o perfil dos médicos, prevalência da síndrome de Burnout e sua possível relação com as situações de erro médico, no estado do Amapá, Brasil.

### **2.1 Caráter investigativo da pesquisa**

Quanto ao nível de investigação caracteriza-se pelo tipo de pesquisa exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema e facilita a formulação de hipóteses, além de viabilizar a construção de uma linha teórica de investigação coerente. Na pesquisa de caráter descritivo, procurou-se descrever as características da população estudada ou fenômeno, assim como o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 2002).

### **2.2 Técnicas de Investigação**

Foram adotadas as técnicas de investigação da pesquisa bibliográfica e de levantamento. A pesquisa bibliográfica consistiu na obtenção e compilação de informações/dados de materiais já elaborados disponíveis em fontes científicas tais como livros, artigos de revistas, periódicos, jornais, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso. Já o levantamento, procedeu-se da solicitação de informações direcionadas a um grupo significativo de pessoas envolvidas com o problema, objeto do estudo. Geralmente faz-se uso de técnica de entrevista com uso instrumentos como formulário, questionário ou roteiro de entrevista (Gil, 2006; 2008).

### **2.3 Tipo de estudo**

Adotou-se o estudo transversal e prospectivo. No estudo transversal, deu-se ênfase a frequência de ocorrência de fatores relacionados a um fato, buscando expor se o fator ou causa

tem relação com o efeito. O estudo se refere a análise das informações fornecidas por um grupo de indivíduos participantes da pesquisa a serem posteriormente categorizados entre os que apresentarem fatores comuns ou semelhantes que possa ter alguma correlação com o problema investigado na pesquisa (Gil, 2002; 2006).

## **2.4 Enfoque da pesquisa**

A pesquisa teve enfoque predominantemente quantitativo. O enfoque quantitativo definiu-se pela quantificação dos dados coletados por meio de análises estatísticas. (Prodanov e Freitas, 2013). A partir dos dados coletados na entrevista com uso de questionário, aplicou-se a descritiva estatística dos resultados obtidos, quantificando as respostas e elementos através da análise de frequências e percentuais.

## **2.5 População**

A população delimitada de interesse da pesquisa foi representada por 770 médicos do estado do Amapá (Brasil) inscritos e com registro ativo no Conselho Regional de Medicina do Amapá (CRM-AP), com situação regular no ano de 2019 e que se encontravam em pleno exercício de suas funções profissionais seja na rede pública ou na rede particular do sistema de saúde.

## **2.6 Amostra**

Considerando um universo amostral composto por 770 médicos optou-se pela determinação de um subconjunto de amostra representativo deste universo. Assim, aplicou-se um cálculo para determinar a amostra. A fórmula estatística selecionada foi de Cochran (1997) indicada para obter amostra de populações finitas e pré-determinadas descrita a seguir:

$$n = \frac{N}{[(N - 1) \cdot \varepsilon^2] + 1}$$

Onde:

(n) representa o tamanho mínimo da amostra;

(N) o tamanho da população estatística; e

(ε) erro amostral aceitável que para este caso foi de (5% = 0,05).

$$n = \frac{770}{[(770 - 1) \cdot 0,05^2] + 1}$$

$$n = 263,47$$

Feito a aplicação do cálculo foi obtido um subconjunto representativo da amostra de 263 indivíduos. O Erro amostral de 0,05 se explica pela definição de um nível de confiança de 95% utilizado; em outros termos significa que a probabilidade efetiva do erro amostral admitido foi menor ou igual a 0,05 conforme se recomenda em estudos na área da saúde.

A amostra foi reduzida para 112 participantes, tendo em vista que apesar de ter sido enviado pelos correios, número de questionários superior ao N amostral estabelecido, só retornaram este quantitativo. É possível que a situação vivenciada da Pandemia por Covid-19 tenha implicado nesta situação, uma vez que os médicos estavam sobrecarregados de trabalho e encontravam-se sob medida de vigilância sanitária para evitar proliferação do vírus, o que inclui evitar compartilhamento de objetos que pudessem carregar o vírus, e o papel entra nesse critério.

Com isso, ressalta-se que a redução da amostra não comprometeu estatisticamente a veracidade dos dados e por isso foi considerada suficiente ao estudo.

## 2.7 Amostragem

A tipologia de amostragem adotada nesta pesquisa foi a aleatória simples. Conforme Barbetta, Reis e Bornia (2004) com esse procedimento todo subconjunto de (*n*) elementos teve a mesma chance de fazer parte da amostra. A aleatoriedade da amostra reduz as chances de a mesma ser tendenciosa.

## 2.8 Instrumentos de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados da pesquisa foi um questionário estruturado de levantamento de dados primários tendo uma parte adaptada do inquérito de Maslach & Jackson, (1981) para obtenção de informações sobre o Burnout. Constituiu-se quadros de relação das três dimensões de diagnóstico do Burnout, Exaustão Emocional, Despersonalização e Satisfação Profissional. O instrumento contém também duas indagações, a primeira sobre a

ocorrência de “erros médicos” e a segunda sobre as esferas judiciais nas quais os profissionais respondem a estes processos jurídicos questão 8 e 8.1 do questionário sócio demográfico elaborado pela pesquisadora (Apêndice A). Estas questões posteriormente foram cruzadas, as variáveis de frequência absoluta e relativa com as questões do quadro de dimensões do Burnout (exaustão emocional, despersonalização e satisfação profissional).

No item condições de trabalho (Questionário Apêndice A), como já citado a questão 8 do questionário viabilizou o levantamento do quantitativo juntos aos participantes da pesquisa de médicos que respondiam judicialmente por “erros médicos”, neste caso identificou-se 28 indivíduos que representam 25% do n amostral. A questão 8 foi cruzada com informações do quadro do Burnout e também com algumas das características dos profissionais e suas condições laborais das informações para fundamentar as análises estatísticas entre variáveis medidas pela frequência absoluta e relativa que estão descritas no tópico final dos resultados, o qual apresenta os dados sobre “erro médico”, condições de trabalho e Burnout.

As questões elaboradas no instrumento referem-se a perguntas sobre a temática em estudo com o uso do Inventário de Maslach Burnout elaborado por Maslach & Jackson (1981), adaptado no Brasil e validado por Tamayo (2002). A primeira validação no Brasil ocorreu em 1993, tendo atualizações após, sendo a utilizada neste trabalho a de 2002. A versão brasileira desse instrumento inclui, além dos 57 itens da versão internacional, quatro valores característicos da cultura brasileira. Na adaptação feita por Tamayo ao em vez de sete escalas foi utilizada uma escala do tipo Likert reduzida que varia de 1 a 5, sendo 1- nunca, 2- raramente, 3- algumas vezes, 4- frequentemente e 5- sempre. Para este trabalho os termos utilizados por Tamayo foram alterados, assim 1-Nunca, 2- Algumas vezes ao ano, 3- Algumas vezes no mês, 4- Algumas vezes na semana e 5- Diariamente.

Para a contabilização das escalas foi utilizada a metodologia Chafic Jbeili (2008), na qual:

- a) De 0 a 20 pontos: Nenhum indício da Burnout
- b) De 21 a 40 pontos: Possibilidade de desenvolver Burnout
- c) De 41 a 60 pontos: Fase inicial da Burnout.
- d) De 61 a 80 pontos: O Burnout começa a se instalar.
- e) De 81 a 100 pontos: Você pode estar em uma fase avançada da Burnout.

A Escala de Exaustão Emocional (Tamayo & Tróccoli, 2000) foi utilizada para a avaliação da variável dependente. Essa escala foi validada fatorialmente e é composta por dois fatores: exaustão psicológica e percepção de desgaste no trabalho. Os coeficientes alpha são 0,92 e 0,84,

respectivamente. O primeiro fator avalia o vazio emocional e os sentimentos de frustração e desgaste no trabalho, e o segundo avalia a sensação de impotência do trabalhador diante das exigências do trabalho.

Com aplicação destas adaptações foi possível chegar na variável que identifica quantos participantes da pesquisa tem o Burnout.

A contabilização das respostas emitidas pelos entrevistados buscou, a priori identificar quais possuem a síndrome de Burnout, posteriormente foram contabilizados de acordo com a metodologia de Jbeili (2008). Na sequência foi feita a associação entre os profissionais que possuem Burnout e os que já responderam processo. Nesse quesito só foram contabilizados aqueles que se enquadraram nas classificações de Jbeili de 41 a 60 pontos, de 61 a 80 pontos e de 81 a 100 pontos.

Na forma de Carta de Aceite (Apêndice B) esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Plataforma Brasil e respectivamente seu instrumento de coleta de dados. A Plataforma Brasil trata-se de uma comissão de pesquisa existente em algumas Universidades Públicas do Brasil, formada por diversos profissionais com experiência em pesquisa que em conjunto estabelecem protocolos éticos e procedimentos de desenvolvimento de pesquisa. Na área de pesquisa sobre saúde a Plataforma Brasil é a instituição que tem autonomia para avaliar e aprovar ou não uma pesquisa, considerando todas as etapas de desenvolvimento da mesma, o que inclui o instrumento de coleta de dados.

Em se tratando da forma como os dados foram recolhidos, o questionário foi enviado pelos correios, com carta resposta já devidamente sem custos e sem identificação, para todos os médicos cadastrados no CRM-AP. A coleta de dados procedeu dentro dos parâmetros éticos da pesquisa e foi assegurado aos participantes o seu anonimato, assim como a garantia da confidencialidade das informações repassadas conforme explicito no Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C). Para validação do instrumento de coleta foi aplicado o pré-teste do questionário e em seguida foi feita análises simples dos dados por porcentagem simples da estatística descritiva.

O presente trabalho foi encaminhado ao CRM-AP, órgão fiscalizador da classe médica no referido estado, tendo sido dado parecer positivo autorizando a realização da pesquisa como pode ser visto na Carta de Aprovação (Apêndice D).

## **2.9 Procedimentos para análise dos dados coletados**

Primeiro foi realizada a verificação, depuração, classificação e ordenamento dos dados coletados no questionário elaborado pela pesquisadora. Posteriormente a finalização da coleta de dados, foi realizada tabulação, aplicando-se a estatística dos dados obtidos, ao quais estão apresentados nos resultados em formas de gráficos e tabelas. Ademais foi feita análise e interpretação dos resultados com aplicação da estatística descritiva elaborada no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Os aspectos relacionados a análise dos dados de erros médicos decorreram da associação entre a variável que define o quantitativo de médicos que respondem a processos judiciais no Amapá por “erro médico” que foram cruzadas com as frequências relativas e absolutas das variáveis condições de trabalho e das dimensões do MBI.

Para esta análise estatística adotou-se a análise pelo coeficiente de correlação de Pearson, ao qual é um teste que mede a relação estatística entre duas variáveis contínuas. Se a associação entre os elementos não for linear, o coeficiente não será representado adequadamente. O coeficiente de correlação de Pearson pode ter um intervalo de valores de +1 a -1. Um valor de 0 indica que não há associação entre as duas variáveis. Um valor maior que 0 indica uma associação positiva. Isto é, à medida que o valor de uma variável aumenta, o mesmo acontece com o valor da outra variável. Um valor menor que 0 indica uma associação negativa. Isto é, à medida que o valor de uma variável aumenta, o valor da outra diminui.

O coeficiente de correlação de Pearson é definido como:

$$r = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}$$

O coeficiente de correlação de Pearson tem o objetivo de indicar como as duas variáveis associadas estão entre si, assim: 1) Correlação menor que 0: Se a correlação é menor que zero, significa que é negativo, isto é, que as variáveis são inversamente relacionadas. Quando o valor de alguma variável é alto, o valor da outra variável é baixo. Quanto mais próximo você estiver de -1, mais clara será a covariação extrema. Se o coeficiente é igual a -1, nos referimos a uma correlação negativa perfeita. 2) Correlação maior que 0: Se a correlação for igual a +1, significa que é perfeito positivo. Neste caso, significa que a correlação é positiva, isto é, que as variáveis estão diretamente correlacionadas. Quando o valor de uma variável é alto, o valor da outra variável também é alto, o mesmo acontece quando eles são baixos. Se estiver próximo de +1, o coeficiente será covariado. 3) Correlação igual a 0: Quando a correlação é igual a zero, significa que não é possível determinar qualquer senso de covariação. No entanto, isso não significa que não haja relação não linear entre as variáveis. Quando as variáveis são independentes, significa que elas estão correlacionadas, mas isso significa que o resultado é verdadeiro

## **2.10 Procedimentos para a apresentação, interpretação e discussão dos resultados**

Após a geração dos resultados e produções de gráficos e tabelas, procedeu-se a análise estatística; sequencialmente fez-se a interpretação dos dados considerando os objetivos estabelecidos na pesquisa. Buscou-se evidenciar as relações existentes entre as variáveis que respondem aos problemas da pesquisa e são fundamentados na relação com marco referencial conceitual e teórico acerca do fenômeno investigado. Desse modo, apresenta-se as bases conceituais que expliquem os resultados atingidos na pesquisa, bem como, estes resultados são comparados e/ou corroborados por outros estudos realizados.

## CAPITULO III – RESULTADOS E DISCUSSÃO

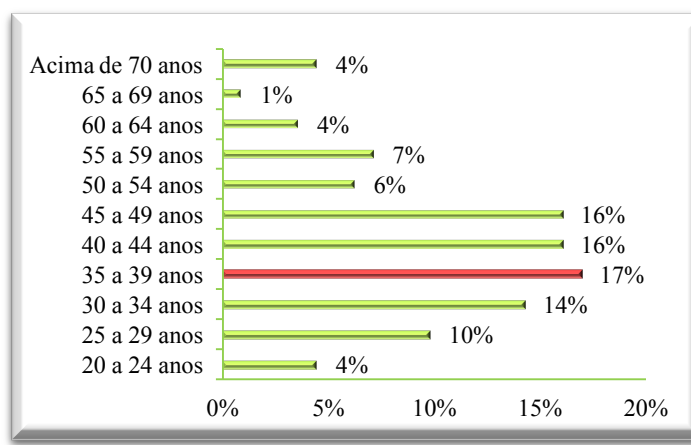
Este capítulo corresponde à apresentação dos objetivos alcançados pela pesquisa que foram enquadrados em quatro dimensões: 1) Caracterização da amostra; 2) caracterização das condições de trabalho; 3) Exaustão emocional 4) Despersonalização; 5) Realização profissional; 6) “Erro médico” e a associação com as condições de trabalho e o Burnout. Essas dimensões trazem a descritiva quantitativa dos aspectos levantados, e a discussão teórica analítica dos dados. Temos ainda na sequência a discussão dos resultados.

### 3.1 Resultados da pesquisa

#### 3.1.1 Caracterização da amostra

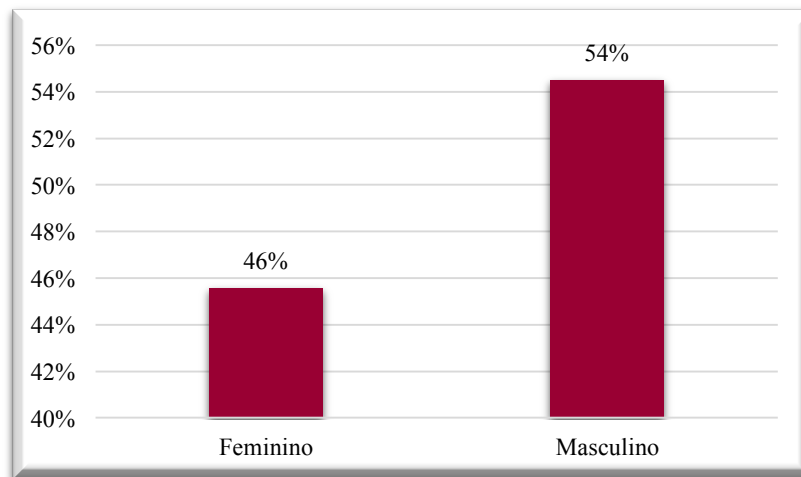
A faixa etária representada no Gráfico 2 demonstra que 73% dos participantes apresentam idade entre 25 e 49 anos, os acima de 50 anos correspondem a 22%, sendo que a faixa com maior representação está entre 35 e 39 anos correspondendo a 17% dos participantes. Uma diferença de 8% separa os gêneros masculino e feminino na pesquisa, sendo o masculino com representatividade de 54% dos participantes (Gráfico 3). Ressalta-se dos dados da idade dos profissionais, o fato destes não se enquadrarem em maior parcela entre os profissionais jovens, podendo ser observado deste ponto de vista o acúmulo de experiência profissional e também o tempo de atuação na profissão. Talvez o maior percentual de homens seja devido ao fato de que existam mais médicos que médicas no estado do Amapá e não que o sexo masculino seja mais suscetível à doença.

Gráfico 2 - Faixa etária dos participantes.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

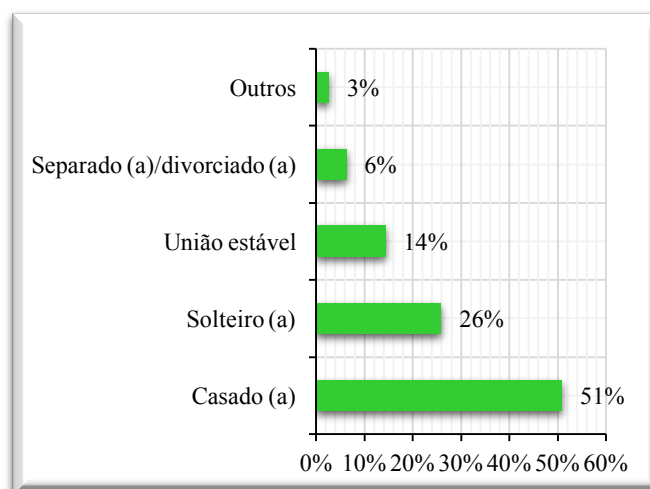
Gráfico 3 - Sexo dos participantes.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

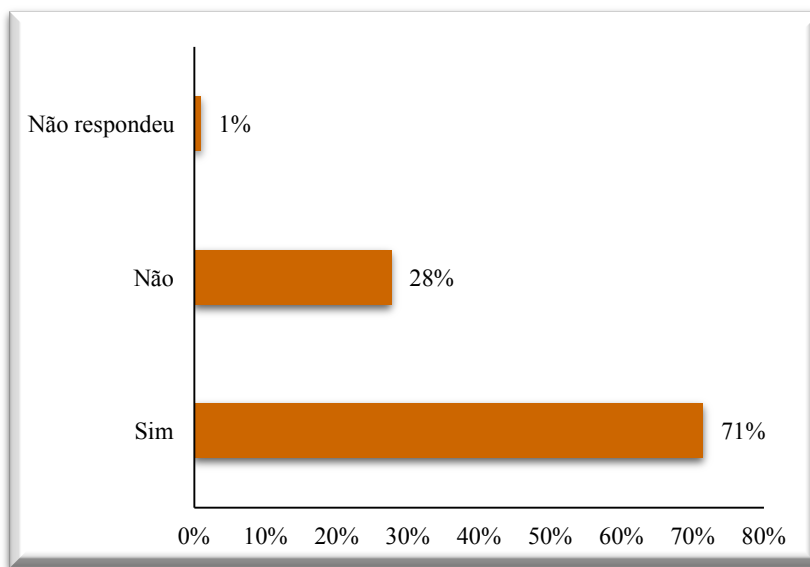
Em relação ao estado civil como representado no Gráfico 4, 65 % dos participantes apresentam alguma condição de relacionamento estável, 6% passaram por processos de separação e 29% declararam-se solteiros ou em outro nível de relacionamento. Com relação a ter ou não filhos, 71% dos participantes possuem vínculos de paternidade e maternidade, 28% não possuem filhos e 1% não respondeu o questionamento (Gráfico 5). Deste ponto dá-se ênfase aos dados sobre os aspectos da caracterização quanto às relações pessoais do profissional fora do ambiente de trabalho, como sendo um fator que pode ou não contribuir para o desenvolvimento da síndrome de Burnout, conforme será analisado na sequência deste trabalho. Mais da metade da amostra é casada e 71% têm filhos, o que deveria impactar positivamente no psicológico dos profissionais estudados. Isso faz pensar que esses fatores não conseguiram dar o suporte emocional para evitar que o estresse no trabalho acometesse essas pessoas.

Gráfico 4 - Estado civil.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Gráfico 5 - Se os participantes têm filhos.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na Tabela 1 pode-se observar que 34% se declaram atuando como médicos clínicos gerais ou clínica médica, 24% dos participantes eram os únicos representantes em suas especialidades, 11% dos participantes não se enquadraram em nenhuma especialidade médica. Em relação aos dados da Tabela 2 identifica-se que existem 9 profissionais atuando nas especialidades ginecologia, ginecologia e obstetrícia.

Tabela 1 - Especialidade cadastrada no Conselho Regional de Medicina (CRM).

Especialidade	Frequência absoluta	Frequência relativa	Especialidade	Frequência absoluta	Frequência relativa
Clínico geral	14	12,5%	Clínica médica/ Medicina do tráfego	1	0,9%
Não respondeu	12	10,7%	Clínica médica/Pneumologia	1	0,9%
Clínica médica	10	8,9%	Endocrinologia pediátrica	1	0,9%
Médico generalista	10	8,9%	Infectologia	1	0,9%
Pediatria	9	8,0%	Infecção pediátrica	1	0,9%
Sem especialidade	6	5,4%	Mastologia/Ginecologia	1	0,9%
Ginecologia	5	4,5%	Medicina do trabalho	1	0,9%
Cirurgia geral	4	3,6%	Medicina de família e comunidade	1	0,9%
Ginecologia e obstetrícia	4	3,6%	Medicina do trabalho/Acupuntura	1	0,9%
Ortopedia e Traumatologia	3	2,7%	Medicina do tráfego	1	0,9%
Urologia	3	2,7%	Medicina legal	1	0,9%
Dermatologia	2	1,8%	Não foi possível identificar	1	0,9%
Nefrologia	2	1,8%	Oftalmologia	1	0,9%
Neurocirurgia	2	1,8%	Ortopedista	1	0,9%
Vascular	2	1,8%	Otorrino	1	0,9%
Alergista	1	0,9%	Pediatra-Gastropediatria	1	0,9%

Anestesiologista	1	0,9%	Pediatria/Neonatologia	1	0,9%
Cirurgia geral e endoscopia	1	0,9%	Pneumologia/Perícia médica	1	0,9%
Cirurgia geral/Gastroenterologia/Endocrinologia	1	0,9%	Cirurgia plástica	1	0,9%
Cirurgião geral/Cirurgia traumatologia/Cirurgia bariátrica	1	0,9%	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Tabela 2 - Especialidade em que realiza sua função.

Função	Frequência absoluta	Frequência relativa	Função	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não respondeu	11	10,0%	Hematopediatria	1	0,9%
Clínica médica	9	8,2%	Infectologia	1	0,9%
Pediatra	9	8,2%	Infectopediatria	1	0,9%
Clínico geral	7	6,4%	Intensivista - UTI	1	0,9%
Generalista	7	6,4%	Intensivista	1	0,9%
Ginecologia	5	4,5%	Médica do trabalho/Urgência	1	0,9%
Neonatalogia	5	4,5%	Medicina do Trabalho/Clinico geral	1	0,9%
Ginecologia e obstetria	4	3,6%	Medicina fetal	1	0,9%
Nefrologia	4	3,6%	Medicina intensiva	1	0,9%
Cirurgia geral	3	2,7%	Médico ortopedista	1	0,9%
Anestesiologista	2	1,8%	Não foi possível identificar	1	0,9%
Dermatologista	2	1,8%	Neurocirurgia	1	0,9%
Medicina de saúde da família	2	1,8%	Oftalmologia	1	0,9%
Ortopedista e traumatologista	2	1,8%	Ortopedia/Traumatologia	1	0,9%
Urgência/emergência	2	1,8%	Otorrino	1	0,9%
Urologia	2	1,8%	Perícia médica	1	0,9%
Vascular	2	1,8%	Pneumologia	1	0,9%
Anestesiologia/Plantão PA	1	0,9%	Radiologia e diagnóstico por imagem	1	0,9%
Cirurgia plástica	1	0,9%	Residência médica	1	0,9%
Cirurgião geral e bariátrica/traumatologia	1	0,9%	Saúde da família	1	0,9%
Clínica médica/Geriatria	1	0,9%	Sem especialidade	1	0,9%
Endocrinologia pediátrica	1	0,9%	Terapia intensiva	1	0,9%
Endoscopia	1	0,9%	UBS e Saúde família	1	0,9%
Gastro/Endocrinologia	1	0,9%	Gastropediatria	1	0,9%
Generalista - RI Clínica médica	1	0,9%	<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

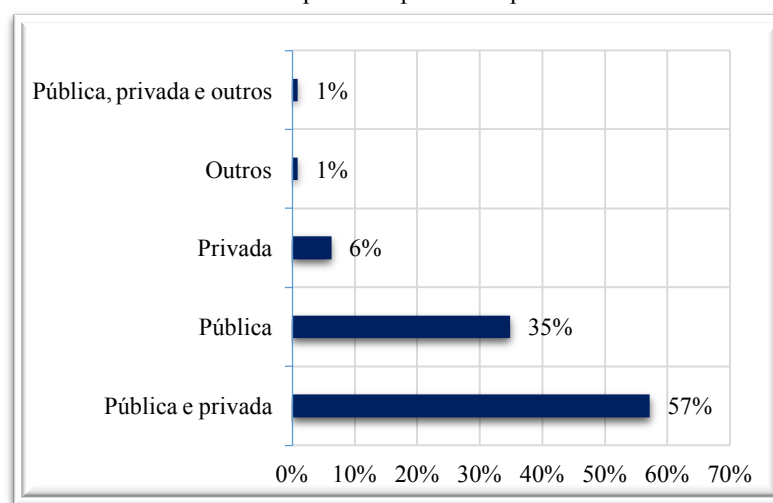
A caracterização da amostra norteia na etapa da análise dos resultados a noção de quem são os participantes e suas características gerais, que serve para realizar comparativo com outros trabalhos ao se discutir parâmetros que são comuns e que reforçam observações de pontos convergentes e divergentes.

### 3.1.2 Caracterização das condições de trabalho

No Gráfico 6 observa-se que 58% dos participantes apresentam mais de uma esfera de trabalho, 41% desenvolvem suas funções em apenas uma esfera, sendo 6% privada e 35% pública e os demais estão divididos entre outros setores.

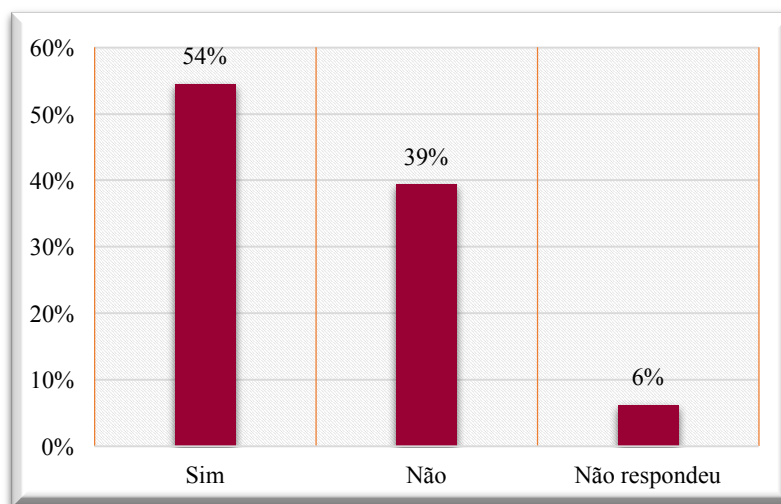
O Gráfico 7 por sua vez, demonstra o percentual de participantes que exerce atividade em mais de um local, representando 54% do universo amostral. O fato de mais da metade da amostra atuar em mais de um local de trabalho pode ser um fator relevante para o desenvolvimento da doença.

Gráfico 6 - Tipo de empresa em que trabalha.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

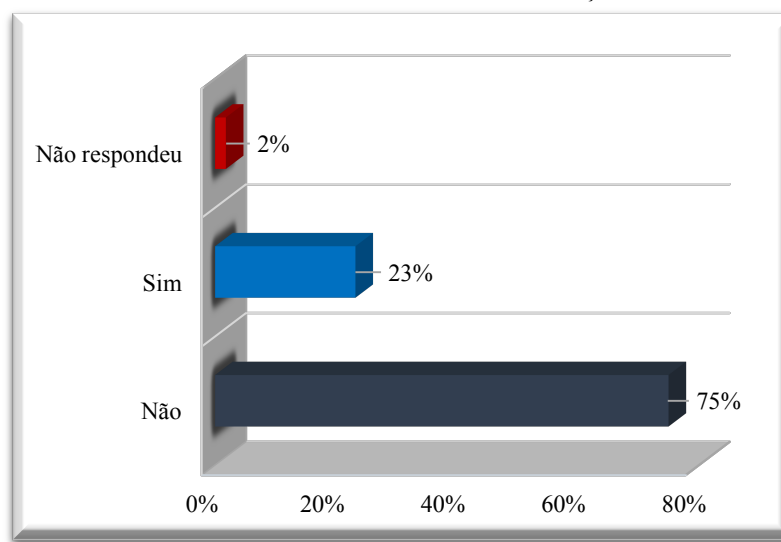
Gráfico 7 - Trabalha em outra instituição?



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

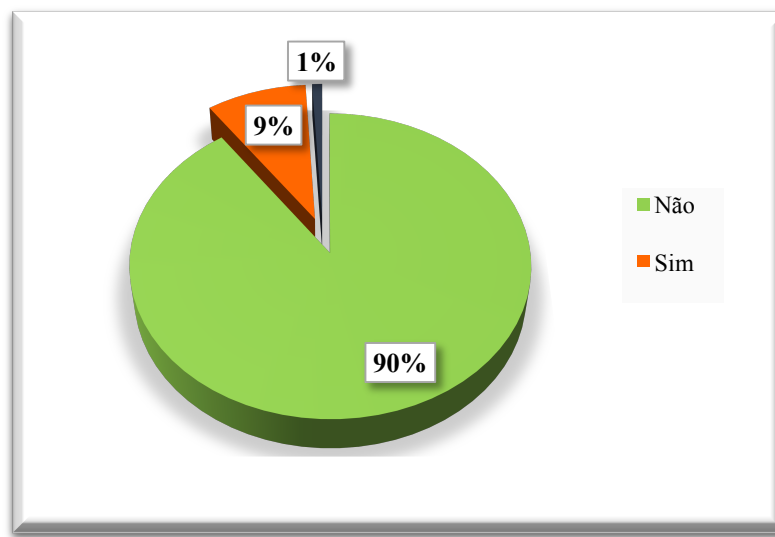
No Gráfico 8 podemos observar que 3/4 (três quartos) dos participantes não pretende mudar de instituição, 23% pretendem mudar e 2% não responderam ao item. Como observado no Gráfico 9, o percentual de participantes que pensa em mudar de profissão chega a 9%.

Gráfico 8 - Pensa em mudar de instituição?



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

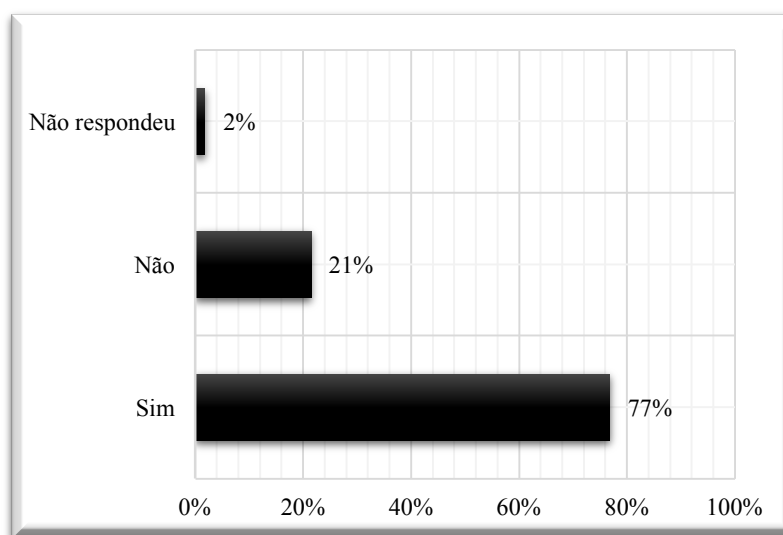
Gráfico 9 - Pensa em mudar de profissão?



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

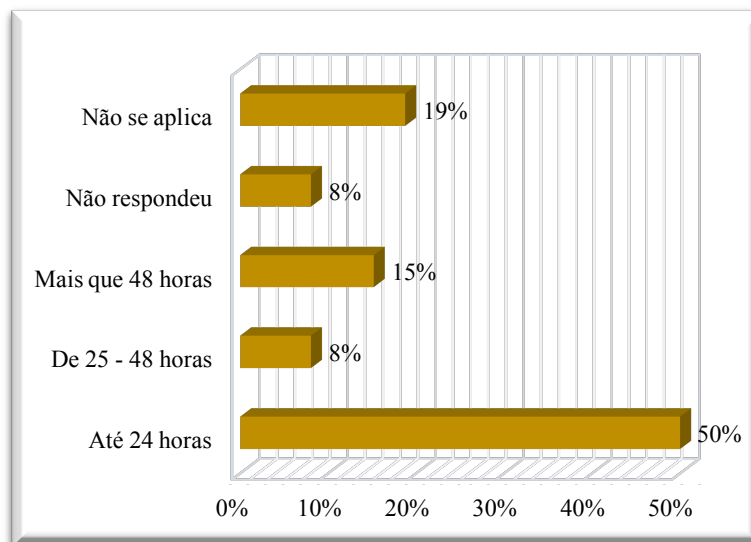
A escala de plantão faz parte do regime de trabalho de 77% dos participantes, como observado no Gráfico 10. Podemos observar no Gráfico 11 que 50% dos participantes trabalha em escalas de 24 horas por plantão, 8% trabalham de 25 a 48 horas e 15% chegam a ultrapassar 48 horas trabalhadas.

Gráfico 10 - Trabalha em regime de escala de plantão?



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

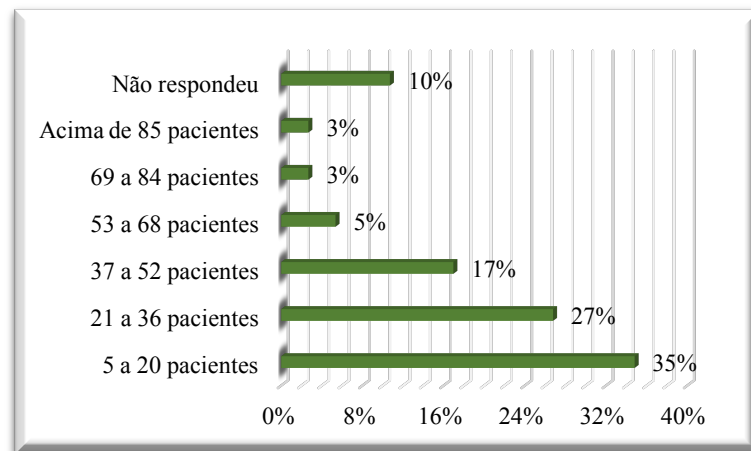
Gráfico 11 - Horas trabalhadas por plantão.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

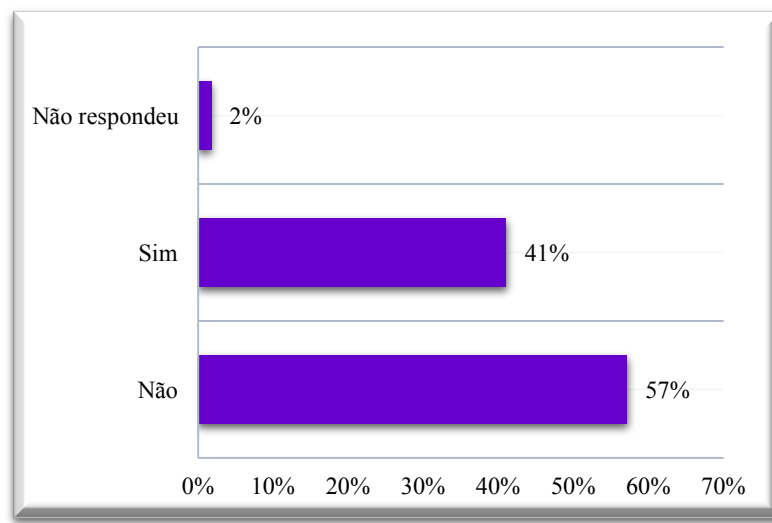
No Gráfico 12 podemos observar que 55% dos participantes atendem no mínimo 20 pacientes diariamente, chegando até o extremo de mais de 85 atendimentos diários. O Gráfico 13 demonstra que 41% dos participantes sofreu algum tipo de violência no trabalho.

Gráfico 12 - Número de pacientes que atende diariamente.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Gráfico 13 - Já sofreu algum tipo de violência no trabalho?



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Boas condições de trabalho são direitos adquiridos constitucionalmente pelos trabalhadores, independente da área de atuação. Excesso e sobrecarga de trabalho, por exemplo, no âmbito do direito trabalhista é visto como um fator prejudicial ao desempenho e saúde do trabalhador. Nesse aspecto, os resultados da pesquisa denotam uma situação de vulnerabilidade do trabalho exercido pelos médicos do Amapá, que em sua maioria trabalham em dois setores, o privado e público e em mais de uma instituição, com isso acabam tendo que conviver com realidades com elevado grau de discrepâncias.

Também ainda que em regime de plantão a maior parcela dos médicos possui jornada de trabalho longas entre 24 e mais de 48 horas de trabalho direto, sem dúvida isso gera cansaço físico e emocional nestes indivíduos. O número de pacientes atendidos a cada jornada de trabalho também é elevado. Além disso, uma parcela significativa relata que já sofreu violência no trabalho, apesar de não se ter o aprofundamento das consequências deste fato, é possível considerar que atos de violência naturalmente deixam sequelas que podem ser físicas e/ou psicológicas, de qualquer forma isso tem um peso na condição de saúde do trabalhador.

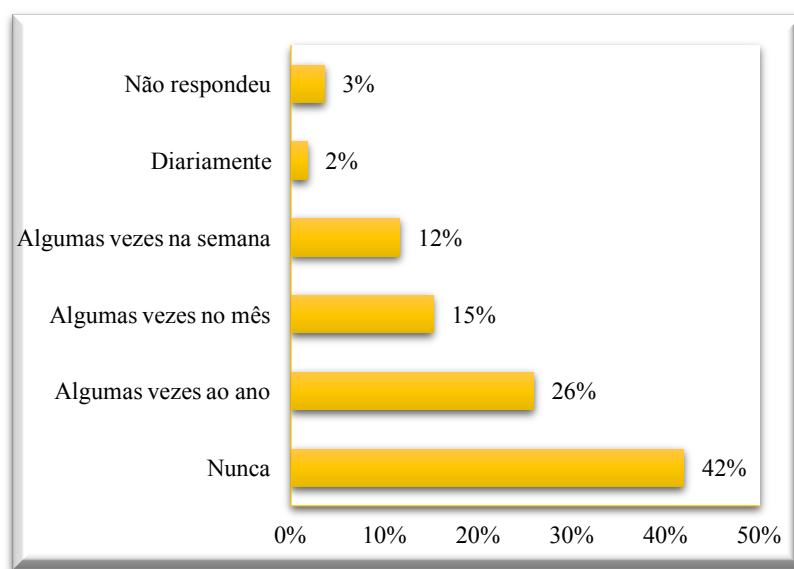
### 3.1.3 Resultados do conteúdo adaptado do inventário de Burnout de Maslach

#### 3.1.3.1 Exaustão emocional

No aspecto exaustão emocional o cenário analítico da pesquisa mostra que somados 55% dos profissionais já se sentiram vazios emocionalmente devido ao seu trabalho, a diferença está na frequência com que vigora tal sentimento, indo de diariamente com menor percentual

para algumas vezes no ano com maior, ainda se tem 42% dos médicos que nunca vivenciaram essa condição emocional (Gráfico 14). No campo da perícia criminal este seria um aspecto a ser considerado nos autos de um processo, mas que nem sempre é avaliado, pois sabe-se que na realidade, geralmente, não se mapeiam no ambiente laboral todos os elementos que ocorrem nestes espaços, especialmente, os de natureza psicológica e emocional dos profissionais. Isso deve-se à complexidade para identificar e mensurar fatores que majoritariamente não são registrados nas organizações. Assim, geram-se conclusões periciais permeadas de hiatos, fissuras com efeitos que podem comprometer a medida de uma sentença judicial.

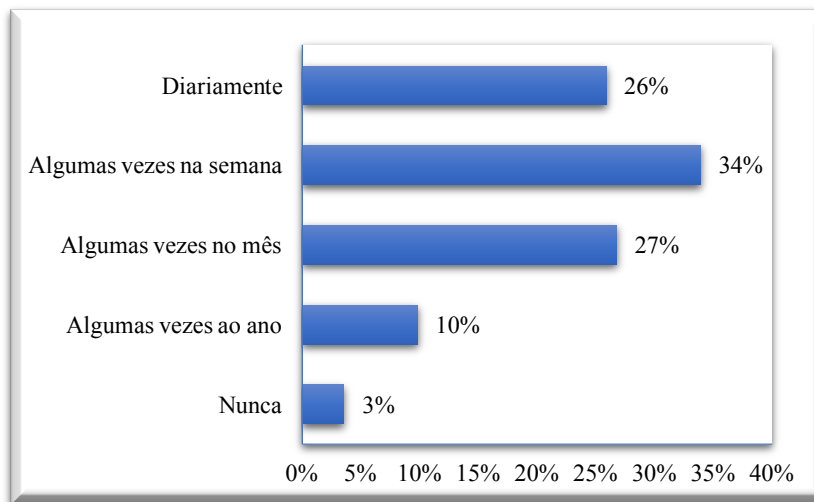
Gráfico 14 - Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Sobre o item exaustão no fim do dia de trabalho o indicativo é ainda mais robusto, nesse caso somados 96% dos participantes se sentem exaustos, há também maiores percentuais em relação a frequência de ocorrência, 26% é diário, 34% algumas vezes na semana e 27% algumas vezes no mês (Gráfico 15). Diante desse resultado não há como não perguntar, quais os efeitos disso sobre a eficiência das ações executadas por estes profissionais? Em vista disso, a perícia criminal demanda que as organizações e instituições trabalhem em prol de ter um setor que cuide, monitore e analise, em médio, curto e longo prazo as consequência destes cenários. Sem dúvida este é um instrumento capaz de diminuir as lacunas de ausência de informações que podem balizar com maior exatidão a conclusão de uma perícia.

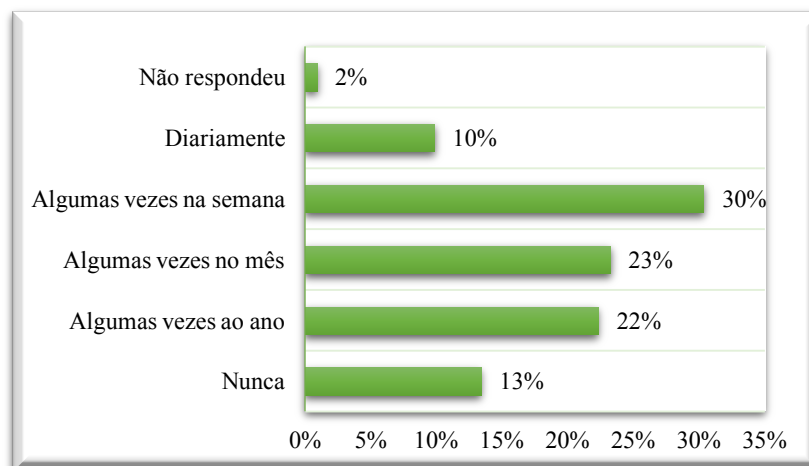
Gráfico 15 - No fim do dia de trabalho sinto-me exausto.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Sobre sentir-se fatigado quando acorda de manhã e ter que ir trabalhar mais um dia, 85% dos participantes apresenta tal estado, classificados entre 10% que vive essa circunstância diariamente, somados 53%, os indivíduos que sentem algumas vezes na semana ou algumas vezes no mês. Ademais 22% que sentem algumas vezes no ano (Gráfico 16). O cansaço do profissional pode levá-lo a cometer erros? Esse é um ponto sensível a ser refletido, sobre a responsabilidade do médico, somente dessa forma é possível vê-lo também como uma vítima e não unicamente como culpado pelo erro ocorrido. É fato que estas são variáveis que não devem ser deixadas de lado ao se realizar uma perícia criminal que comprova a culpa ou inocência de um profissional de saúde. Logo, é fundamental ajuizar todas as variáveis circunstanciais para o fechamento de uma sentença precisamente justa.

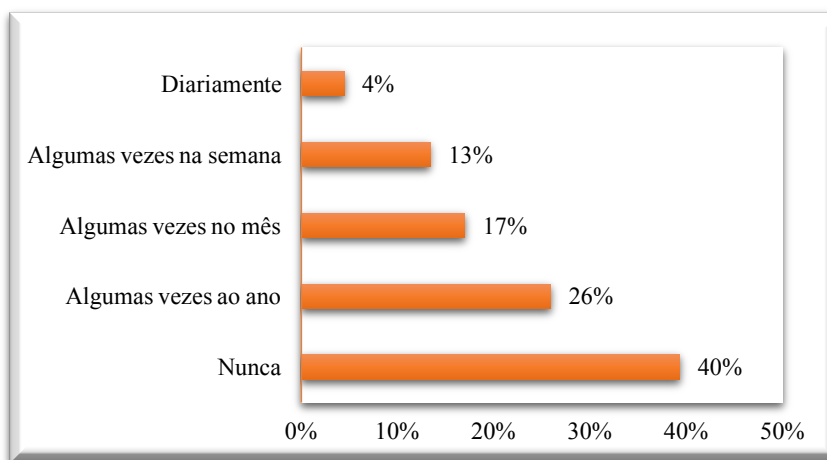
Gráfico 16 - Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que entrar mais um dia de trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

No quesito trabalhar com pessoas o dia todo ser de fato um esforço para os profissionais 60% disseram que este é uma situação já ocorrida, para os destaques em menor percentual 4% o fato é diário e maior 26% a ocorrência é anual, ainda, 40% nunca tiveram esse sentimento (Gráfico 17). O erro médico pode decorrer desses momentos de exaustão, não que este deva ser visto sempre como causa do problema, porém é preciso considerá-lo como um potencial gatilho indutor de erro.

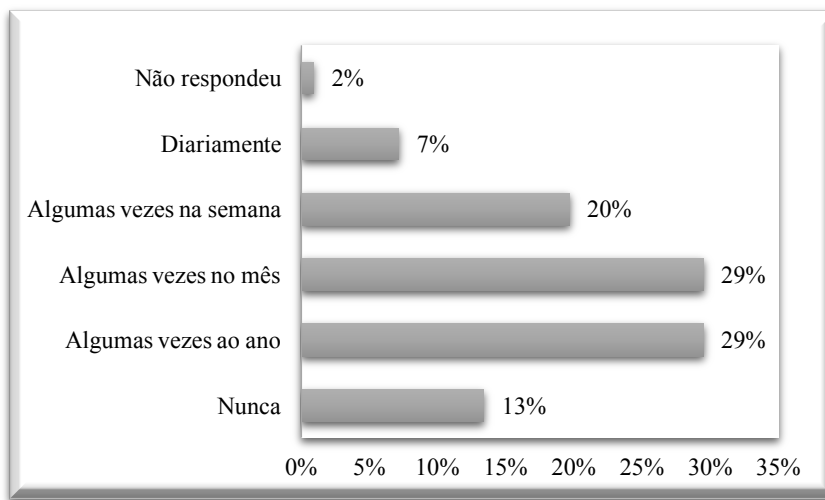
Gráfico 17 - Trabalhar com pessoas o dia todo é de fato um esforço para mim.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Entre 7% e 29% sentem-se esgotados devido ao seu trabalho diariamente ou pelo menos algumas vezes no ano, respectivamente (Gráfico 18). Este é um fator de alto risco ao se levar em consideração que esse possível desgastes físico e/ou emocional pode representar em termos erro médico. Analisando esse resultado e ponderando que se este fosse um fator possível de ser comprovado, a perícia criminal poderia ter parâmetros para considerar uma falha também da instituição que não é capaz de administrar o bem estar de seus colaboradores, e mais, de não levar em conta as consequências disso, diante da responsabilidade que a tomada de decisão, conclusão e ação do médico, pode representar para a vida de seu paciente.

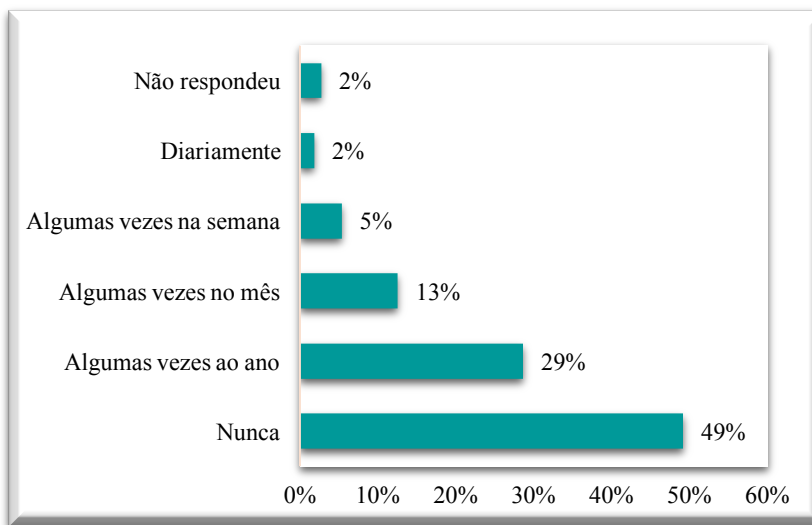
Gráfico 18 - Sinto-me esgotado devido o meu trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

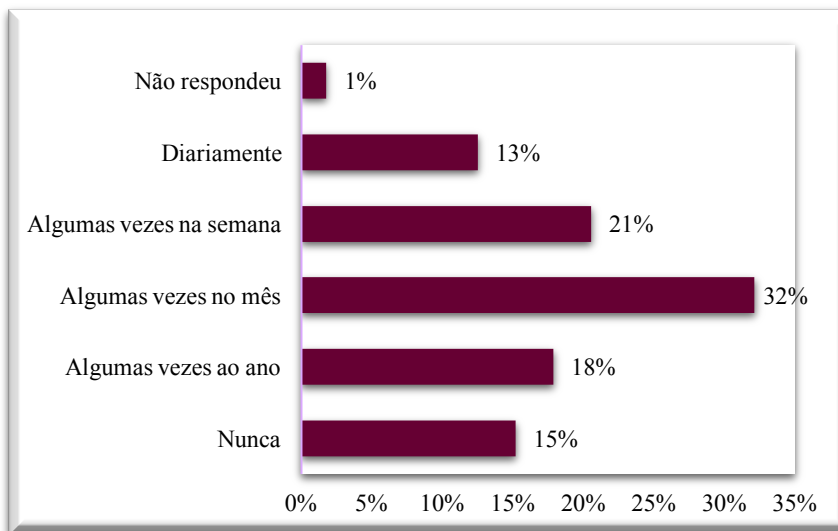
Em relação ao sentimento de frustração com seu trabalho os percentuais mais elevados são 49% os que alegam nunca ter se sentido assim, 29% o tem algumas vezes no ano, 13% algumas vezes no mês (Gráfico 19). A respeito de trabalhar de forma demasiada os destaques são 32% os que se sentem assim algumas vezes no mês, 21% algumas vezes na semana e 13% diariamente (Gráfico 20).

Gráfico 19 - Sinto-me frustrado com o meu trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

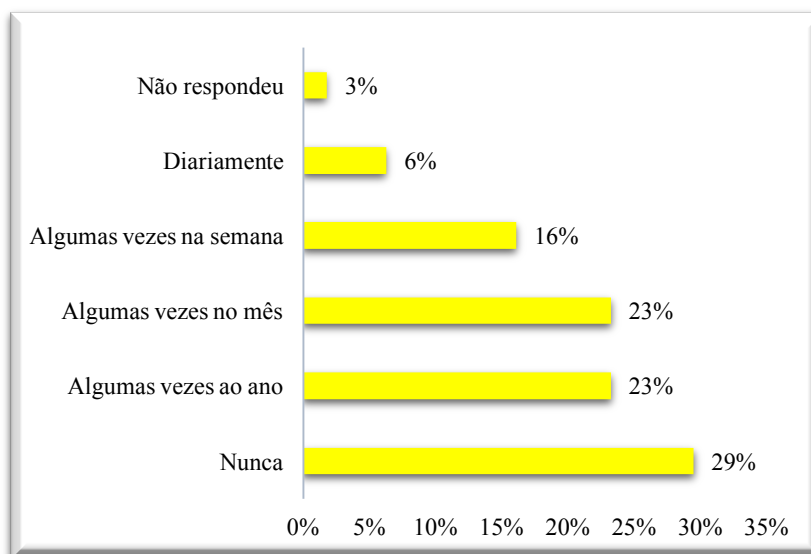
Gráfico 20 - Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

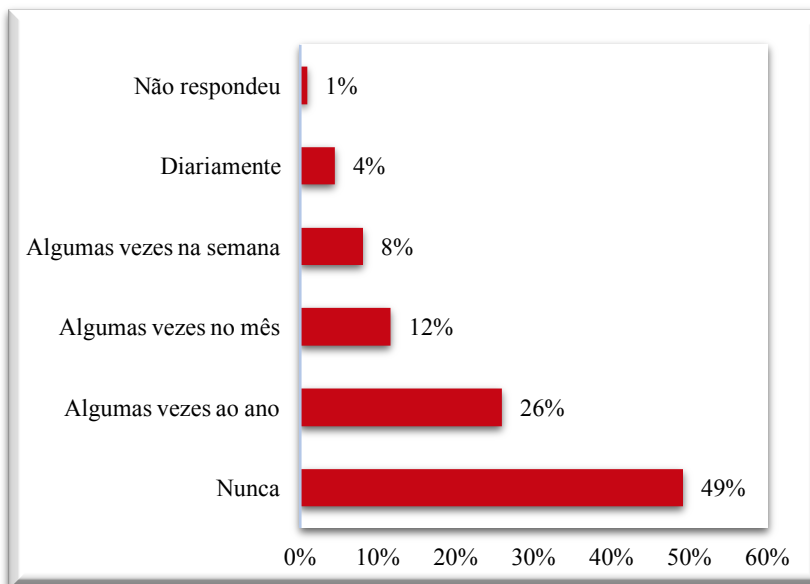
Em se tratando do sentimento de tensão 23% o desenvolvem algumas vezes no ano, 23% algumas vezes no mês, 16% algumas vezes na semana e 29% nunca se sentem assim (Gráfico 21). Esse sentimento de tensão pode ter um custo para a atenção plena do médico em relação ao seu trabalho e isso pode aumentar a probabilidade deste cometer um erro. Em se tratando do extremo sentimento de estar no limite 49% não o vivenciam, 26% o sentem algumas vezes no ano, 12% algumas vezes no mês em destaques (Gráfico 22).

Gráfico 21 - Trabalhar diretamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Gráfico 22 - Sinto que estou no meu limite ("fim da linha").



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

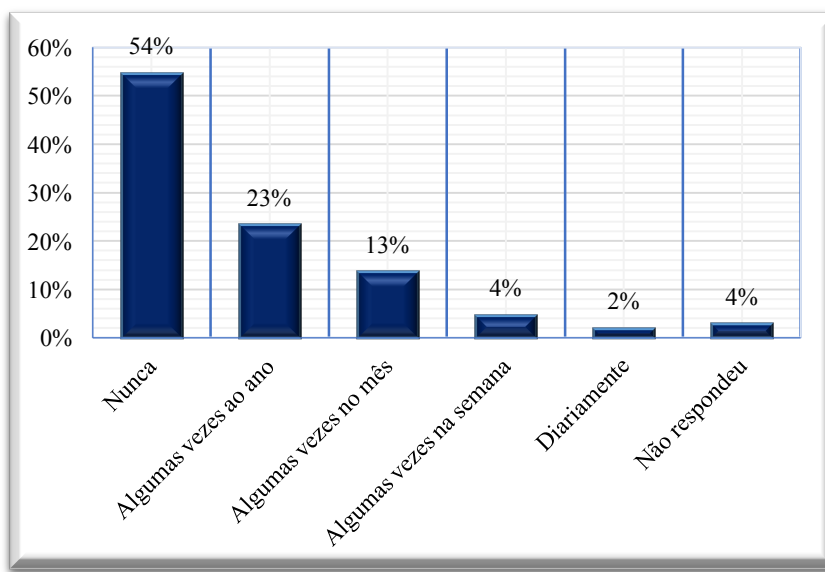
Tanto o sentimento de tensão quanto a condição de viver no limite em seu ambiente de trabalho podem gerar neste profissional condições psicológicas nocivas como a ansiedade e depressão que por sua vez apresentam característica que compõem a exaustão emocional.

Outro aspecto do Burnout é a Despersonalização dimensão analítica do Burnout composta por critérios do comportamento e sentimento de impessoalidade, insensibilidade, endurecimento emocional e outros que serão apresentados na seção a seguir.

### 3.1.3.2 Despersonalização

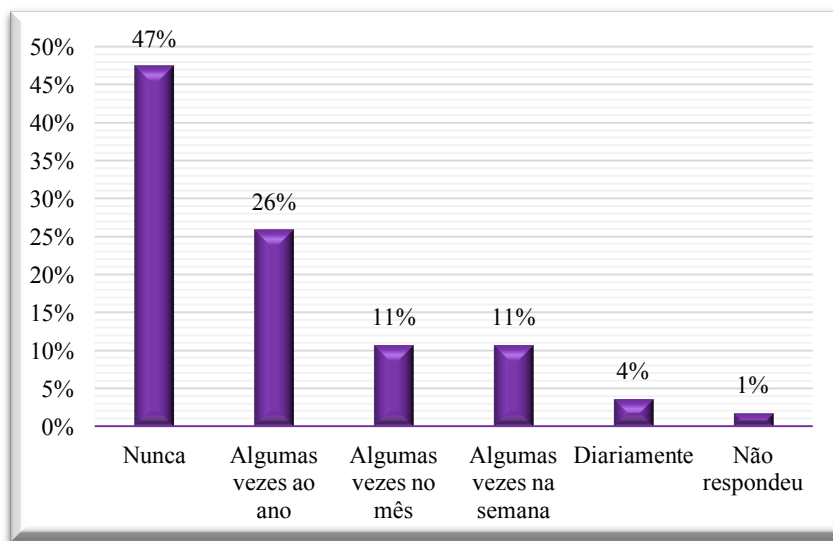
No inquérito de como sente que trata os clientes, como se fossem objetos, impessoais, 54% dos participantes disseram que nunca, uma parcela menor 2% que sente diariamente e paralelo 23% sente algumas vezes no ano (Gráfico 23). O Gráfico 24 mostra que o item tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho soma 52% para os que afirmaram essa condição com frequência variando entre diariamente, algumas vezes no ano, na semana e no mês.

Gráfico 23 - Sinto que trato alguns clientes, como se fossem objetos, impessoais.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

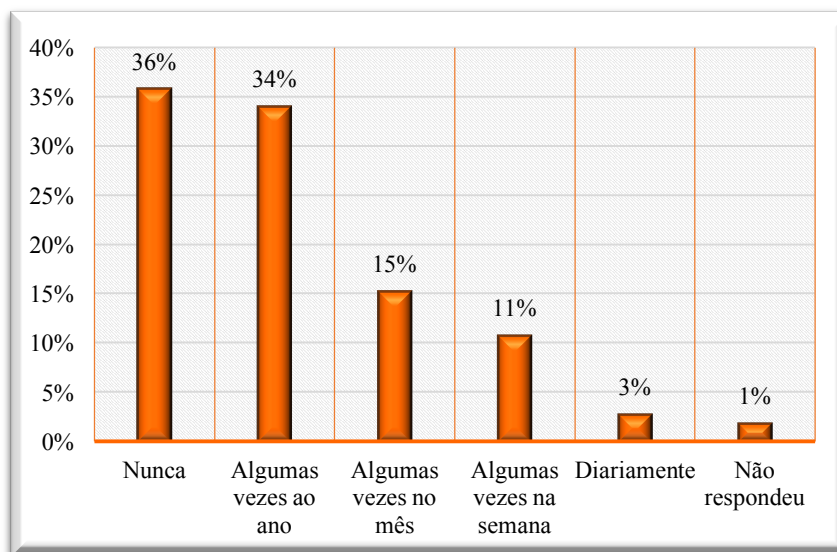
Gráfico 24 - Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

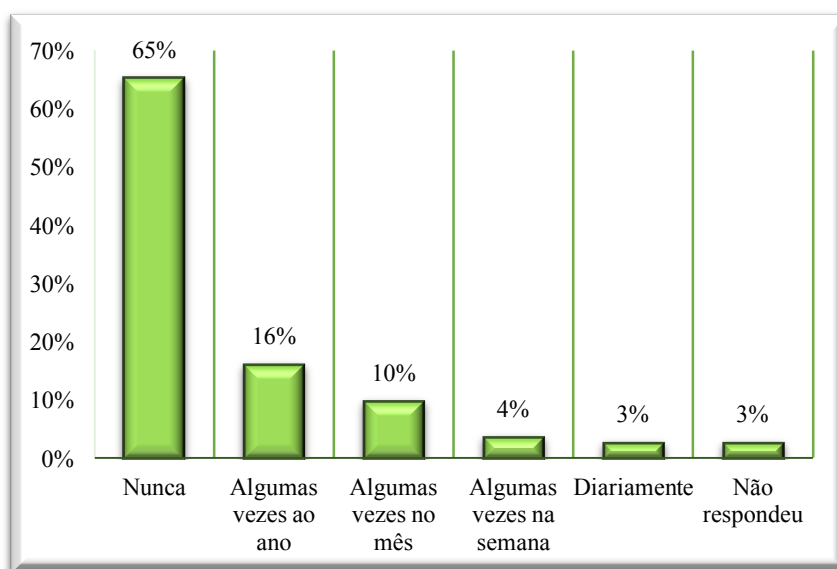
No quadro preocupo-me que este trabalho esteja a me "endurecer" emocionalmente na adição 63% dos indivíduos estão distribuídos entre os que sentem essa preocupação diariamente e algumas vezes na semana, no mês e no ano (Gráfico 25). Já no aspecto da afirmativa: De fato, não me interessa o que acontece a alguns clientes mostrado no Gráfico 26 que a maioria 65% alega nunca ter esse sentimento e demais o sentem que regularidade diferenciada.

Gráfico 25 - Preocupo-me que este trabalho esteja a me "endurecer" emocionalmente.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

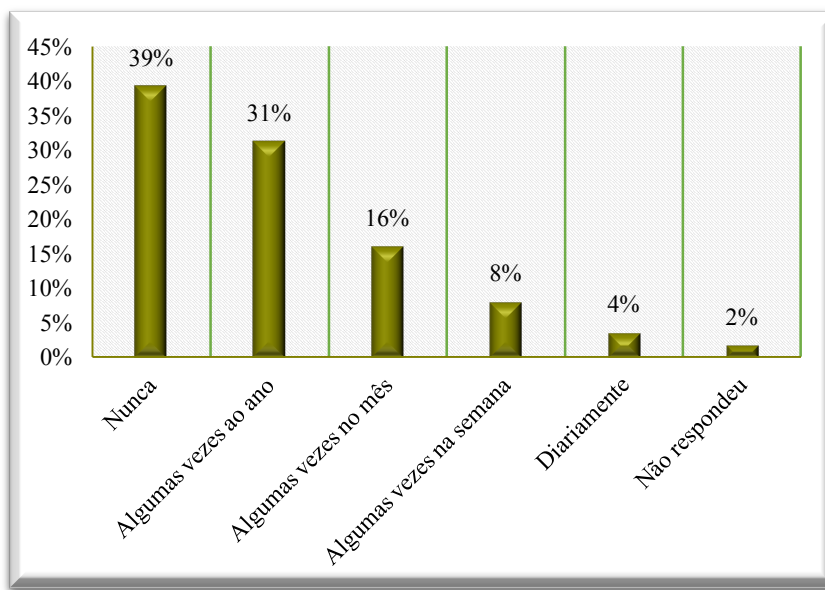
Gráfico 26 - De fato, não me interessa o que acontece a alguns clientes.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em fechamento da dimensão despersonalização no parâmetro sinto que os meus clientes me culpam por alguns dos seus problemas; 39% disse nunca para essa condição e demais 59% somados já sentiram algumas vezes no ano, no mês, na semana ou diariamente, tendo neste último a minoria das alegações (Gráfico 27).

Gráfico 27 - Sinto que os meus clientes me culpam por algum dos seus problemas.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

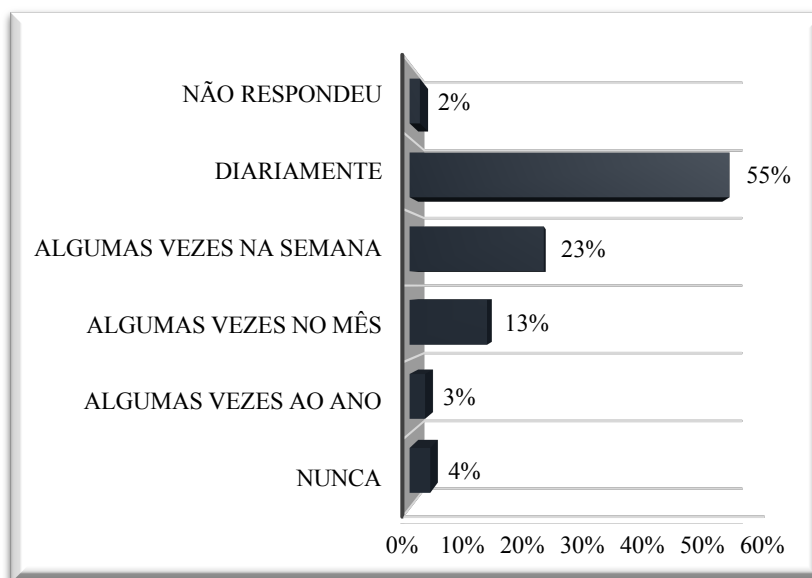
As análises conjuntas desses aspectos apontam sinais de que os médicos do Amapá podem estar gradualmente desenvolvendo tais sentimentos, mesmo que sendo de forma lenta e em menor quantitativo de indivíduos que alegam incorrer em tais condicionantes, isso não significa que este não representa um cenário de alerta para a necessidade de prevenção ou mitigação das situações que estão gerando tal cenário que poderá futuramente aumentar a probabilidade de ocorrência do Burnout.

Em sequência na apresentação da terceira dimensão do quadro analítico do Burnout, realização profissional que também compreende aspectos relevantes para a caracterização do Burnout fecha-se a análise do conjunto de elementos referentes a síndrome em questão.

### 3.1.3.3 Realização profissional

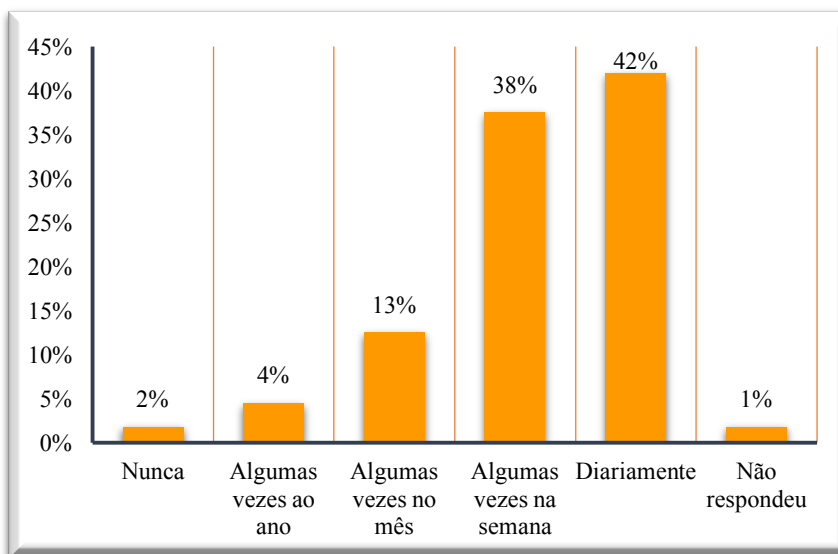
Para o item, “consigo compreender facilmente como os meus clientes se sentem acerca das coisas”, o Gráfico 28 discrimina que 55% dos participantes consegue exercer esta ação diariamente e somente 4% não, demais o aplicam com frequência semanal, mensal e anual. No pressuposto, “lido muito eficazmente com os problemas dos meus clientes”, 2% nunca o faz, 42% o faz diariamente, 38% algumas vezes na semana, demais o fazem com menor frequência (Gráfico 29).

Gráfico 28 - Consigo compreender facilmente como os meus clientes se sentem acerca das coisas.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

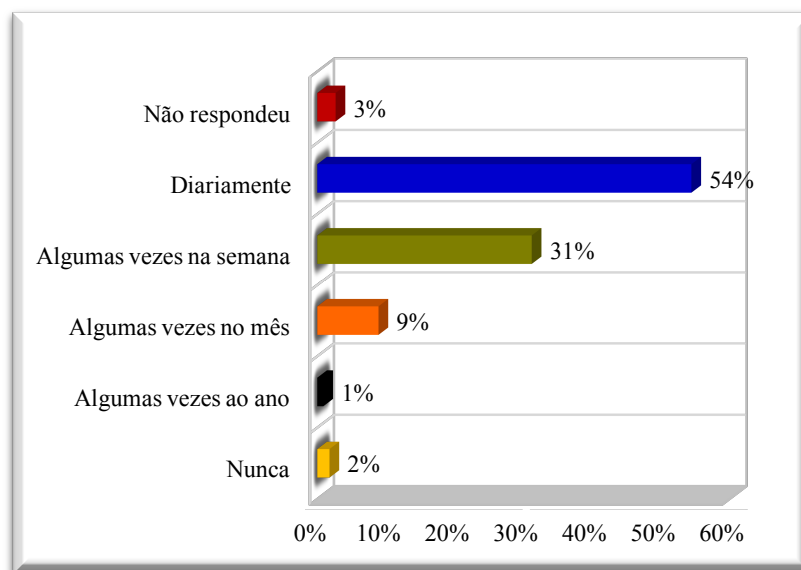
Gráfico 29 - Lido muito eficazmente com os problemas dos meus clientes.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

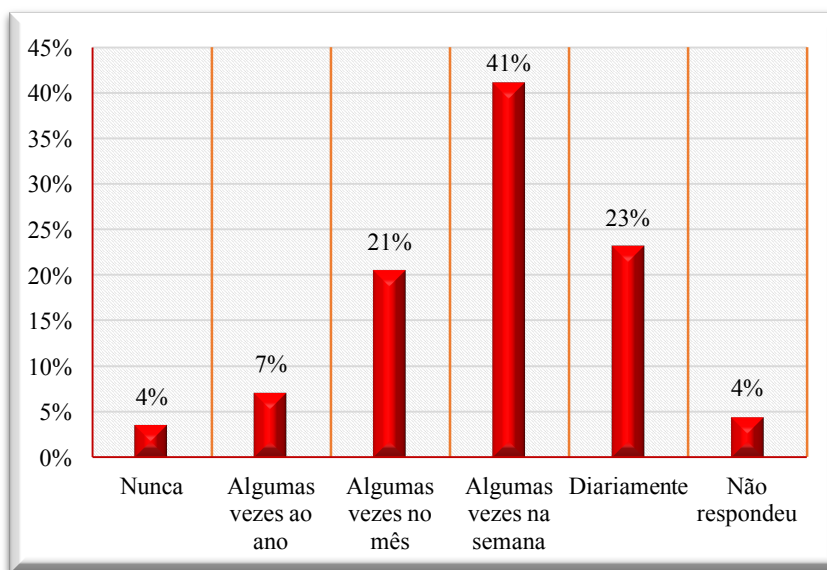
Para o sentimento de estar influenciando positivamente a vida de outras pessoas com seu trabalho 54% consideram que exercem tal função diariamente (Gráfico 30). Quanto a sentir-se energético percentual diário diminui para 23% e destaca-se os que tem esse sentimento algumas vezes na semana (Gráfico 31).

Gráfico 30 - Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras com o meu trabalho.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

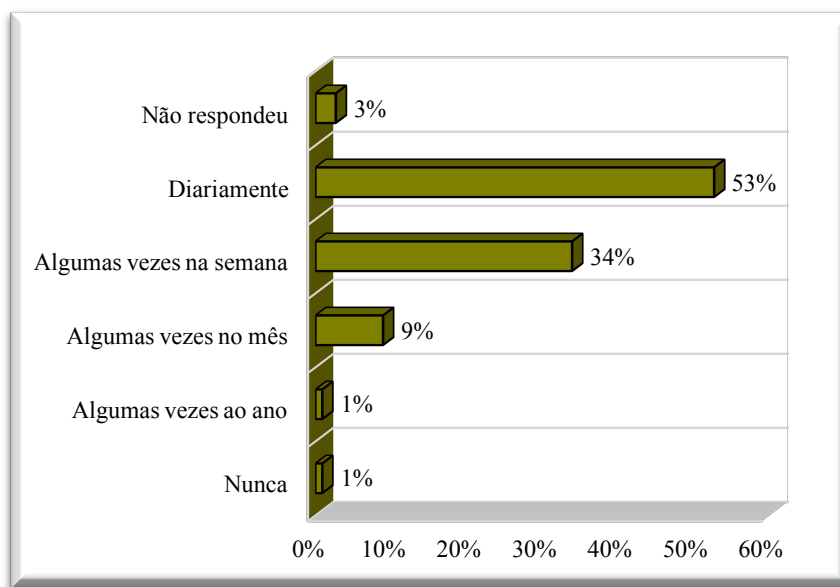
Gráfico 31 - Sinto-me muito energético.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

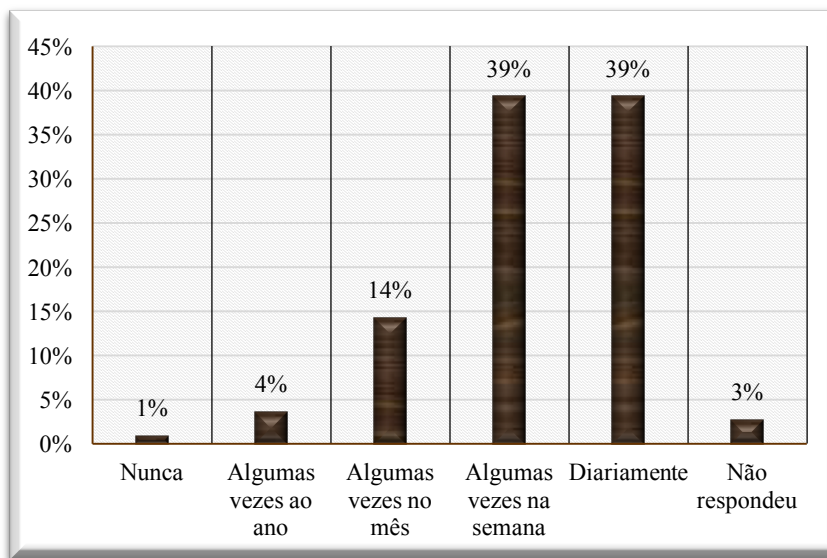
No gráfico 32 observa-se que 53% dos participantes diz que diariamente consegue facilmente criar uma atmosfera tranquila com seus clientes, 34% aplicam algumas vezes na semana. No que diz respeito ao entusiasmo para com a proximidade dos trabalhos realizados junto aos clientes os reais são 39% que sentem isso todos os dias e também 39% os que sentem algumas vezes na semana (Gráfico 33).

Gráfico 32 - Consigo facilmente criar uma atmosfera tranquila com meus clientes.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

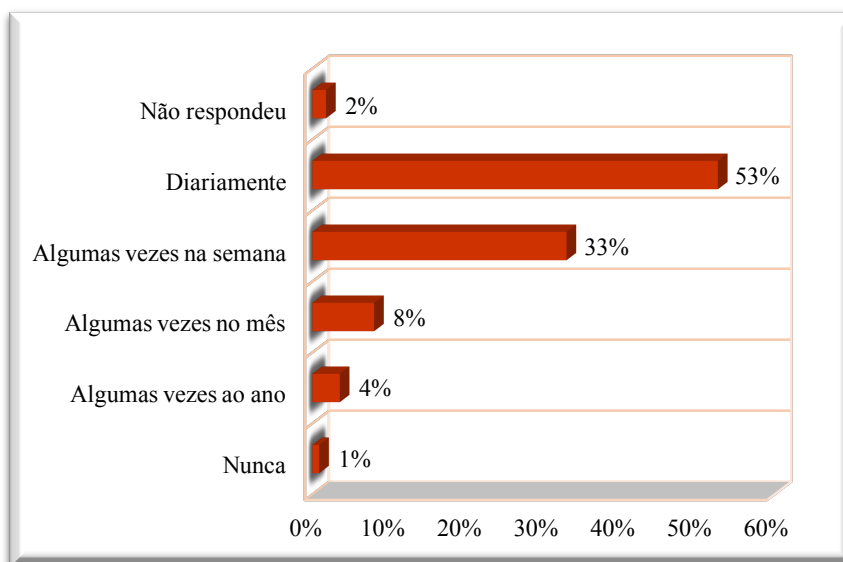
Gráfico 33 - Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com meus clientes.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

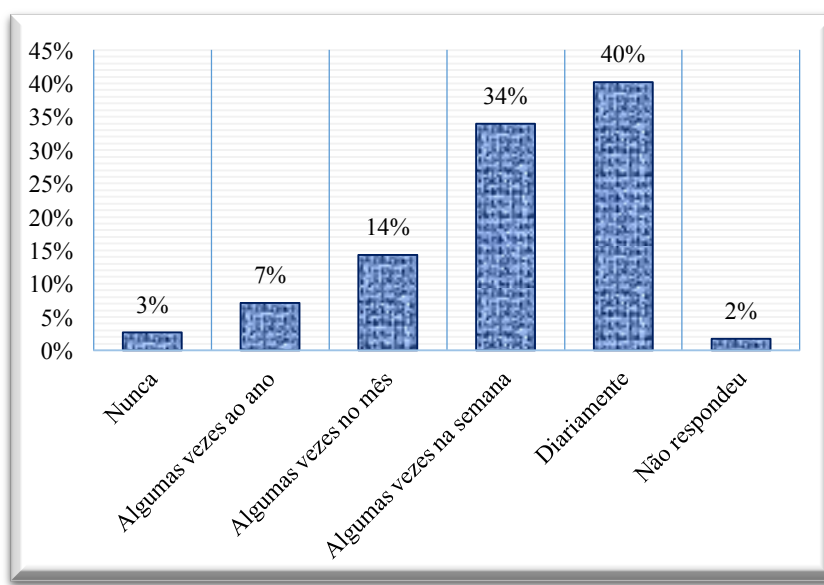
Em conclusão dos itens desta dimensão os resultados apontam que 53% dos participantes consideram que conseguem realizar muitas coisas importantes no exercício de sua profissão de médico (Gráfico 34). E também 40% dos profissionais afirma que lida com calma diante de problemas emocionais no trabalho, 34% somente algumas vezes na semana (Gráfico 35).

Gráfico 34 - Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Gráfico 35 - No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A realização profissional na aplicabilidade do método MBI também é um item que compõe questões que fecham um quadro de diagnóstico de Burnout, pois a insatisfação profissional com carreira, salário, realização pessoal, valorização e reconhecimento de suas competências profissionais também são fatores geradores de estresse.

### 3.1.4 “Erro médico”, associação com condições de trabalho e Burnout

Na tabela 3 podemos identificar que 24% dos participantes sofreu algum tipo de judicialização por “erro médico” e que em sua maioria 10% respondem processos na esfera civil demais estão relacionados com Conselho Regional de Medicina – CRM e outros.

Tabela 3 - Ocorrência de processos judiciais por “erro médico” e as esferas em que o entrevistado sofreu processo.

<b>Já sofreu algum processo</b>		
<b>Opções</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Não	84	75%
Sim	28	25%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>
<b>Esferas Jurídicas em que sofreu processo</b>		
<b>Opções</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>
Não se aplica	84	75%
Civil	11	10%
CRM	5	4%
Justiça comum	3	3%
Não respondeu	2	2%
CRM e Civil	2	2%
CRM, Civil e Penal	2	2%
Penal	2	2%
CRM e Justiça comum	1	1%
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Na tabela 4 os apontamentos da relação dos dados de médicos do Amapá que respondem judicialmente por “erro médico”, cruzados com as variáveis condições de trabalho identificam que 54% dos médicos alegam já ter sofrido violência no trabalho, 71% desempenham suas funções profissionais em mais de uma instituição, 79% trabalha em regime de escala com carga horária elevada que varia entre 24 a mais de 48 horas de trabalho. Os dados corroboram para uma situação de trabalho com sobrecarga, com condições exaustivas devido a longa jornada de trabalho, pois mesmo em regime de escala, executar trabalho direto por mais de 48 horas é físico e psicologicamente cansativo para estes trabalhadores.

Tabela 4 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e as suas condições de trabalho.

Respondem judicialmente por erro médico	Já sofreu violência no trabalho	Trabalha em mais de uma instituição	Trabalha em regime de escala	Horas trabalhadas	%
25%	54%	71%	79%	Até 24 horas	77
				25 a 48 horas	5
				Mais de 48 horas	14

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quanto a especialidade médica dos indivíduos que respondem processos judiciais por “erro médico” no Amapá identificou-se variabilidade que vai da especialidade em ginecologia a radiologia conforme pode ser observado na Tabela 5.

Tabela 5 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e as suas especialidades médicas.

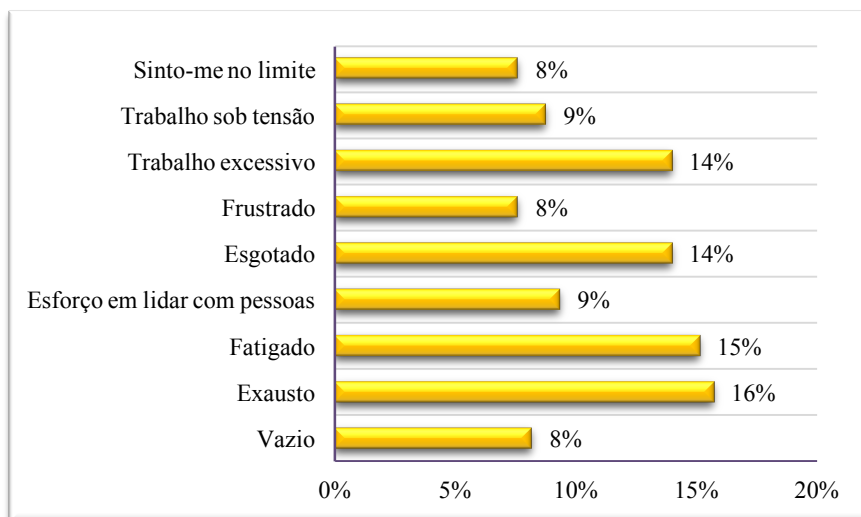
Especialidade dos médicos que sofreram processos judiciais					
Descrição	Frequência absoluta	Frequência relativa	Descrição	Frequência absoluta	Frequência relativa
Ginecologia	3	11%	Medicina da família	1	4%
Não respondeu	3	11%	Medicina do Trabalho/Clínico geral	1	4%
Clínica médica	2	7%	Medicina fetal	1	4%
Vascular	2	7%	Médico ortopedista	1	4%
Cirurgião geral e bariátrica/traumatologia	1	4%	Nefrologia	1	4%
Clínica geral	1	4%	Neonatologia	1	4%
Clínica médica/Geriatria	1	4%	Oftalmologia	1	4%
Endoscopia	1	4%	Ortopedia/Traumatologia	1	4%
Gastropediatriar	1	4%	Pediatria	1	4%
Ginecologia/obstetrícia	1	4%	Perícia médica	1	4%
Médica do trabalho/Urgência	1	4%	Radiologia diagnóstico e por imagem	1	4%

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em sequência na relação com a dimensão exaustão o Gráfico 36 mostra que os médicos apresentam maiores percentuais para os itens; se sente exausto, fatigado, esgotado, trabalha de forma excessiva entre outros. Ressalta-se que estes profissionais apresentam ainda que com

diferentes frequências os parâmetros do diagnóstico do Burnout na dimensão exaustão que confirma o indicativo de desenvolvimento da doença.

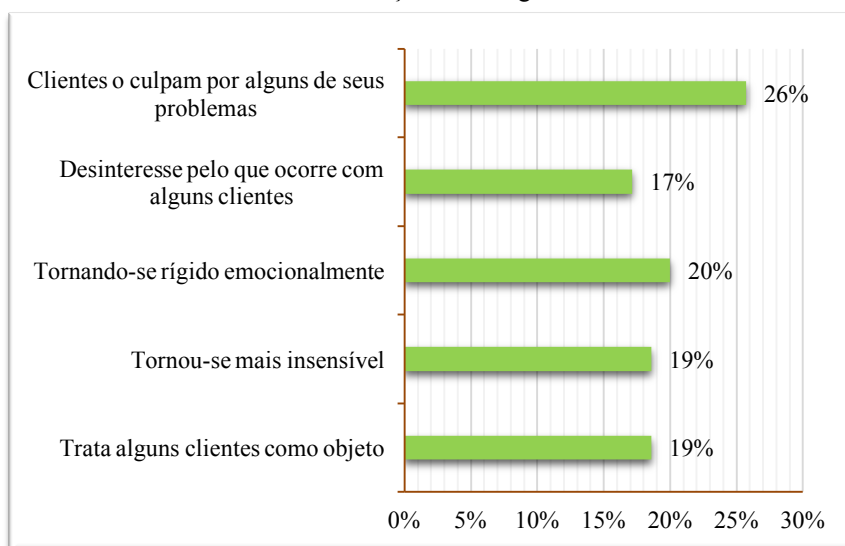
Gráfico 36 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e a dimensão EXAUSTÃO do diagnóstico Burnout.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

O Gráfico 37 demonstra também que os médicos apresentam características da dimensão despersonalização com maior percentual para o item clientes o culpam por alguns de seus problemas, ainda, estes profissionais tem se tornado mais rígidos emocionalmente.

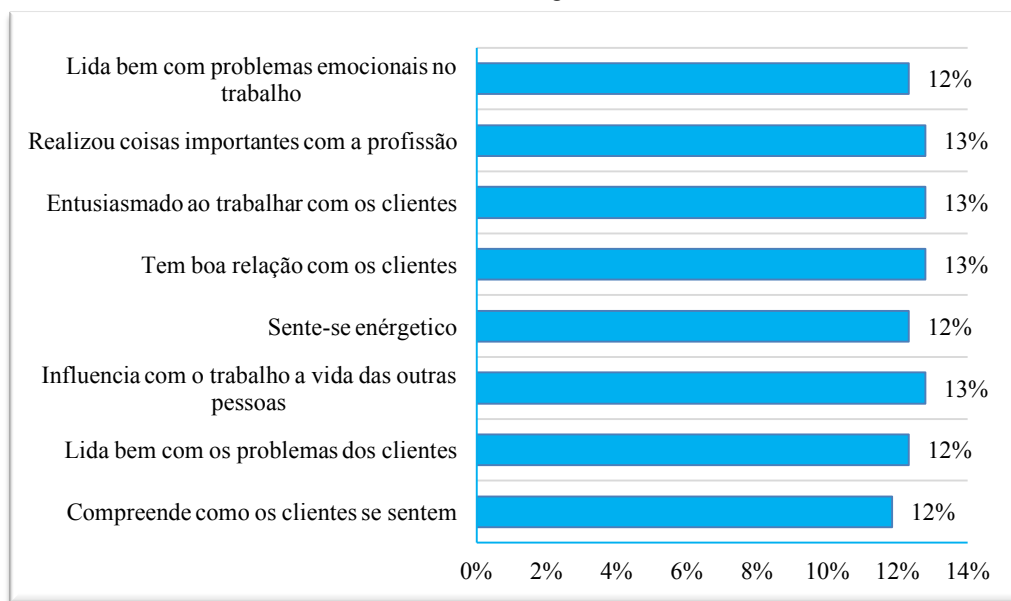
Gráfico 37 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e a dimensão DESPERSONALIZAÇÃO do diagnóstico Burnout.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

No gráfico 38 da relação com as variáveis da dimensão realização profissional não houve muita diferença nos percentuais representativos de cada item que teve variação entre 12% a 13%.

Gráfico 38 - Associação entre participantes que respondem por “erro médico” e a dimensão REALIZAÇÃO PROFISSIONAL do diagnóstico Burnout.

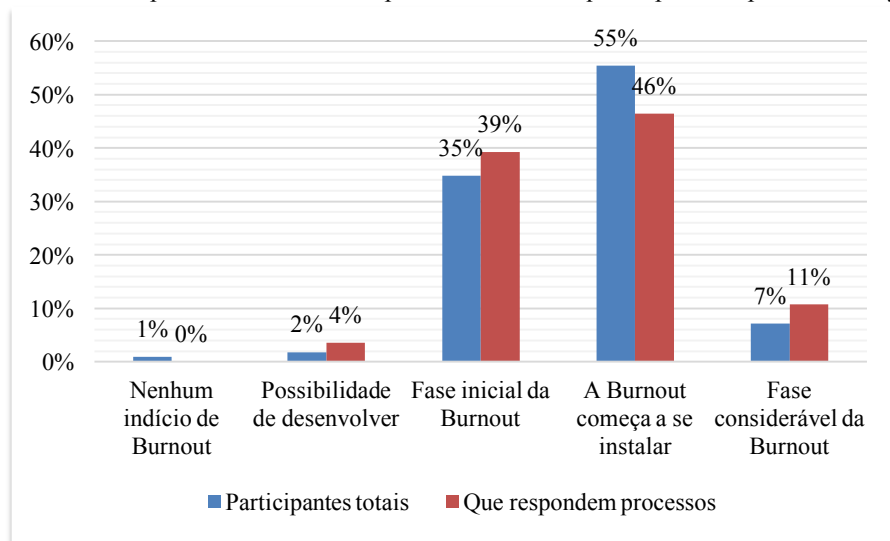


Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Em continuidade apresenta-se a discussão dos resultados do estudo ressaltado outros trabalhos e autores que realizaram estudo dentro do eixo temático que corrobora, complementa ou explica alguns resultados como os encontrados nesta pesquisa.

Dos 112 participantes da pesquisa, 1% não tinha indício da Burnout, em 55% ela estava se instalando, 35% fase inicial, em 7% a síndrome estava instalada e em 2% tinha a possibilidade de desenvolver a síndrome de Burnout. Desses 112, apenas 28 responderam ou estavam respondendo processos na justiça, desse total 46% estavam com a doença se instalando enquanto 11% já estavam em uma fase considerável da Burnout (Gráfico 39).

Gráfico 39 - Participantes totais afetados pela Burnout e os que respondem processos na justiça.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Quando associado a Burnout com a idade a correlação foi negativa fraca ( $r = -0,2855$ ), assim como com o número de horas trabalhadas pelos participantes ( $r = -0,3471$ ), diferente da relação Burnout e número de pacientes atendidos por plantão em que a correlação foi positiva, mas assim como com a idade de número de horas trabalhadas foi fraca ( $r = 0,4967$ ).

Na tabela 6 observa-se que a correlação entre os participantes que sofreram processos com o acometimento pela síndrome de Burnout foi negativa ( $r = -,064$ ) significa que a relação entre as variáveis tem Burnout e responde processo por erro médico é fraca e as variáveis em se tratando deste resultado específico são inversamente relacionadas. O resultado desta correlação pode ser explicado pelo fato de um número elevado de participantes que possui o Burnout não responderem processo judicial por “erro médico” no Amapá e isto foi mensurado dentro de uma escala de equivalência para respostas de Sim ou Não. Portanto, é possível considerar a necessidade de levantamento de dados com escalas numéricas e demais parâmetros que possam ser examinados com uso de diferentes testes estatísticos para dados qualitativos. O ponto principal deste resultado foi mostrar que não é tão simples quanto se pensa identificar uma correlação, quando se trata de dados de natureza qualitativa (condição psicológica do trabalhador versus capacidade/eficiência de suas ações versus erro médico), transpondo isso para a identificação de uma correlação entre existência da Burnout com condições adversas de trabalho e ocorrência de erro médico dentro de um sistema de investigação de uma perícia forense é ainda mais complexo.

Tabela 6 - Correlação entre variável possui ou não Burnout e variável responde processo por erro médico.

CORRELAÇÃO		Tem ou não Burnout?	Já sofreu algum processo?
Tem ou não Burnout	Pearson Correlação	1	-,064
	Sig. (2-tailed)	-	0,503
	N	112	112
Já sofreu algum processo	Pearson Correlação	-,064	1
	Sig. (2-tailed)	0,503	-
	N	112	112

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Nesse sentido, reforçamos a necessidade de ampliação de pesquisas com uso de diferentes métodos de análise do mesmo objeto de estudo incluindo os parâmetros da perícia forense e processos de julgamento por erro médico, de modo a que possa fazer uma correlação multivariada destes fatores. No caso em tela, dos 112 participantes, 28 estavam sofrendo algum tipo de processo e destes 11% estavam efetivamente com Burnout e 46% em processo de instalação da síndrome, podendo ou não desenvolvê-la. A análise acima demonstra que sim, temos relação desta síndrome com os processos judiciais, apesar de sua baixa correlação.

### 3.2 Discussão dos resultados

Sobre a Síndrome de Burnout no aspecto Exaustão Emocional o resultado apresentado na pesquisa corrobora para mostrar que esse indicador do sentimento de exaustão é importante a ser considerando na análise do desempenho profissional dos médicos, pois conforme explica Tamayo (2002) o sentimento de exaustão em relação ao trabalho denota dois problemas que ocorrem simultaneamente, um referente a saúde pública e outro de natureza econômica, o primeiro é que apresenta necessidade fundamental de análises mais precisas, por se tratar do estudo de parâmetros de natureza subjetiva. A subjetividade encontra-se no diagnóstico de comportamentos que possam ter relação com distúrbios psicossomáticos, depressão, alcoolismo, uso de drogas, impacto nas relações interpessoais fora do trabalho, especialmente no que tange a família, mudanças comportamentais, agressividade e irritabilidade que podem afetar as relações dentro dos grupos sociais no ambiente de trabalho e fora dele.

Do resultado obtido, pode-se inferir que os médicos do Amapá participantes que alegam ter a ocorrência da exaustão emocional com maior frequência podem estar em condição de vulnerabilidade quanto a execução eficiente do seu trabalho, e isto sim pode interferir na

qualidade e eficácia do desempenho de suas funções. Pois segundo Tamayo e Tróccoli (2002, p.37) “A exaustão emocional é considerada como o fator central do burnout. Diversas pesquisas mostram que características do ambiente de trabalho e do trabalhador estão associadas ao desenvolvimento da exaustão emocional”.

Ao se fazer o uso do instrumento *Maslach Burnout Inventory* – MBI elaborado por Maslach e Jackson em pesquisa voltadas ao tema o item do MBI que apresenta mais significância estatística é a exaustão emocional, predominantemente relacionada aos conflitos que acarretam stress aos profissionais da medicina (Moreira, Souza & Yamaguchi, 2018).

Estudos realizados por Oliveira et al. (2013), Prins et al. (2009), West et al (2006) que associam a síndrome de burnout a erro médico cometidos por residentes de medicina dos EUA demonstram que as taxas de ocorrência de erro médico, cometido pelos indivíduos tem relação maior com a exaustão emocional do que com uma falta de experiência profissional. A fadiga e excesso de trabalho foi associado a uma taxa significativa de indivíduos que cometerem erros médicos.

Para os autores a exaustão emocional refere-se a uma experiência subjetiva interna que culmina em sentimentos e atitudes negativas no indivíduo em relação ao seu ambiente de trabalho e isso mina o seu desempenho profissional. Os estudos sobre o Burnout já discorrem sobre o nexos dimensão exaustão e queda no rendimento profissional. Mas é preciso avançar neste terreno da produção do conhecimento a análise dessa correlação nas perícias criminais.

Sobre o prisma do direito do trabalhador brasileiro a Constituição Federal do Brasil de 1988 regulamenta aspectos voltados à proteção da segurança do trabalhador e do seu ambiente de trabalho os artigos 5º, *caput*; 6º; 200, inciso VIII; e 225, *caput* estabelece que “a proteção ao meio ambiente do trabalho resulta na proteção dos direitos fundamentais à saúde e à vida humana com qualidade e em condições dignas”. Em complementação das leis trabalhistas o artigo 157 da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT determina que as organizações devem proteger e assegurar a dignidade do trabalhador, cabendo a mesma cumprir todas as diretrizes para precaver e evitar acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

No Brasil a perícia criminal e julgamento de processos de erro médico, por sua vez, deve fazer valer o cumprimento destas normas seja pelas vias de avaliação dos itens de segurança do trabalho e medicina do trabalho ou pela inclusão em seus processos analíticos de formulação de provas em casos de perícia de erro médico a vertente da síndrome de Burnout como fator causal ou indutor da causa.

Em que pese a Síndrome de Burnout na dimensão Despersonalização, este e outros estudos mapeados por Moreira, Souza e Yamaguchi (2018) reforçam a premissa que os médicos

representam profissionais com alta vulnerabilidade a Síndrome de Burnout.

A despersonalização reflete comportamentos nos profissionais da saúde de distanciamento tanto de seus pacientes quando de seus colegas de trabalho, de uma forma extrema, ao ponto de não sentir empatia pelas pessoas que o cercam (Dias, Queirós & Carlotto, 2010). Fato evidenciado nesse estudo quando analisado o percentual de médicos que afirmaram sentir pelo menos uma vez no ano que endureceram emocionalmente ou que se sentiram insensíveis em relação as outras pessoas a sua volta.

Nesse contexto, a despersonalização surge como alternativa de fuga para esses profissionais que se sentem emocionalmente exaustos, estressados pelas inúmeras situações vivenciadas em seu dia a dia de trabalho (McManus, Winder & Gordon, 2002). Fato que acarreta na perda de sentimentos de preocupação com seus pacientes, e mesmo no aumento da indiferença em relação a eles. Esse comportamento afasta o profissional do público que deveria ter acesso aos seus serviços, comprometendo o desenvolvimento de seu trabalho no que diz respeito ao provimento dos cuidados a serem investidos aos pacientes (Maslach et al., 2001; Maslach & Leiter, 2008; Carlotto & Câmara, 2008).

Além da frieza com os pacientes, os médicos podem passar a adotar comportamentos negativos, insensíveis e cínicos para com seus colegas de trabalho. Fazendo comentários depreciativos aos colegas, atribuindo culpa aos pacientes pelos problemas enfrentados em seu ofício, inclusive sendo incapazes de serem solidários a família de um paciente que veio a óbito (Moss et al., 2016). Nessa premissa, a despersonalização é a categoria que define de fato se o profissional foi acometido pela síndrome de Burnout, é uma característica própria dessa enfermidade, uma vez que as outras dimensões avaliadas podem ser características também de outras doenças ocupacionais (Carlotto, 2009).

Segundo observações feitas no estudo de Dias, Queirós & Carlotto (2010) os homens, as pessoas que não eram casadas e que não tinham filhos apresentaram os maiores índices de despersonalização. Essa característica também foi evidenciada no público que pensava em mudar de profissão. Esses autores elucidam ainda que os profissionais homens, sem filhos e não casados acabam utilizando a profissão como forma de realização pessoal, fato que os tornam mais susceptíveis ao estresse e como consequência ao acometimento pela síndrome de Burnout.

No trabalho diversas situações quotidianas podem surgir como gatilhos para o desencadeamento do Burnout, inclusive no estudo realizado por Stanetić et al. (2019) os autores identificaram que as principais situações que causavam estresse eram a burocracia

administrativa, as recorrentes mudanças que ocorrem nas leis, a sobrecarga de trabalho com elevado número de pacientes e as demandas por seguro saúde.

Em fechamento do quadro referente ao Burnout na dimensão Realização Profissional, verificou-se no estudo que a baixa realização profissional pode gerar processos de auto-avaliação negativa no trabalhador, fato que pode ocorrer, segundo Carlotto (2009) quando o profissional sente insatisfação com seu desenvolvimento profissional, gerando nele um declínio no sentimento de competência e capacidade de interagir com pessoas no ambiente de trabalho como um todo, e também o sentimento de que nada do que realiza tem valor ou é reconhecido.

McManus, Winder & Gordon (2002) apontam em seus estudos outro aspecto que pode se tornar negativo em termos de realização profissional quanto mais elevado é esse item, maior é também a auto cobrança que o profissional se faz e gera como expectativas, ao passar a ser visto como um profissional que deve atingir perfeição em tudo que executar, não se admitindo as falhas por menores que sejam. A idealização posta a esse extremo de alta realização profissional se torna prejudicial à condição de saúde psicológica do trabalhador e isso não é diferente quando se trata dos profissionais da medicina.

Em se tratando desta dimensão é preciso encontrar o ponto de equilíbrio para o fator realização profissional, conforme as linhas de exposição dos autores citados, não pode ser extrema para máxima ou para mínima.

Desse ponto de vista defende-se a ideia de que a aplicabilidade do MBI nas suas três dimensões, exaustão, despersonalização e satisfação profissional seja adotada como parte do instrumento de gestão das organizações, com destaque para a área de saúde. Isso pode auxiliar em processos de perícia criminal, dando a estes a possibilidade de verificação da ocorrência da síndrome de Burnout e sua associação a erros médicos, o que pode contribuir e muito para tornar o julgamento de casos de erros médicos mais legítimos e razoáveis.

Adentrando para o ponto da discussão que trata sobre “erro médico” Neto (2019) identificou que processos relacionados a erros médicos estão ligados em ordem decrescente a especialidades de obstetrícia, ginecologia e clínica geral. Em seu estudo o pesquisador ao realizar um levantamento de 58 acórdões julgados sobre erro médico no Estado de Rondônia, ao dividir os processos por especialidade teve a seguinte classificação: “31% Obstetrícia, 10,4% Ginecologia; 10,4% Cirurgia Geral; 8,6% Ortopedia; 8,6% Plantonista de Urgência/Emergência; 8,6% Clínica Geral; 5,2% Cirurgia Plástica; 3,5% Oftalmologia; 3,5% Imaginologia; 1,7% Neurologia; 1,7% Neurocirurgia; 1,7% Cirurgia Torácica; 1,7% Pediatria; 1,7% Mastologia; 1,7% Cardiologia” (Neto, 2019, p. 3). Em sua análise o estudo vincula a ocorrência do erro médico a péssimas condições de trabalho, relação médico-paciente,

sucateamento da saúde no Brasil, déficit na qualidade do ensino e formação profissional dos médicos.

Neste campo de análise outros trabalhos como de Maia et al (2011) destacam que o perfil dos profissionais processados por erro médico é de homens com idade média de 41 anos e especialidades ligadas a ginecologia, com formação em universidades públicas.

Hoelz e Campello (2015) ao realizarem o mapeamento dos estudos sobre residentes de medicina e erro médico, concluíram que elevadas cargas de trabalho, especialmente as concernentes ao tempo de serviço, levam os profissionais a desenvolverem a síndrome de Burnout, observados pelo aparecimento de distúrbios psíquicos. A longa jornada de trabalho é apontada como fator desencadeador da síndrome e por sua vez, o Burnout é associado a erros médicos nos diversos estudos levantados por estes autores.

Nesse contexto da associação das características (perfil) profissional e condições de trabalho, o Burnout geralmente tem seu desenvolvimento vinculado a condições de trabalhos ruins e não necessariamente ao perfil do médico, já em termos de relação entre a síndrome de Burnout com erro médico, no Brasil, as pesquisas, ainda, são incipientes.

Mas é preciso avançar na produção deste campo de conhecimento, pois conforme ressaltam Braga et al (2019) o aumento de processos judiciais apresenta tendência de crescimento. Assim sendo, a demanda pela geração de conhecimento é grande e mais, o papel do perito embasado em conhecimento sobre todos os parâmetros como condição de trabalho e doenças ocupacionais, a exemplo a Síndrome de Burnout, sem dúvida o tornarão um agente fundamental no auxílio de decisões judiciais consistentes.

## CAPITULO IV - CONCLUSÃO

O capítulo V apresenta as conclusões com destaque para os principais aspectos do marco analítico sobre a premissa indicativa das situações levantadas na pesquisa e que podem ser informações norteadoras para adoção de novas estratégias mitigadoras do problema. Também a seção compõe recomendações para o desenvolvimento de pesquisas futuras sobre o tema com viés para problemas que foram identificados por esta pesquisa.

### 4.1 Conclusão geral

Estudos que associam a ocorrência da síndrome de Burnout com a incidência de erros médicos no Brasil, por exemplo, são incipientes e escassos. A correlação destes com estudos voltados a perícia criminal e julgamentos de crimes por erro médico estão nas mesmas condições de baixa produtividade e geração do conhecimento científico.

O presente trabalho evidencia que a síndrome de Burnout sim, tem relação com os processos judiciais, tendo repercussão nos casos de erro médico.

Deste modo, no desfecho dessa análise pontua-se a necessidade de que se façam novos estudos para mensurar a taxa de incidência da síndrome de Burnout entre os profissionais de medicina do Amapá que tenham sido diagnosticados com essa doença ocupacional, a frequência de erros médicos cometidos por profissionais que na ocorrência do erro sofriam de Burnout, o levantamento de todos os processos criminais por erro médico no Amapá para verificação da existência de perícia que tenha mencionado ou considerado a existência do Burnout como fator promotor do erro médico.

Outro ponto a ser ressaltado é que, quanto maior o grau de conhecimento e informação a respeito da síndrome de Burnout, expande-se com isso a probabilidade de reconhecimento e diagnóstico da síndrome, bem como, eleva-se a adoção de medidas remediadoras ou que possam evitar a doença. O primeiro passo para evitar os agravantes relacionados a situações de existência de Burnout, bem como, o erro médico, é identificar e tratar os profissionais que estão doentes ou que apresentam potencial e/ou estão vulneráveis ao desenvolvimento da síndrome.

A divulgação, compartilhamento e acesso desse conhecimento na formação de peritos criminais, ou na formação continuada dos mesmos é fundamental não somente pela ampliação das possibilidades de atuação destes profissionais, como também pelo contributo que podem significar no âmbito do direito civil, trabalhista e criminal. Para que processos julgados na

esfera criminal, por exemplo, sejam justos e fidedignos ao real grau de culpabilidade do profissional, ou que possam inocentar um profissional que é também vítima e não réu no processo.

## **4.2 Limitações**

Levando em consideração todo levantamento realizado no estudo é notório que existem muitas variáveis as quais necessitam ser analisadas com maior detalhe, pois cada uma delas sozinha gera um novo problema, objeto de estudo nesse cenário da correlação entre a Síndrome Burnout e a ocorrência de erro médico sob foco de análise da perícia criminal, a exemplo, a busca por resposta como, a formação do perito criminal o oferece conhecimento necessário e suficiente para que este na sua especialidade seja capaz de analisar situações que envolvem a ocorrência de erro médico associada ao Burnout e outras doenças ocupacionais.

Ademais o desenvolvimento desta pesquisa mostrou que é necessário trabalhar também em estudos sobre as organizações e medidas mitigadoras que possam precaver o desenvolvimento do Burnout, o monitoramento dos trabalhadores, seu desempenho e o ambiente de trabalho, observando todas essas variáveis de forma integrada não somente na área da saúde como em outras. A geração de um banco de dados que registre qualquer situação que possa propiciar a incidência do Burnout no ambiente de trabalho com fins de produção de informações balizadoras de tomadas de decisões para evitar problemas futuros, assim como, identificar e tratar todos os colaboradores que apresentem quadros de adoecimento por doenças ocupacionais.

Especificamente em se tratando de casos em julgamento por erro médico, a realização de perícia com diagnóstico completo que inclua a análise do ambiente de trabalho, a condição de saúde do trabalhador e as doenças ocupacionais como o Burnout. Se possível que tais perícias sejam compartilhadas como estudo de caso para que profissionais da área possam ter conhecimento e obter informações que os prepare para atuar com eficiência nessa área.

Diante do exposto, faz-se algumas sugestões para o desenvolvimento de pesquisas futuras voltadas ao tema:

- Expandir a amostra para demais profissionais de saúde que tenham características diferentes e possam ser comparadas.
- Considerar como universo da pesquisa não somente os médicos, mas também as instituições de saúde e os conselhos profissionais, bem como na esfera jurídica os peritos e a própria justiça.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, J. L., et al. (2014). Manual de procedimentos periciais. Goiás: Conselho Regional de Contabilidade de Goiás – Associação dos peritos Contadores do Estado de Goiás, 11 p.
- Aviz, R. Negligência, imprudência e imperícia. [Em linha]. Disponível em <<https://www.diferenca.com/negligencia-imprudencia-e-impericia/>>. [Consultado em 21/04/2020].
- Barbetta, P. A., et al. (2004). Estatística: para cursos de engenharia e informática. São Paulo: Atlas.
- Batista, J. B. V. (2010). Síndrome de Burnout em professores do ensino fundamental: um problema de saúde pública não percebido. Tese (Doutorado em Ciências), Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife.
- Batista, J. B. V., et al. (2011). Síndrome de *Burnout*: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 16(3), pp. 429-435.
- Batista, J. B. V., et al. (2011). Síndrome de Burnout: confronto entre o conhecimento médico e a realidade das fichas médicas. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 16(3), pp. 429-435.
- Benevides-Pereira, M. T. (2002). Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.livrebooks.com.br/livros/burnout-ana-maria-t-benevides-pereira-emnjkldqic/baixar-ebook>>. [Consultado em 16/02/2020].
- Braga, I. F. A. et al. (2019). Responsabilidade civil nas acusações de erro médico de ortopedistas. *Revista Bioética* [online]. v. 27, n. 1, pp. 105-110. ISSN online: 1983-8034. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271292>. Acesso: em 10 de setembro de 2021.
- Calhau, L. B. (2009). Resumo de criminologia. *Revista, ampliada e atualizada*. 4. ed. Niterói: Impetus.
- Caligari, R. (2018). Erro médico causa seis mortes por hora no Brasil. [Em linha]. Disponível em <<https://pebmed.com.br/erro-medico-e-causa-de-seis-mortes-por-hora-no-brasil/>>. [Consultado em 18/03/2020].
- Campos, R. A. de C. & Oliveira, L. R. M. de. (2010). Os laudos periciais nas ações judiciais por alegado erro médico: uma análise crítica. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, 105, pp. 319-354.
- Carlotto, M. S. (2009). A relação profissional-paciente e a síndrome de burnout. *Encontro: Revista de Psicologia*. v. XII, n.17, p. 7- 20.
- Carlotto, M. S. & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, 39(2):152-158.

- Cintra, A. C. F. (2012). Imputação do erro médico, ponderação dos riscos e prova por inferências. Tese (Programa de Doutorado em Direito) – Especialidade de Ciências Jurídico-civis, Lisboa.
- Cochran, W. G. A. (1977). Estimativa do tamanho da amostra. In: Cochran, W. G. *Técnicas de amostragem*. 3 ed. Nova York: John Willey.
- Conceição, M. L. da. (2018). Criminólogo – sua importância e área de atuação. [Em linha]. Disponível em <<https://maxsonluz.jusbrasil.com.br/artigos/600951822/criminologo-sua-importancia-e-area-de-atuacao>>. [Consultado em 15/04/2020].
- Conselho Nacional de Justiça - (CNJ). (2018). Justiça em Números 2018: ano-base 2017. Brasília: CNJ, 118 P.
- Correia-Lima, F. G. (2012). Erro médico e responsabilidade civil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, 92 p.
- Couto, et al. (2018). II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil. Belo Horizonte: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 99 p.
- Crc. Conselho Regional de Contabilidade do Estado do Ceará. Perícia. [Em linha]. Disponível em <[http://www.crc-ce.org.br/crcnovo/download/apostila\\_pericia\\_crc.pdf](http://www.crc-ce.org.br/crcnovo/download/apostila_pericia_crc.pdf)>. [Consultado em 15/04/2020].
- Destro, P. (2014). Lesão corporal culposa e a responsabilidade penal do médico: reflexões à luz da Lei nº 9.099/95. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Dias, S.; Queirós, C. & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- El kettani, A. et al. (2017). Evaluation of burnout syndrome among doctors in training at the Ibn Rochd University Hospital, Casablanca. *The Pan African medical journal*, 27, p. 243-243.
- Falcão, N. M. et al. (2019). Síndrome de Burnout em médicos residentes. *Revista de medicina da UFC*, v.59, n.3, p.20-23.
- Fernandes, M. A. (2014). Síndrome de *burnout* e acidente de trabalho. *Revista raízes no direito*, 3, pp. 27-37. [Em linha]. Disponível em <<http://www.>>. [Consultado em 16/02/2020].
- Fernandes, L. S. et al. (2018). Associação entre Síndrome de burnout, uso prejudicial de álcool e tabagismo na Enfermagem nas UTIs de um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 203-214.
- Fioravanti, C. (2020). Um diagnóstico do erro médico. [Em linha]. Disponível em <<https://revistapesquisa.fapesp.br/2020/01/02/um-diagnostico-do-erro-medico/>>. [Consultado em 18/03/2020].

- GIL, A. C. (2002). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas.
- GIL, A. C. (2006). Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- GIL, A. C. (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Atlas.
- Gomes, J. C. M. & França, G. V. de. Erro médico. [Em linha]. Disponível em <[http://www.portalmédico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/ParteIVerromedico.htm](http://www.portalmédico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/ParteIVerromedico.htm)>. [Consultado em 24/04/2020].
- Guedes, E. P. (2011). Perícia contábil judicial: o papel do perito contábil nomeado. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Ciências Contábeis) – Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Hoelz, L. & Campello, L. (2015). Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *Rev Bras Med Trab* [online]. v. 13, n. 2, p. 126-34. ISSN online: 2447-0147. Disponível em: <http://www.rbmt.org.br/details/14/pt-BR/relacao-entre-sindrome-de-burnout--erro-medico-e-longa-jornada-de-trabalho-em-residentes-de-medicina>. Acesso em 25 de setembro de 2021.
- Hoog, W. A. Z. (2013). Perícia contábil. [Em linha]. Disponível em <<https://www.contabeis.com.br/artigos/1145/pericia-contabil/>>. [Consultado em 16/04/2020].
- Iped. Instituto Politécnico de Ensino a Distância. Quais os tipos de perícia? [Em linha]. Disponível em <<https://www.iped.com.br/materias/direito/tipos-pericia.html>>. [Consultado em 15/04/2020].
- Lastovkova, A. et al. (2018). Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial health*, 56, n. 2, p. 160-165, 2018.
- Leal, L. P. F. F. & Milagres, A. (2012). A importância do laudo pericial médico na formação do entendimento do juízo: análise de casos de suposta má prática médica em cirurgia geral. *Revista Saúde, Ética & Justiça*. 17(2), pp. 82-90.
- Leite, G. (2019). Responsabilidade jurídico-penal do psicopata. [Em linha]. Disponível em <<https://www.jornaljurid.com.br/colunas/gisele-leite/responsabilidade-juridico-penal-do-psicopata>>. [Consultado em 18/04/2020].
- Lima, F. D., et al. (2007). Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), p. 137-146. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n2/03.pdf>>. [Consultado em 10/02/2020].
- Lima, R. S. & Bueno, S. (2018). Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 90 p.
- Maia, D. B. et al. Perfil dos processos por erro médico em São Luís-MA. *Revista de Pesquisa em Saúde* [online]. 2012, v. 12, n. 2, pp. 18-22. ISSN online: 2236-6288. Disponível

em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1044>. Acesso em 23 de setembro de 2021.

- Maia, et al. (2018). Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 27(2), 10 p.
- Maia, V. M. C. (2018). Impactos na perícia trabalhista judicial pela reforma trabalhista (Lei Nº 13.467/2017). Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Ciências Contábeis) - Faculdade de Ciências Contábeis da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Mansur, N. S. & Oliveira, R. A. de (Org). (2006). O médico e a justiça. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 92 p.
- Marques, L. R., et al. (2020). *Burnout* no trabalho do médico: o caso dos profissionais que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência na cidade de Belo Horizonte-MG. *Revista Gestão & Tecnologia*, 20(1), p. 190-214. [Em linha]. Disponível em <<http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/view/1623/1011>>. [Consultado em 10/02/2020].
- Marques, A. L.; Borges, R. & Reis, I. (2016) Mudança organizacional e satisfação no trabalho: um estudo com servidores públicos do estado de Minas Gerais. *Revista de Administração*, v. 50, n.1, p.41-58.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 2, pp. 99-113. Em linha]. Disponível em <[https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty\\_staff\\_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf&prev=search](https://translate.google.com/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf&prev=search)>. [Consultado em 10/02/2020].
- Maslach, C., et al. (2001). The measurement of experienced burnout. *Rev. Psychol*, 399:397-422.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93,498-512.
- Maslach, C.; Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Mazaro, A. (2020). Perícias judiciais e seus cuidados. São Paulo: Centro das Indústrias do Estado de São Paulo (CIESP). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ciesporocaba.com.br/documentos/palestras/pericias-judiciais-e-cuidados.pdf>>. [Consultado em 15/04/2020].
- Maslach, C. & Schaufeli, W. B. (2017). Historical and Conceptual Development of Burnout, In: Schaufeli, W. B.; Maslach, C.; Marek, T. (Ed.). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor & Francis.
- McManus, I. C.; Winder, B. C. & Gordon, D. (2002). The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *The Lancet*, 359: 2089-2090.

- Mendonça, V. S. & Custodio, E. M. (2016). Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. *Revista Bioética*, 24(1):136-146.
- Mendonça, V. S. & Custódio, E. M. (2016). O erro médico e o respeito às vítimas. *Boletim de Psicologia*, 67(145):123-134.
- Menegaz, F. D. L. (2004). Características da incidência de burnout em pediatras de uma organização hospitalar pública. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/87064>>. [Consultado em 15/02/2020].
- Menezes, C. Noções de criminologia. [Em linha]. Disponível em <<https://www.doraci.com.br/files/criminologia.pdf>>. [Consultado em 17/04/2020].
- Minossi, J. G. (2009). Prevenção de conflitos médico-legais no exercício da medicina. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 36(1):90-95.
- Minossi, J. G. & Silva, A. L. da. (2005). Aspectos Médico-Legais da Cirurgia para Hérnia Inguinal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 32(4):2014-2017.
- Minossi, J. G. & Silva, A. L. da. (2013). Medicina defensiva: uma prática necessária? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 40(6):494-501.
- Monteiro, I. (2019). Oms classifica a síndrome de burnout como doença. [Em linha]. Disponível em <<https://super.abril.com.br/saude/oms-classifica-a-sindrome-de-burnout-como-doenca/>>. [Consultado em 16/02/2020].
- Moraes, N. C. (1996). Erro médico: aspectos jurídicos. *Rev Bras Cir Cardiovasc*, v.11, n.2, p: 55-9.
- Moreira, H. A.; Souza, K. N. & Yamaguchi, M. U. (2018). Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 43: e 3, ISSN: 2317-6369 (online). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000013316>. [Consultado em 30/08/2021].
- MOSS, M. D. M., et al. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action. *Special Article*, 44(7): 1414-1421.
- Neto, D. C. (2019). Erro médico no estado de Rondônia: uma realidade nacional. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(11).
- Neto, D. C. (2019). Erro médico no estado de Rondônia: uma realidade nacional. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 11(11):2178-2091. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.v11.n11.2019>. [Consultado em 15/09/2021].
- Neves, U. (2019). Síndrome de Burnout entra na lista de doenças da OMS. [Em linha]. Disponível em <<https://pebmed.com.br/sindrome-de-burnout-entra-na-lista-de-doencas-da-oms>>. [Consultado em 16/02/2020].

- Oliveira G. S. J., et al. (2013). The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg.* 117(1):182-93.
- Organização Mundial da Saúde – (OMS). (2010). Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 143 p.
- Penteado Filho, N. S. (2012). Manual esquemático de criminologia. 2. ed. São Paulo: Saraiva.
- Pereira, A. C. (2006). Perícia contábil: conteúdo programático e propostas metodológicas. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis e Atuariais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Pires, D. A., et al. (2012). A síndrome de *burnout* no esporte brasileiro. *Revista de Educação Física da Universidade Estadual de Maringá*, 23(1), p. 131-139. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/refuem/v23n1/a14v22n1.pdf>>. [Consultado em 10/02/2020].
- Pontes, C. da S. (2015). Caracterização da síndrome de Burnout como doença do trabalho: uma visão ampliada. [Em linha]. Disponível em <<https://carladasilvapontes.jus.com.br/publicacoes/>>. [Consultado 27/02/2020].
- Prins, J. T., et al. (2009). Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med.* 14(6):654-66.
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale.
- Pureza, D. L. V. Conceito, cientificidade, métodos, objetos e finalidades da criminologia. [Em linha]. Disponível em <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oX21kYeEdC0J:https://www.direcaoconcursos.com.br/api/busca/obter-curso-aula-arquivo-demonstrativo%3FcursoId%3D3320%26chaveArquivo%3DArquivoPDF+%&cd=10&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. [Consultado em 17/04/2020].
- Rios, I. C. (2008). Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade*, 17(4), 151-160. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/15.pdf>>. [Consultado em 10/02/2020].
- Sá, F. de. (2017). Burnout: mais próximo do setor da saúde do que se imagina. *Revista FEHOESP* 360:15-23. [Em linha]. Disponível em <<http://fehoesp360.org.br/multimedia/publicacao/2/revista-fehoesp-360>>. [Consultado em 15/02/2020].
- Sacconi, L. A. (2009). Mini Sacconi – o seu dicionário de língua portuguesa. São Paulo: Nova Geração, 1255 p.
- Seap/GDF. Secretaria de Estado da Administração pública do Governo do Distrito Federal. (2013). Manual de perícia médica oficial. [Em linha]. Disponível em

- <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Manual-de-Pericia-M%C3%A9dica-Oficial-do-GDF.pdf>>. [Consultado em 16/04/2020].
- Silva, A. A. G. da. (2010). A perícia forense no Brasil. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, D. C. da, et al. (2017). Burnout no trabalho de médicos pediatras. *Revista Brasileira de Medicina Trabalho*, 15(1):2-11. [Em linha]. Disponível em <<http://www.rbmt.org.br/details/208/pt-BR/burnout-no-trabalho-de-medicos-pediatras>>. [Consultado em 15/02/2020].
- Silva, F. P. P. da S. (2000). Burnout: um desafio a saúde do trabalhador. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 2(1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>. [Consultado em 10/02/2020].
- Silva, G. (2019). Como ser perito criminal: tudo que você precisa saber para atuar na área. [Em linha]. Disponível em <<https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/carreira/como-ser-perito-criminal-tudo-o-que-voce-precisa-saber-para-atuar-na-area>>. [Consultado em 16/04/2020].
- Sobrinho, W. P. (2018). Erros em hospitais matam 148 pessoas por dia no Brasil, diz estudo. [Em linha]. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2018/08/15/erros-em-hospitais-matam-148-pessoas-por-dia-no-brasil-diz-estudo.htm>>. [Consultado em 18/03/2020].
- Stanetić, K.; Petrović, V.; Marković, B. & Stanetić, B. (2019). The Presence of Stress, Burnout Syndrome and the Most Important Causes of Working Stress Among Physicians in Primary Health Care – an Observational Study from Banja Luka, Bosnia and Herzegovina. *Acta Medica Academica*, 48(2):159-166.
- Stival, R. (2019). A necessidade de perícia em processo judicial com eventual erro médico. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ricardostival.com.br/single-post/2019/04/18/A-necessidade-de-Per%C3%ADcia-em-Processo-Judicial-com-eventual-Erro-M%C3%A9dico>>. [Consultado em 16/04/2020].
- Tamayo, A. (2002). Exaustão emocional no trabalho. *Revista de Administração*, São Paulo, 37(2):.26-37.
- Tamayo, A. & Trôccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia Exaustão o emocional*, Brasília, 7(1):37-46.
- Viana, S. M. N., et al. (2016). Médicos também erram: uma abordagem sobre os erros mais comuns na prática médica e suas causas. *Revista Uningá Review*, 27(1):31-34.
- West C. P., et al. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA.*, 296(9):1071-8.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Esta pesquisa faz parte do Estudo Científico para elaboração de uma Dissertação de Mestrado intitulada: **A síndrome do esgotamento profissional na área da saúde e sua relação com responsabilidade judicial**. Ressalta-se que os dados levantados servirão para compor o estudo científico sendo elaborados de forma agrupada, de tal modo que será resguardado o anonimato dos participantes.

Data da realização do questionário: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

#### DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dia/mês/ano).
3. Sexo: ( ) Feminino. ( ) Masculino.
4. Estado civil: ( ) Solteiro. ( ) Casado. ( ) União estável. ( ) Separado/Divorciado. ( ) Outros.
5. Filhos: ( ) Sim. ( ) Não.
6. Especialidade cadastrada no CRM: \_\_\_\_\_.
7. Especialidade em que realiza sua função (maior parte do tempo): \_\_\_\_\_.

#### DADOS REFERENTES AO TRABALHO

1. Trabalha em que tipo de empresa? ( ) Pública. ( ) Privada. ( ) Outros, descreva: \_\_\_\_\_
2. Trabalha em uma outra instituição? ( ) Sim. ( ) Não.
3. Pensa em mudar de instituição? ( ) Sim. ( ) Não.
4. Pensa em mudar de profissão? ( ) Sim. ( ) Não.
5. Trabalha em regime de escala de plantão? ( ) Sim. ( ) Não.
- 5.1. Se sim: ( ) Até 24 horas ( ) De 25–48 horas ( ) Mais que 48 horas
6. Número de pacientes que atende diariamente: \_\_\_\_\_.
7. Já sofreu algum tipo de violência no trabalho? ( ) Sim. ( ) Não.
8. Já sofreu algum processo por erro médico? ( ) Sim. ( ) Não.
- 8.1. Caso tenha sofrido processo (com transitado e julgado), informe em quais esferas fora processado: ( ) CRM. ( ) Civil. ( ) Penal. ( ) Justiça Comum. ( ) Não se aplica.

#### CONTEÚDO ADAPTADO DO INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH E JACKSON (1981)

Nos itens a seguir, marque um “X” no quesito que lhe representa. Dessa forma, responda conforme realmente se sente, pois não existem perguntas erradas ou corretas, apenas aquela que de fato exprime o que esteja sentindo.

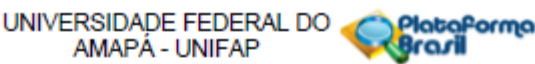
#### Exaustão Emocional

Com que frequência sente isso?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes no mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
Sinto-me _____ vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.					
No fim do dia de trabalho sinto-me exausto.					
Sinto-me _____ fatigado quando acordo de manhã e tenho que entrar mais um dia de trabalho.					
Trabalhar com pessoas o dia todo é de fato um esforço para mim.					
Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.					
Sinto-me frustrado com o meu trabalho.					

Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.					
Trabalhar diretamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.					
Sinto que estou no meu limite (“fim da linha”).					
Despersonalização					
Com que frequência sente isso?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes no mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
Sinto que trato alguns clientes, como se fossem objetos, impessoais.					
Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.					
Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente.					
De fato, não me interessa o que acontece a alguns clientes.					
Sinto que os meus clientes me culpam por algum dos seus problemas.					
Realização Profissional					
Com que frequência sente isso?	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes no mês	Algumas vezes na semana	Diariamente
Consigo compreender facilmente como os meus clientes se sentem acerca das coisas.					
Lido muito eficazmente com os problemas dos meus clientes.					
Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras como o meu trabalho.					
Sinto-me muito energético.					
Consigo facilmente criar uma atmosfera tranquila com meus clientes.					
Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus clientes.					
Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.					
No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.					

*Muito obrigado (a) por sua colaboração!*

## APÊNDICE B – CARTA DE ACEITE DA COMISSÃO DE ÉTICA DA PLATAFORMA BRASIL



Continuação do Parecer: 4.501.245

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**  
Pesquisa exequível, extremamente importante para classe médica em geral e a população em geral.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**  
Atende a Resolução 466/2012  
Atendeu o solicitado no parecer número 4.481.929

**Recomendações:**  
Se recomenda Iniciar o TCLE mencionando o Número de Resolução 466/2012, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sem necessidade de colocar dita resolução na Integra antes do TCLE

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**  
Nenhuma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

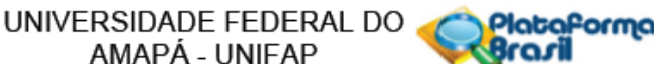
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1522456.pdf	05/01/2021 15:33:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Daniela_Atual.pdf	05/01/2021 15:32:48	Daniela Maria Raulino da Silveira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaPlataformaBrasil_Daniela.pdf	20/08/2020 11:07:24	Daniela Maria Raulino da Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ProjetoDaniela_Final.pdf	20/08/2020 11:06:03	Daniela Maria Raulino da Silveira	Aceito
Outros	AceiteUniversidadeFernandoPessoa_Projeto.pdf	08/03/2020 18:42:52	Daniela Maria Raulino da Silveira	Aceito
Outros	Carta_CRM_Amapa.pdf	08/03/2020 18:39:51	Daniela Maria Raulino da Silveira	Aceito

**Situação do Parecer:**  
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Endereço: Rodovia Jaccelino Kubitzsch de Oliveira - Km.02  
 Bairro: Belmo Universidade CEP: 68.902-280  
 UF: AP Município: MACAPÁ  
 Telefone: (96)4009-2805 Fax: (96)4009-2804 E-mail: cep@unifap.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 4.501.245

Não

MACAPÁ, 18 de Janeiro de 2021

*Anneli Mercedes Celis de Cárdenas*

Assinado por:  
Anneli Mercedes Celis de Cárdenas  
(Coordenador(a))

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA  
MESTRADO EM CRIMINOLOGIA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**PROJETO: “A SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL NA ÁREA DE  
SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A RESPONSABILIDADE JUDICIAL”.**

#### **ESCLARECIMENTO DA PESQUISA**

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo. O objetivo deste estudo é: Verificar a correlação existente entre as condições de trabalho exercidas por profissionais da saúde do estado do Amapá com a ocorrência de “erro médico” e suas implicações na análise de crimes de responsabilidade médica. Foi escolhido como amostra, a população médica com registro ativo no estado do Amapá-AP, Brasil.

As doenças ocupacionais vêm ocupando um papel de destaque nas populações. Entre elas, temos o esgotamento profissional que vem crescendo entre os profissionais de saúde, em especial em médicos e que necessitam de estudos de suas causas. A síndrome de Burnout, a qual vem gerando afastamento de suas atividades, também vem ganhando espaço nos casos de responsabilização judicial. A importância de se conhecer o perfil de médicos, como eles lidam com o esgotamento profissional e as consequências desta patologia em seus atos, principalmente do ponto de vista profissional é um importante fator de proteção. Atualmente busca-se somente conhecer o papel das vítimas na sociedade e os tipos de “erros médicos”, mas não há estudos suficientes para entender como o ambiente laboral pode repercutir no desfecho negativo.

A judicialização da Medicina vem crescendo de forma exponencial. Os órgãos julgadores em sua maior totalidade não levam em consideração o ambiente estressor ao qual o médico exerce sua profissão. O erro médico pode ser conceituado como a conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir dano à vida ou agravo à saúde de outrem, mediante imperícia, imprudência ou negligência.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo retirar-se desse estudo a qualquer momento. Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada com a sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá conversar com a profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. A médica responsável é: Daniela Maria Raulino da Silveira, CRM-AP 990, cujo endereço profissional é Clínica Médica e Odontológica do Amapá SS/Ltda (CLIMAP), situada na Avenida Álvares da Costa, nº 1383, bairro: central, CEP: 68900-074, Macapá-AP, Brasil, com endereço eletrônico [danielaraulino@yahoo.com.br](mailto:danielaraulino@yahoo.com.br)

Você está recebendo um questionário já com selo pago, sem custos. Caso sinta-se perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da pesquisa em tela, e possa contribuir com o estudo, por gentileza envie para nós. O seu envio será considerado como consentimento para o estudo, não tendo nenhum tipo de identificação. Não há despesas pessoais para o (a) participante em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada com a sua participação.

Desde já agradecemos por sua contribuição e desejamos votos de estima e consideração.

## APÊNDICE D – CARTA DE APROVAÇÃO DO CRM-AP



**CRM-AP**  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAPÁ

### CARTA DE APROVAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a realização do projeto A SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL NA ÁREA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A RESPONSABILIDADE JUDICIAL, sob responsabilidade da pesquisadora DANIELA MARIA RAULINO DA SILVEIRA – orientadora CARLA BARROS, nesta Instituição. Aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado em CRIMINOLOGIA do Instituto Nacional de Perícias e Ciências Forense – INFOR, Convênio com a Universidade Fernando Pessoa – UPF, em Porto, Portugal. Inscrita na UPF desde 07/09/2018 com término previsto para 31/01/2021.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Resolução 466/12 e suas complementares.

Houve aprovação da coleta de dados pela pesquisadora responsável. Com a homologação do Trabalho de Pesquisa/Tese de Mestrado em Criminologia em Assembléia Plenária de Conselheiros Efetivos e Suplentes do CRM AP realizada no dia 29/01/2020, nos moldes do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

**Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade**

Macapá, 30/01/2020

*Dr. Maracy Laurindo Dantas dos Santos Andrade*  
1ª Secretária

*Dr. Maracy Laurindo Dantas dos Santos Andrade*  
Dr. Maracy Laurindo Dantas dos Santos Andrade  
Secretária CRM AP