

# QUESTÕES/PROBLEMAS EM PERÍCIAS MÉDICAS NOS CASOS DE DEPRESSÃO

AMAURY JOSÉ DA C. JUNIOR

## RESUMO

O autor, exercendo a atividade pericial por mais 30 anos, constatou que a depressão é uma queixa comum entre os pacientes que alegam incapacidade para o trabalho, sendo um quadro que pode refletir uma grande variedade de doenças clínicas e psiquiátricas. É necessário que o Exame Médico-Pericial nesses pacientes seja o mais detalhado possível, levando-se em observação as alegações e comprovações do segurado para podermos avaliar a incapacidade que possa existir no exame psicofísico. Apresentamos as normas e diretrizes de conduta médico-pericial, como definidos pelo **Ministério da Previdência Social** e o **Instituto Nacional do Seguro Social** (em Brasília, Junho 2007).

**PALAVRAS-CHAVE:** *Perícia médica; Incapacidade; Depressão.*

## INTRODUÇÃO

Sentir-se, em certos momentos, triste, de baixo astral, desanimado ou de mau humor são reações normais e que fazem parte da vida. São tantas situações de perda, frustrações e estresse que ocorrem ao longo da existência que escapar ileso chega a ser, praticamente, impossível. No entanto, é preciso ficar atento aos sinais. “Quando os sintomas persistem por períodos maiores e a pessoa perde o interesse e o prazer pelos assuntos do dia a dia, pode não se tratar apenas de um estado de triste-

za momentâneo, mas sim de um quadro depressivo”<sup>1</sup>.

“A depressão é um distúrbio neuropsicológico que abrange o organismo como um todo, afetando o físico, o humor, o pensamento e até a forma como a pessoa vê e sente o mundo ao seu redor”. A principal característica é o sentimento de desencanto pela vida que esse distúrbio provoca na pessoa. “É como se a vida perdesse a cor”<sup>1</sup>.

Estimativas indicam que quatro em cada dez pessoas têm depressão. Só no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, são mais de 10 milhões de pessoas que sofrem com o problema. Apesar de não escolher sexo nem faixa etária, a incidência maior da doença se dá entre os 20 e os 40 anos, justamente no auge da vida profissional. As mulheres são as mais vulneráveis ao problema – o número de casos é o dobro do de homens. Entretanto, não se sabe ainda se isso ocorre devido às pressões sociais, às diferenças genéticas e psicológicas ou a um conjunto de fatores<sup>2</sup>.

Muitos são os fatores que podem desencadear o problema: a perda de um ente querido, o fim de uma relação amorosa, problemas financeiros e dificuldades profissionais. Por conta das longas jornadas de trabalho, pressões por resultados, competitividade e estresse, os ambientes corporativos estão cada vez mais relacionados às causas do desenvolvimento da doença. “No caso de pessoas com pré-disposição para o problema, o estresse ocupa-

cional pode ser a gota d'água".

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão ocupa o segundo lugar dentre as doenças que causam incapacidade no trabalho, e a projeção é que, até 2020, ela esteja no topo da lista. Ainda segundo a OMS, a média de falta no trabalho de um indivíduo com depressão é de sete dias por mês, enquanto a média geral é uma vez a cada 30 dias. Em linha com essa afirmação, uma pesquisa realizada pela Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) revela que 48,8% dos trabalhadores que se afastam por mais de 15 dias do trabalho sofrem com algum transtorno mental, sendo a depressão o principal deles<sup>2</sup>.

## POSSIBILIDADES CLÍNICAS DE DEPRESSÃO

Saber se um estado depressivo típico é Leve, Moderado ou Grave **não** é apenas uma questão da intensidade com a qual se apresentam os Episódios Depressivos. Deve-se verificar, também, se o momento depressivo é uma ocorrência única na vida da pessoa ou, ao contrário, se ele se repete, e isso dependerá da frequência com que se apresentam esses Episódios Depressivos.

Como se vê, o que define o tipo da Depressão são as características dos Episódios Depressivos. Assim, para saber se a Depressão em pauta é simplesmente um quadro depressivo ou se é uma fase depressiva do Transtorno Afetivo Bipolar é necessário saber se os Episódios Depressivos são uma ocorrência única no curso da doença ou se coexistem com Episódios de Euforia<sup>1</sup>.

Na Depressão, embora o juízo crítico esteja frequentemente conservado, as vivências do paciente são suportadas com

grande sofrimento e com perspectivas pessimistas. A interpretação da realidade assume caráter alterado, de acordo com a intensidade da Depressão: poderá simplesmente se apresentar como ideias falsas, nos casos mais leves ou, nos casos mais graves, como delírio franco.

Na psicomotricidade do deprimido, percebemos inibição geral das funções, lentidão, pobreza da fala e dos movimentos, ombros caídos e andar com sacrifício, desleixo nos cuidados com a higiene pessoal, abandono de si próprio. Nos casos mais graves, podemos ter posturas de negativismo, como se a pessoa estivesse numa espécie de catatonia (apatia intensa e até paralisação psicomotora).

Alguns deprimidos podem salientar apenas sintomas somáticos (físicos) ao invés de sentimentos de tristeza, como por exemplo, dores vagas e imprecisas, tonturas, cólicas, falta de ar, e outras queixas somatomorfias. Para estes, talvez, seja mais fácil comunicar sua aflição e desespero através dos órgãos que do discurso.

Também em crianças e adolescentes, a depressão pode dissimular-se sob a forma de um humor irritável ou rabugento, ao invés de triste e abatido.

Outros pacientes podem apresentar irritabilidade aumentada, como por exemplo, crises de raiva, explosividade, sentimentos exagerados de frustração, tendência para responder a eventos com ataques de ira ou culpando os outros. O que encontramos mais frequentemente nos distúrbios depressivos são sintomas atrelados predominantemente à afetividade, normalmente sem severo prejuízo da crítica.

A perda de interesse ou do prazer está quase sempre presente em algum grau. Os pacientes podem relatar menor interesse por passatempos, não se importam mais com coisas antes importantes, enfim, faltam-lhes prazer para atividades anteriormente consideradas agradáveis, incluindo a ativi-

dade sexual.

Muitos são os sintomas que podem estar associados ao desenvolvimento da depressão:

- perda de energia ou interesse;
- alterações de humor;
- dificuldade de concentração;
- alterações do apetite e do sono;
- pessimismo;
- desencanto da vida;
- dificuldade de tomar decisões;
- dificuldade para realizar tarefas;
- irritabilidade ou impaciência;
- inquietação e ansiedade;
- choros com frequência;
- dificuldade de terminar as coisas que começou;
- persistência de pensamentos negativos;
- queixas frequentes;
- sentimentos de inutilidade, desamparo ou falta de esperança;
- perda de interesse em participar de atividades;
- redução da libido;
- recusa em estar com outras pessoas;
- sentimentos exagerados de culpa, tristeza ou mágoa;
- perda de energia ou sensação de cansaço;
- pensamentos de morte e suicídio.

### **EXAME MÉDICO PERICIAL (EMP)<sup>3,4,5</sup>**

Capacidade laborativa é a relação de equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-las.

A Perícia Médica tem como finalidade a avaliação da capacidade laborativa do examinado, para fins de enquadramento na situação legal pertinente, sendo que o motivo mais frequente é a habilitação a um benefício pretendido.

O EMP deverá ser o mais detalha-

do possível levando-se em observação as alegações e comprovações do segurado, pois assim poderemos avaliar a incapacidade que possa existir no exame psicofísico.

É imprescindível considerar as seguintes informações para atingir os objetivos básicos:

1. Estabelecer o Diagnóstico da doença;
2. Estabelecer o Estado Mental no momento da ação;
3. Estabelecer o Prognóstico Social, isto é, indicar, do ponto de vista psiquiátrico, a irreversibilidade ou não do quadro, a incapacidade definitiva ou temporária, a eventual periculosidade do paciente. Tipo de atividade ou profissão;
4. Dispositivos legais pertinentes;
5. Viabilidade de reabilitação profissional;

Este último critério, mas não menos importante que os demais, reflete que o perito sempre analisa o paciente visando à preservação do indivíduo como um ser produtivo.

### **CONCEITO DE INCAPACIDADE**

É a impossibilidade temporária ou definitiva do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiocofisiológicas provocadas por doença ou acidente para o qual o examinado estava previamente habilitado e em exercício. O risco de vida para si ou para terceiros, ou de agravamento, que a permanência em atividade possa acarretar, está implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível.

A existência de doença ou lesão não significa incapacidade. Várias pessoas portadoras de doenças bem definidas (como diabetes, hipertensão arterial, etc.)

ou lesões (sequelas de poliomielite, amputações de segmentos corporais) podem e devem trabalhar. Entretanto, se houver um agravamento a este quadro, seja de natureza anatômica, ou funcional, ou de esfera psíquica, que impeça o desenvolvimento da atividade, aquelas doenças de lesões não incapacitantes podem se tornar incapacitantes.

#### ANÁLISE DO CONCEITO DE INCAPACIDADE<sup>3,4</sup>

O conceito de incapacidade deve ser analisado quanto ao grau, à duração e à profissão desempenhada.

**Quanto ao grau:** a incapacidade pode ser parcial ou total:

- a) o médico perito considerará como parcial o grau de incapacidade que ainda permita o desempenho da atividade, sem risco de vida ou agravamento maior, e que seja compatível com a percepção do salário aproximado daquele que o interessado auferia antes da doença ou do acidente; e
- b) a incapacidade total é a que gera a impossibilidade de permanecer no trabalho, não permitindo atingir a média de rendimento alcançada, em condições normais pelos trabalhadores da categoria do examinado.

**Quanto à duração:** a incapacidade pode ser temporária ou permanente:

- a) considera-se temporária a incapacidade para a qual pode se esperar recuperação dentro de prazo previsível;
- b) incapacidade permanente é aquela insusceptível de alteração em prazo previsível com os recursos da terapêutica e reabilitação disponíveis.

**Quanto à profissão:** a incapacidade laborativa pode ser:

a) uniprofissional - é aquela em que o impedimento alcança apenas uma atividade específica;

b) multiprofissional - é aquela em que o impedimento abrange diversas atividades profissionais;

c) omni-profissional - é aquela que implica na impossibilidade do desempenho de toda e qualquer atividade laborativa, sendo conceito essencialmente teórico, salvo quando em caráter transitório.

#### A AVALIAÇÃO PERICIAL

A avaliação pericial visa o atendimento<sup>3</sup>:

- para obtenção de licenças (curtas ou prolongadas) e benefícios por incapacidade temporária;
- para fins de aposentadoria por invalidez;
- para fins de readaptação funcional, conforme limitações;
- para retorno ao trabalho, sem restrições.

O Ministério da Previdência Social e o Instituto Nacional do Seguro Social (em Brasília, Junho 2007) definiram as diretrizes de conduta médico-pericial para os transtornos mentais de maior relevância na prática médico-pericial da Previdência Social<sup>6</sup>.

A Sociedade Brasileira de Perícias Médicas, fundada em 1988, por um grupo de pioneiros dos quais faço parte, mantém um debate constante sobre todos esses critérios, colaborando e procurando aprofundar o conhecimento e a dinâmica de avaliação do Médico-Perito, através de Seminários, Congressos e Cursos, e, com isso, temos conseguido esclarecer dúvidas em casos de difícil avaliação.

Destacamos, a seguir, os quadros em que predominam os distúrbios depressivos.

## TRANSTORNOS DO HUMOR (F30 A F39)

Os Transtornos do Humor são definidos como transtornos mentais nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de euforia. A alteração do humor, em geral, se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, com a presença de sinais e sintomas secundários. A maioria destes transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios pode, frequentemente, estar relacionada a situações ou fatos estressantes<sup>5,6</sup>. São entidades nosológicas complexas e de comportamento variável, o que dificulta o trabalho objetivo e técnico do perito médico. Trata-se, para a prática pericial, de um grupo subjetivo quanto à análise de tempo de afastamento, prognóstico e resposta ao tratamento.

Os transtornos do humor compreendem:

- Episódio maníaco (F30);
- Transtorno afetivo bipolar (F31);
- Episódios depressivos (F32);
- Transtorno depressivo recorrente (F33);
- Transtornos de humor (afetivos) persistentes (F34);
- Outros transtornos do humor (F38);
- Transtorno do humor não especificado (F39)

Os transtornos do humor têm origem multifatorial, podendo advir de:

1. Predisposição familiar: é extremamente comum. Na entrevista, pesquisar antecedentes familiares, o histórico de suicídio em familiares de primeiro grau, histórias extravagantes de conduta ou de grandes depressões.
2. Modificações de ordem neuroquímica, hormonal e/ou vascular: Observar a presença de comorbidades, como distúrbios

da tireoide, hepatopatias, climatério, diabetes e neoplasias.

Os transtornos do humor atingem em torno de 10% da população urbana. Cerca de 15% das pessoas portadoras de transtorno do humor tentam o suicídio. Dentre 11255 benefícios da espécie 31 concedidos, no período de 2003 a 2004, em cinco gerências executivas do INSS, de diferentes regiões do País, e pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 5552 benefícios com CID entre F30 e F39, perfazendo a prevalência de 49,3% dos casos observados.

## EPISÓDIOS DEPRESSIVOS (F32)

A Depressão, de maneira geral, se caracteriza por um estado de tristeza, a princípio imotivada, com lentificação do pensamento, sentimento de culpa, baixa autoestima, ideação de ruína, de pessimismo e de morte. O depressivo não sente alegria, nem prazer nas coisas que antes o estimulavam. Não cria, não empreende. Observa-se com frequência, a manifestação somática em depressivos, com queixas de dores generalizadas, advindas de má postura e aumento da tensão muscular (“postura corporal depressiva”). São pessoas poliqueixosas.

Deve-se diferenciar o transtorno depressivo primário da depressão reativa, uma vez que esta possui melhor prognóstico pois é consequente de uma tristeza motivada, por fatores infortunisticos (traumas, luto, catástrofes, existência de doenças graves, violência social). A depressão reativa também pode se originar do uso de certos medicamentos, tais como anti-hipertensivos (metildopa), quimioterápicos e imunossupressores.

Não há uma só causa, única e exclusiva. Na gênese das depressões, encontram-se fatores genéticos, neuroquímicos,

neuroendócrinos e o desequilíbrio no ciclo biológico.

Dentre 11.255 benefícios da espécie 31 concedidos no período de 2003 a 2004, em 5 gerências executivas do INSS, de diferentes regiões do País, pertencentes ao grupo F da CID10, foram detectados 3610 benefícios entre os CID F32 a F32.9), perfazendo a prevalência de 32,1% dos casos observados.

Do ponto de vista pericial, importa a intensidade do quadro, além da presença/persistência de sintomas psicóticos associados.

Os episódios depressivos compreendem:

- Episódio depressivo leve (F32.0);
- Episódio depressivo moderado (F32.1);
- Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2);
- Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3);
- Outros episódios depressivos (F32.8);
- Episódio depressivo não especificado (F32.9)

### **Episódio depressivo leve (F32.0)**

### **Episódio depressivo moderado (F32.1)**

O que caracteriza um transtorno depressivo como leve ou moderado é a intensidade, a quantidade e a duração dos sintomas que levam ao diagnóstico da doença.

O transtorno leve ou moderado deve cursar com tristeza imotivada ou reativa, lentificação do pensamento, redução das atividades pragmáticas, alterações de sono, apetite e libido.

### **Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2)**

### **Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3)**

Em ambas entidades nosológicas, os sintomas e sinais apresentados são os já citados para os episódios leves e moderados. Porém, em maior frequência, intensidade e duração. Nas depressões graves, é comum na história familiar uma personalidade prévia, tímida, evitativa, que perdura desde a infância e a adolescência. Também nos casos graves, o risco de suicídio é elevado; com uma taxa entre 10% e 25% de consumação da intenção.

A pessoa se sente alvo de perseguições por colegas, familiares e chefes. Percebe-se foco constante de difamações e zombarias. Faz de um sorriso, uma brincadeira; de um comentário no trabalho ou em família, um motivo para insegurança e desconfiança. Nestes indivíduos, as crises de choro são frequentes, longas e constantes, a qualquer hora e em qualquer lugar. Apresentam tendência ao isolamento, num círculo vicioso, aprofundando a gravidade do quadro. Quando presentes, os sintomas psicóticos, do tipo alucinações e delírios, são, em geral, ligados à baixa autoestima e à culpa, mesmo imotivadas.

### Conduta médico-pericial

Na depressão leve ou moderada, o prognóstico é bom, se tratado adequadamente com antidepressivos e psicoterapia, com remissão dos sintomas entre 2 a 6 semanas. A eventual incapacidade laborativa está condicionada ao ajustamento da dose, à atividade exercida (avaliar risco para si e para terceiros) e à melhora dos sintomas, lembrando-se de que há adaptação ao medicamento em torno de 60 dias. O uso continuado de medicamentos, após este período, não é, por si só, motivo para

manutenção de afastamento laborativo.

Já para a depressão grave com ou sem sintomas psicóticos, é necessária maior atenção por parte do perito, pois estas graduações requerem maior atenção, pelos riscos inerentes. Um indivíduo que apresenta um quadro depressivo grave, com tratamento médico bem-sucedido, pode recuperar a sua saúde em até seis meses.

Estudos de meta-análise em pacientes com história de episódio depressivo, quando tratados com antidepressivos por dois a seis meses, além da remissão apresentam uma redução do risco de recaída de 50%, quando comparados com placebo.

Um terço destes pacientes poderá apresentar recaída no primeiro ano.

Os maus resultados, quanto ao retorno ao trabalho, em prazo compatível, ocorrem por falta de adesão, rejeição e/ou abandono ao tratamento, orientação incorreta ou mesmo simulação (“ganho secundário”). Como o tratamento é longo, o alívio dos sintomas pode levar à interrupção da medicação prescrita, dando ensejo a recaídas.

#### EPISÓDIOS DEPRESSIVOS RECORRENTES (F33)

O episódio depressivo recorrente é caracterizado pela ocorrência repetida de crises depressivas. Estas são correspondentes à descrição de um episódio depressivo. O transtorno pode, contudo, comportar breves episódios caracterizados por um ligeiro aumento de humor e da atividade (hipomania), sucedendo imediatamente a um episódio depressivo, e, por vezes, precipitados por um tratamento antidepressivo.

O perfil clínico e evolução do quadro são semelhantes aos demais episódios depressivos descritos na CID10 entre F32.0, F32.1, F32.2 e F32.3. A diferença

está, exatamente, na recorrência das crises.

#### Conduta médico-pericial

Nestes casos, quando há presença de episódios graves, ou seja, com sintomas positivos, exuberantes, como por exemplo, tentativa ou ideação suicida, sintomas psicóticos, a recorrência é um péssimo diferencial para a decisão médico-pericial.

O perito deve, portanto, estar atento aos seguintes critérios de avaliação, antes de decidir-se:

- Frequência dos episódios. São muito frequentes? Mais de um por ano?;
- Cursam com ideação ou tentativa de suicídio?;
- Cursam com sintomas psicóticos persistentes?;
- O tratamento tem sido adequado e contínuo, com acompanhamento regular por psiquiatra?;
- Consegue manter, nos intervalos intercríticos, alguma atividade produtiva?;
- Encontra-se em idade laborativa e está inserido no mercado de trabalho?;
- A função laborativa é compatível com o quadro patológico?;
- A função laborativa é um fator agravante e negativo para o quadro patológico?

As respostas (positivas ou negativas) a este conjunto de fatores (ou questões) deverão orientar a decisão do médico-perito.

Na avaliação da incapacidade laborativa, o perito deverá analisar se o caso está com excessos de recorrência e afastamentos, com sintomas graves, e, nestes casos, a decisão poderá ser por períodos longos, com posterior revisão, e até chegar ao limite indefinido. Deve-se atentar aos antecedentes médico-periciais do segurado quanto o registro prévio deste transtorno em possíveis benefícios anteriores, se ele

obedece a uma evolução de episódios depressivos prévios ou se se trata de primeira avaliação médico-pericial já apresentando este diagnóstico referido pelo médico assistente.

#### TRANSTORNOS PERSISTENTES DO HUMOR (F34)

Os transtornos persistentes do humor são aqueles nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Podem perdurar por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta da pessoa. Levam a graus diferentes de sofrimento e incapacidade. O transtorno cursa com alterações afetivas cíclicas, porém de menor gravidade e duração, embora os portadores desta não admitam estar enfermos.

Em geral, pessoas portadoras de transtorno persistente do humor são de difícil convívio. São mais problemáticos com quem convive ao seu entorno do que consigo próprios. Em certos casos, episódios maníacos ou depressivos recorrentes ou isolados podem se superpor a um transtorno afetivo persistente.

Os transtornos persistentes do humor se classificam em:

- Ciclotimia (F34.0) - comporta numerosos períodos de depressão ou de leve euforia, nenhum deles suficientemente grave ou prolongado;
- Distimia (F34.1) - rebaixamento crônico do humor, persistindo ao menos por vários anos, mas cuja gravidade não é suficiente ou na qual os episódios individuais são muito curtos.

#### Conduta médico-pericial

Como conseguem realizar as suas tarefas e terem lazer com normalidade, dentro de seus limites cíclicos, na maior

parte das vezes, os portadores de transtornos persistentes do humor não apresentam incapacidade laborativa.

Decidimos acrescentar nessa discussão a Síndrome de *Burnout* e o Assédio Moral, pela presença, em ambos os quadros, de sintomas relacionados à depressão.

#### SÍNDROME DO ESGOTAMENTO PROFISSIONAL OU SÍNDROME DE *BURNOUT* (Z73.0)

É um transtorno grave de tensão emocional crônica relacionada ao trabalho, em que o estresse chega às últimas consequências e leva o organismo a esgotamento por exaustão. Clinicamente, o indivíduo torna-se improdutivo, irresponsável, indiferente, desatencioso, frio emocionalmente, embotado e empobrecido em seus vínculos afetivos e laborais<sup>6</sup>.

O termo foi cunhado nos EUA na década de 1970 pelo psiquiatra Herbert Freuderbergh<sup>6</sup> observando que vários profissionais, com os quais trabalhava na recuperação de dependentes químicos, apresentavam no decorrer do tempo, queda de produção, desmotivação, distúrbios de humor, exaustão e desgaste físico e emocional evidente. Dr. Freuderbergh se inspirou quanto à denominação, no título de um romance do famoso escritor Graham Greene –“A Burn Out Case” (“Um Caso Liquidado”). Naquela década, iniciou-se um processo de conscientização da importância de associar distúrbios psicoafetivos ao aumento de pressão, estresse e tipo de trabalho realizado, principalmente os que concernem à área de saúde, social e humana. Na gíria inglesa, *Burnout* identifica os “usuários de drogas que se deixam consumir pelo vício”.

Literalmente, o termo expressa o sentido de “Combustão Completa”. O perfil do atingido caracteriza-se em serem profissionais idealistas, exigentes, perfec-

cionistas, submetidos aos fatores acima relacionados e frustrados ou sobrecarregados cronicamente, diante de suas expectativas e responsabilidades profissionais.

Atualmente, existe consenso em assumir o modelo de Síndrome de *Burnout* com base em três dimensões descritas por Maslach & Jackson<sup>6</sup>, ficando da seguinte forma:

- “A Síndrome seria uma consequência de eventos estressantes que predisõem o indivíduo a vivenciá-la. Também seria necessária a presença de uma interação trabalhador–cliente, intensa e/ou prolongada para que os sintomas se produzam.”
- A Síndrome de *Burnout* não aparece repentinamente como resposta a um estressor determinado. Esta é uma importante diferença entre *Burnout* e reação aguda ao estresse, estresse pós-traumático assim como às reações de ajustamento, que são rápidas e determinadamente objetivas.
- O quadro de *Burnout* vai se instalando insidiosamente e depende da série de fatores citados nos itens anteriores (prevalência, perfil, relação com cliente, etc.).

É importante citar que, apesar de os fatores predisponentes serem importantes, o profissional, mesmo submetido à sobrecarga de trabalho, ao estresse e pressões crônicas no âmbito profissional, quando tem sua autoestima elevada, reconhecimento e simpatia do cliente quanto à sua profissão/função, raramente desenvolverá *Burnout*.

Estudos realizados no Brasil mostram que categorias profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, professores, bancários, agentes penitenciários, policiais, apresentam alta incidência de *Burnout*<sup>6</sup>. Há muitos anos, organizações do trabalho já alertavam para a alta incidência de Síndrome de *Burnout* nos controladores de voo em todo mundo.

### Conduta médico-pericial

Em geral, este segurado está abaixo dos 45 anos, tem um bom perfil profissional e, para ter o diagnóstico de *Burnout*, terá de estar empregado. O tratamento é, principalmente, psicoterápico, sendo por vezes necessário o uso de ansiolíticos e/ou antidepressivos, por algum tempo como coadjuvantes do tratamento base. O prognóstico dependerá de como este trabalhador agirá diante da doença. Em geral existem três caminhos:

1. Ao evidenciar a Doença, o indivíduo sai do emprego ou muda de função, setor, profissão, cargo, etc. Este não virá à Perícia médica;
2. Evidencia o transtorno e na impossibilidade de fazer o que sugere o item 1, reage, procura terapia, escapes como lazer/hobbies, férias, licenças-prêmio, apoia-se no que pode e consegue, e, por vezes, vence o problema, ou se dá um tempo até que possa abandonar o trabalho que o adocece. Se vier à Perícia Médica será por prazo curto. Estes indivíduos são os que têm poucos fatores predisponentes, personalidade prévia sem antecedentes psiquiátricos, boa estrutura familiar, etc.;
3. Evidencia o transtorno e por não poder, ou não conseguir, adocece física e psiquicamente. Este será o segurado que virá à Perícia Médica.

Em geral este segurado entra em Auxílio-Doença Previdenciário (“B31”) e com um “CID Secundário”, ou seja, de um dos sintomas que acompanham o *Burnout*: estresse prolongado, neurastenia, depressão, etc. Este indivíduo, se bem acompanhado pelo seu psiquiatra assistente, terá o diagnóstico de *Burnout* firmado, e retornará para conversão de B31 em B91. Cabe-rá, então, ao perito médico avaliar todo o exposto neste texto, para ratificar ou não o

diagnóstico de Síndrome de Burnout. Uma vez ratificado é caso para Auxílio-Doença Acidentário (“B91”), indubitavelmente.

Quase invariavelmente, deve ser concedido o benefício, e deverá ser encaminhado à reabilitação Profissional, uma vez que seu problema se atém às funções que executa.

O diagnóstico (CID) principal é Z73.0 e, por vezes, o CID secundário é Z60.5 (Assédio Moral), pois este quando existe, leva, sem dúvida, à exaustão e estresse crônico e ao Burnout. Os dois CIDs são bastante interligados, embora nem sempre o Burnout venha como consequência do Assédio Moral, já tendo referido neste texto os fatores múltiplos predisponentes e eclosivos da síndrome em questão.

Tendo em vista que, até o fechamento da presente edição desta Diretriz, o CID Z73.0 ainda não consta na lista de notificações do Sistema SABI, sugere-se classificar o segurado em um diagnóstico do CID-10 compatível com os sintomas do segurado.

Experiência profissional do Grupo de Trabalho tem utilizado diagnósticos como Depressão Grave, Sem Psicose (F32.2), e como CID secundário, Reação Prolongada ao Stress (F43.1).

#### PROBLEMAS RELACIONADOS AO AMBIENTE SOCIAL (Z60.0)

#### ALVO DE DISCRIMINAÇÃO E PERSEGUIÇÃO PERCEBIDAS: ASSÉDIO MORAL/MOBBING (Z60.5)

O Assédio Moral, também conhecido como “hostilização no trabalho”, “assédio psicológico no trabalho”, “psico-terror”, ou internacionalmente como *mobbing*, *bullying*, ou “*harcellement moral*”, pode ser conceituado como “conduta abusiva (gestos, palavras, atitudes, comportamentos) que atentem por sua repetição e/

ou sistematização contra a dignidade e/ou integridade psíquica e/ou física de uma pessoa, pondo em perigo sua posição de trabalho ou deteriorando o ambiente de trabalho”.

Caracteriza o Assédio Moral submeter o trabalhador a situações humilhantes, preconceituosas, constrangedoras, repetitivas e prolongadas durante a jornada de trabalho e no exercício de suas funções. “O Assédio Moral é desvio do exercício do poder nas relações de trabalho”.

Em geral, a pessoa assediada é “escolhida” porque tem características pessoais que perturbam os interesses ou o psiquismo do elemento assediador. O Assédio, por vezes, é voltado a uma equipe, a um grupo de trabalho e até a grandes setores de empresas, não sendo apenas de caráter individual. Podemos ver os assediadores como transtornados psíquicos em áreas diversas tais como sexual, moral, social ou humana.

O(a) assediador(a) usa, como recursos frequentes e constantes contra o(a) assediado(a), atitudes como: muxoxos, dar de ombros, olhares de desprezo, risos de escárnio, recusa ao diálogo e comunicação, desvalorização do trabalho, ignora seus comentários e sugestões, exclusão das decisões ou das reuniões, xinga, grita, deprecia, zomba. Faz alusões malévolas à sua pessoa e põe em dúvida sua competência, honestidade, capacidade. Pode partir para os ataques pessoais, preconceituosos, caluniosos, apelidos pejorativos, referentes à sexualidade, grupo étnico, racial, sexo, idade, aparência física, deficiências físicas. Obviamente, para caracterizar o quadro não é necessário constatar a presença de todos os itens citados. O que mais caracteriza é a frequência e a repetição destas condutas em período de tempo duradouro. Esta humilhação repetitiva e de longa duração, interfere na vida do assediado de modo direto, comprometendo sua

identidade, dignidade e relações afetivas e sociais, ocasionando, assim, graves danos à saúde física e mental do trabalhador, que podem evoluir para a incapacidade para o trabalho, desemprego, ou mesmo a morte por suicídio, constituindo um risco invisível, porém concreto nas relações e condições de trabalho.

O Assédio Moral também tem suas origens na própria organização do trabalho.

Problemas organizacionais prolongados e não resolvidos, que entravam os grupos de trabalho e podem desencadear na busca, quase sempre injusta, de “bodes expiatórios”.

Acrescente-se a precariedade de emprego e das relações de trabalho (por exemplo, precariedades dos vínculos empregatícios, a terceirização, a competitividade cega), o ritmo impresso pelo modelo econômico, e outros fatores que perversamente manipulados levam o trabalhador ao sofrimento e à humilhação.

### Conduta Médico-Pericial

O Perito Médico deve saber que o terror psicológico não se confunde com o excesso ou redução de trabalho, ordem de transferência, mudança de local de trabalho, exigências no cumprimento de metas, cumprimento rígido de horários, falta de segurança, obrigação de trabalhar em situação de risco, pouco confortável ou ergonomicamente penosa. O Assédio Moral ou *Mobbing* não é a agressão isolada, a descompostura estúpida, o xingamento ou a humilhação ocasional, frutos do estresse ou de explosão momentânea que, em geral, termina em pedidos de desculpa, apertos de mão e arrendimento por parte do agressor.

Até o fechamento desta presente edição desta diretriz, o Assédio Moral também não constava na lista de notificações

do Sistema SABI. No CID 10, é classificado pelo código Z60.5 (Alvo de Discriminação e Perseguição Percebidas). Neste caso, o segurado desenvolverá quadros depressivos importantes, com baixa autoestima severa, medo, insegurança, ansiedade. Pode levar ao quadro de *Burnout*.

O CID, quando confirmado, incluirá o segurado em Auxílio-doença Acidentário (espécie B91). Neste caso, o CID principal será o da doença sintomatológica (Depressão; Transtornos fóbico-ansiosos; Reação prolongada ao estresse; Síndrome de *Burnout* e outros). O CID Z60.5 será o secundário. No caso, é o coadjuvante do transtorno psiquiátrico em questão. O tempo de afastamento seguirá o transtorno mental descrito no CID principal.

### **CONCLUSÕES**

Quadros de depressão são muito comuns em Perícia Médica.

Os quadros de depressão são, a princípio, de caráter transitório e tratáveis e, portanto, passíveis de recuperação, não evoluindo para uma incapacidade definitiva.

A depressão pode estar associada a distúrbios clínicos em que o emocional é um sintoma. Nesses casos, há necessidade de esclarecer a etiologia.

Um dos objetivos das perícias psiquiátricas é a avaliação prognóstica ou, mais didaticamente, a avaliação das perspectivas sociais do examinado.

O interesse fundamental da Perícia Médica é a recuperação.

O retorno à atividade pode ter um cunho terapêutico!

Os fatores restritivos ao desempenho podem indicar que uma readaptação funcional permitiria o retorno ao trabalho em uma função diversa da que o paciente exercia, com qualidade de execução. O

afastamento prolongado pode piorar a enfermidade, pelo sentimento de inutilidade e isolamento e afastamento dos seus pares. Há também casos em que há necessidade de verificar uma possível simulação pelo exagero intencional das queixas ou até pela inexistência de elementos para se confirmar o diagnóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Cruz Jr. AJ. Depressão e ansiedade. Aspectos conceituais. Ed. Vecchi, 1979.
2. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Março/2005.
3. Cruz Jr. AJ. Transtornos Psiquiátricos e sua Relação com o Trabalho, maio/2010.
4. Trezub CJ. Perícia Médica: Conceitos e Fundamentos, SBPM, outubro/2006.
5. Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho, SBPM, Congresso Brasileiro em Sergipe, setembro/2010.
6. Diretrizes de conduta médico-pericial em transtornos mentais do Ministério da Previdência Social e do Instituto Nacional do Seguro Social (Brasília, Junho 2007).
7. [www.previdencia.gov.br/85anos/docs/periciamedica.pdf](http://www.previdencia.gov.br/85anos/docs/periciamedica.pdf).
8. França GV. Fundamentos de Medicina Legal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2005.

## ABSTRACT

The author, exerting expert activity for over 30 years, found that depression is a common complaint among patients who claim incapacity for work, and a frame that can reflect a wide range of medical and psychiatric conditions. It is necessary that the Forensic Medical Examination in these patients is as detailed as possible taking into account the allegations and evidence of the insured, in order to evaluate the disability that may exist in the psycho-physical examination. Standards and guidelines of conduct are presented, as defined by the Ministry of Social Security and National Insurance Institute (Brasilia, June 2007).

**KEYWORDS:** Medical assessment; Disability; Depression.

# TITULAÇÃO DOS AUTORES

---

## LUIZ AUGUSTO BRITES VILLANO

Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ; Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo.

## ABDON L.G. NANHAY

Professor Docente da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro; Médico pela Faculdade de Ciências Médicas/ UERJ.

## AMAURY JOSÉ DA CRUZ JUNIOR

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Perícias Médicas; Médico da Equipe do Proexa/ UERJ; Médico Perito Judicial; Médico do Trabalho.

## ANDRÉ LUIZ CARVALHO NETTO

Médico psiquiatra, com Residência na especialidade no HUPE/ UERJ.

## EMYLUCY M P PARADELA

Professora visitante do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ; Mestre e Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Especialista em Geriatria pela Associação Médica Brasileira.

## GABRIELA SERFATY

Médica Residente de Psiquiatria do HUPE/ UERJ.

## LILIAN OLIVEIRA E CRUZ DE ARAGÃO

Psicóloga do HUPE/ UERJ.

## MARCOS C.F. BAPTISTA

Médico psiquiatra e psicanalista. Professor colaborador e Coordenador do Setor de Psicoterapia e Psicanálise da UDA de Psiquiatria/ FCM/ UERJ.

## OSVALDO LUIZ SAIDE

Livre-Docente e Professor Adjunto de Psiquiatria; Coordenador do PROEXA – Programa de Extensão em Alcoolologia (UERJ).

## SHEILA ABRAMOVITCH

Professora adjunta de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ.

## SILVANA A.T. FERREIRA

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ; Professora da disciplina de Psiquiatria do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Medicina da UERJ.

## THAÍS SIMÕES

Médica psiquiatra, com Curso de Especialização na especialidade na FCM/ UERJ.