

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e
Cuidado na Sociedade Moderna

Capítulo 45

Edição XXX

SAÚDE MENTAL DO MÉDICO LEGISTA

ANA CLARA RIBEIRO DE OLIVEIRA¹
ALESANDRA MARTINS PARADELLA¹
ANNA BEATRIZ MARIANO DA SILVA¹
BEATRIZ PARRA DE CARVALHO FERNANDES¹
BRUNA PÊGO DAMASCENO¹
BRUNNA DE CASTRO MENDES¹
EDUARDA MENDONÇA DE OLIVEIRA CAMPOS¹
EDUARDO PEDROSA PASSOS¹
GIOVANA LEITÃO TEIXEIRA¹
GIOVANNA RAMOS CASTELLO¹
MARCELA ALVES REIS¹
MARIA MUSQUINE FERREIRA¹
MARIANNA ALVARES DE SOUZA GUIMARÃES¹
MELQUISEDEQUE DA CUNHA MOURA¹
THIAGO FERREIRA RODRIGUES¹

¹Universidade Afya Unigranrio – Barra da Tijuca

Palavras-chave: Saúde Mental; Medicina Legal; Burnout.

DOI:

10.59290/0022215928

EDITORIA
P PASTEUR

INTRODUÇÃO

A medicina legal é uma especialidade marcada pelo contato constante com a morte, a violência e o sofrimento humano. No cotidiano, o médico legista participa da investigação de casos que envolvem homicídios, acidentes, suicídios e outras situações de grande impacto emocional, desempenhando um papel essencial para a justiça e para a sociedade. Apesar da importância dessa atuação, os efeitos psicológicos desse trabalho ainda recebem pouca atenção.

A exposição frequente a eventos potencialmente traumáticos, associada à elevada responsabilidade profissional e às demandas do ambiente de trabalho, pode comprometer a saúde mental desses profissionais, favorecendo o desenvolvimento de transtornos como Síndrome de *Burnout*, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ansiedade e depressão. Nesse contexto, compreender os desafios enfrentados pelo médico legista torna-se fundamental para a promoção de estratégias de prevenção, cuidado e suporte psicológico.

Este capítulo apresenta uma revisão sobre a saúde mental do médico legista, abordando seus principais fatores de risco, manifestações clínicas, formas de manejo e medidas preventivas descritas na literatura.

EPIDEMIOLOGIA

A atuação do médico legista caracteriza-se pela exposição contínua a mortes violentas, autópsias e situações potencialmente traumáticas, tornando este grupo profissional particularmente suscetível ao desenvolvimento de agravos à saúde mental. Dentre os agravos mais observados no meio da medicina legal, exemplificam-se os seguintes: Síndrome *Burnout*,

Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), depressão, exaustão emocional e outros comprometimentos psicológicos, além de manifestações como sentimentos de culpa, frustração, ansiedade e impotência (GOLDSTEIN, *et al.*, 2021; LOMBARDO, *et al.*, 2024).

Mesmo que haja uma crescente no interesse pelo tema no meio médico, ainda se torna evidente a presença de lacunas cruciais e escassez de evidências para a elucidação de sua epidemiologia no que condiz ao papel da idade do indivíduo e sua raça em relação à uma predisposição ao desenvolvimento de psicopatologias. Em contrapartida, características como sexo do indivíduo, são mais evidenciadas na literatura disponível. Foi sugerido que o sexo feminino estaria mais predisposto ao desenvolvimento de problemas relacionados à saúde mental dentre os médicos legistas em comparação com o sexo masculino, com destaque ao estresse crônico (ALMAZROUEI, *et al.*, 2021; SEHSAH, *et al.*, 2021). Além disso, estudos sugerem a associação entre o tempo de atuação na área e o risco de desenvolvimento das psicopatologias supracitadas, indicando que aqueles com maior o tempo de atuação deste médico como legista estariam menos vulneráveis ao desenvolvimento de doenças como TEPT e Síndrome de *Burnout* (ALMAZROUEI, *et al.*, 2021).

Dentre os principais fatores determinantes para o comprometimento da saúde mental deste grupo populacional, destacam-se a elevada carga emocional do trabalho pericial, exposição frequente a casos perturbadores e a eventos traumáticos, sobrecarga ocupacional e insuficiência no que condiz ao suporte institucional oferecido aos profissionais (GEBRAN, *et al.*, 2022; GOLDSTEIN, *et al.*, 2021).

CLASSIFICAÇÃO E MECANISMOS DE DANO PSICOTRAUMÁTICO NA MEDICINA LEGAL

A prática da Medicina Legal impõe ao profissional um regime de exposição tensional crônica, no qual a homeostase psíquica é continuamente desafiada pela natureza intrínseca do objeto de trabalho: a análise da finitude humana em circunstâncias violentas e da violação da integridade física. Nesse contexto, o trauma psicológico pode ser compreendido como uma injúria psíquica ou lesão psicotraumática capaz de exceder os mecanismos habituais de resiliência e enfrentamento do indivíduo.

Seus mecanismos de ação podem ser classificados conforme diferentes dimensões de exposição ocupacional.

Taxonomia ético-ocupacional da injúria psíquica

A compreensão da lesão psicotraumática no médico legista deve considerar três esferas principais de incidência.

Trauma direto (injúria primária)

Corresponde ao estresse agudo decorrente da exposição imediata aos agentes nocivos inerentes à atividade pericial. O principal mecanismo consiste na percepção contínua de ameaça à integridade física, representada pelo risco ocupacional de contato com agentes biológicos durante necropsias, especialmente em cadáveres em decomposição, além da insalubridade do ambiente de trabalho. Essa exposição favorece estados persistentes de hipervigilância, ansiedade ocupacional e aumento da resposta fisiológica ao estresse.

Trauma secundário ou vicariante (dano por empatia)

Representa um dos mecanismos mais complexos e insidiosos de adoecimento na Medi-

cina Legal. Ocorre por meio da exposição empática e cognitiva ao sofrimento das vítimas durante a reconstrução de eventos traumáticos e crimes violentos. A internalização repetida dessas experiências pode promover uma reestruturação cognitiva negativa, modificando a percepção de segurança, confiança interpessoal e visão de mundo do profissional.

Trauma terciário (mecanismo institucional)

Relaciona-se aos fatores organizacionais do trabalho, como precariedade estrutural, insuficiência de recursos humanos, elevada carga laboral e pressão por prazos judiciais. Esses elementos atuam como catalisadores da cronificação do sofrimento psíquico, dificultando o processamento adequado das injúrias primárias e secundárias e favorecendo o esgotamento progressivo das reservas emocionais.

Mecanismos psicofisiopatológicos de adoecimento

Além das diferentes formas de exposição traumática, diversos mecanismos psicológicos e fisiopatológicos contribuem para o desenvolvimento do adoecimento mental entre médicos legistas.

Dissonância emocional e a “máscara da perícia”

Consiste no esforço cognitivo contínuo para suprimir respostas emocionais espontâneas em favor da objetividade técnico-científica exigida pela atividade pericial. Embora esse mecanismo funcione inicialmente como estratégia adaptativa, sua utilização prolongada pode culminar em isolamento afetivo, embotamento emocional e despersonalização, comprometendo a capacidade do profissional de estabelecer conexões emocionais fora do ambiente de trabalho.

Identificação projetiva reversa

Fenômeno psicológico caracterizado pela projeção da vulnerabilidade observada nas víti-

mas para pessoas pertencentes ao próprio círculo familiar do perito. Essa resposta é particularmente frequente em perícias envolvendo crianças, adolescentes e mulheres vítimas de violência, favorecendo o desenvolvimento de ansiedade antecipatória, hipervigilância e comportamentos excessivamente protetores em relação aos familiares.

Fadiga por compaixão e colapso da reserva cognitiva

A fadiga por compaixão representa o custo psicológico da exposição contínua ao sofrimento humano, distinguindo-se do estresse ocupacional convencional. A repetição de experiências envolvendo morte, violência e sofrimento extremo leva ao esgotamento da capacidade de processamento emocional, resultando em anestesia psíquica, redução da empatia, comprometimento da capacidade decisória e maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da síndrome de burnout, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao trabalho.

AVALIAÇÃO CLÍNICA e DIAGNÓSTICO

Um legista experiente encerra o turno após a necropsia de uma criança vítima de maus-tratos, assina o laudo e volta para casa como se nada de extraordinário tivesse ocorrido. Nessa aparente normalidade se esconde o desafio central da avaliação clínica nessa especialidade: reconhecer, numa cultura profissional erguida sobre o distanciamento técnico, o instante em que a adaptação cede lugar ao adoecimento.

A exposição do legista a eventos potencialmente traumáticos é cumulativa, certamente. Van der Ploeg, Dorrestijn e Kleber (2003) demonstraram relação direta entre o número de incidentes críticos acumulados na carreira e a intensidade da resposta pós-traumática, um efeito que se deposita até que um caso banal

rompa uma defesa já erodida. A revisão de Oprinca-Muja e colaboradores (2025) sintetiza o quadro: em média, 46,75% desses profissionais apresentam exaustão emocional elevada e mais da metade relata não dispor de espaço institucional para discutir o próprio sofrimento.

Na entrevista clínica, frases como "eu já vi de tudo, isso não me afeta mais" podem indicar tanto resiliência genuína quanto os primeiros sinais de despersonalização. Vale investigar ativamente os casos-sentinelas envolvendo crianças ou vítimas próximas em idade a familiares do examinador (BRONDOLO *et al.*, 2012) e a percepção de abandono institucional, que costuma pesar tanto quanto a exposição direta à violência (SEIGFRIED-SPELLAR *et al.*, 2026).

Quatro construtos merecem diferenciação cuidadosa. O TEPT, com prevalência entre 8,4% e 13% nessa população, organiza-se em torno do medo. O burnout, definido pelas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização (MASLACH & JACKSON, 1981) e reconhecido pela OMS como fenômeno ocupacional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019), tende a remitir quando o profissional é afastado do estressor. A injúria moral, ligada à culpa e à perda de confiança institucional (LITZ *et al.*, 2009), surge tipicamente de laudos irrepreensíveis que se dissolvem em falhas processuais. Já a fadiga por compaixão tem a vantagem de ser mensurada junto ao seu polo protetor, a satisfação de compaixão (STAMM, 2010) (**Figura 45.1 e Tabela 45.1**).

E se, no meio de uma necropsia infantil, o legista se pegasse paralisado, atravessado pela lembrança súbita de um sobrinho vivo da mesma idade, e voltasse para casa sem nunca mencionar aquele instante a ninguém? Esse tipo de sintoma intrusivo e silenciado é exatamente o que uma entrevista dirigida e o PCL-5 aplicado

com regularidade podem capturar antes que se torne um padrão incapacitante.

Nenhum instrumento, por mais validado, substitui a construção de ambientes onde nomear o sofrimento deixe de ser sinal de fragilidade.

Figura 45.1 Sobreposição entre TEPT, *burnout*, injúria moral e fadiga por compaixão no médico legista

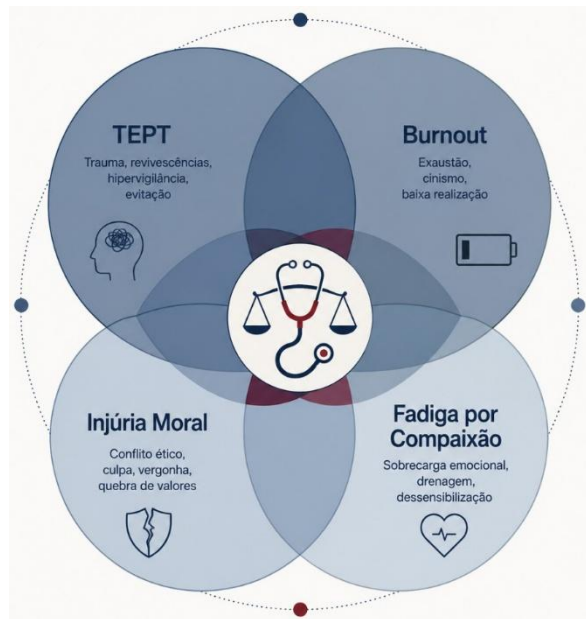


Tabela 45.1 Instrumentos essenciais de rastreio

Instrumento	Construto	Referência
PCL-5	Sintomas de TEPT	WEATHERS <i>et al.</i> (2013)
MBI	Burnout (três dimensões)	MASLACH e JACKSON (1981)
ProQOL	Fadiga e satisfação de compaixão	STAMM (2010)

CONDUTA E MANEJO

A preservação da saúde mental do médico legista deve ser compreendida como um processo contínuo de vigilância, prevenção e cuidado, e não apenas como uma resposta terapêutica diante da instalação de um transtorno mental. A singularidade da medicina legal expõe o profissional, de maneira recorrente, a experiências emocionalmente intensas, como mortes violentas, violência interpessoal, abuso infantil, suicídios, acidentes fatais e outras circunstân-

cias de elevado impacto psicológico. Paralelamente, exige-se desse médico elevado rigor técnico, imparcialidade científica e responsabilidade jurídica, frequentemente em cenários de escassez de recursos, sobrecarga assistencial e pressão institucional. Essa combinação de fatores torna a saúde mental um elemento indissociável da prática médico-legal, uma vez que o equilíbrio psicológico do profissional influencia diretamente sua capacidade de julgamento, sua tomada de decisão e a qualidade dos laudos periciais produzidos.

Nas últimas décadas, a compreensão do cuidado em saúde mental ocupacional passou por uma importante transformação. As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), elaboradas em conjunto com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), passaram a reconhecer que o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho não deve ser interpretado como manifestação exclusiva da vulnerabilidade individual, mas como resultado da interação dinâmica entre características pessoais, condições organizacionais e fatores psicossociais presentes no ambiente laboral. Sob essa perspectiva, o adoecimento deixa de ser responsabilidade exclusiva do trabalhador e passa a representar também um indicador da qualidade do ambiente institucional e das condições em que o trabalho é desenvolvido.

Essa mudança de paradigma modifica profundamente a forma como o médico legista deve ser assistido. O cuidado não deve iniciar apenas quando sintomas incapacitantes já se encontram estabelecidos, mas desde o momento em que surgem alterações sutis no funcionamento emocional, cognitivo ou comportamental. Pequenas mudanças na qualidade do sono, fadiga persistente, irritabilidade, dificuldade de concentração, redução do interesse pelas atividades profissionais, alterações na interação com colegas, isolamento progressivo ou sensação

continua de tensão podem representar manifestações iniciais de sofrimento psíquico e, portanto, constituem oportunidades para intervenção precoce. A identificação desses sinais exige uma cultura organizacional atenta ao bem-estar dos profissionais e livre do estigma historicamente associado à saúde mental no exercício da medicina.

Nesse contexto, o primeiro cuidado consiste no acolhimento do profissional de forma ética, confidencial e genuinamente humanizada. A escuta qualificada assume papel central, permitindo que o médico exponha suas dificuldades sem receio de julgamento, de perda de credibilidade ou de repercussões negativas sobre sua trajetória profissional. Esse momento ultrapassa a simples coleta de informações clínicas; representa uma estratégia de construção de vínculo, redução do estigma e fortalecimento da confiança entre o profissional e a instituição. A *World Medical Association* resalta que médicos frequentemente retardam a busca por assistência em razão da cultura de invulnerabilidade ainda presente na profissão, tornando imprescindível a criação de ambientes psicologicamente seguros, nos quais reconhecer a necessidade de ajuda seja compreendido como demonstração de responsabilidade profissional e não como sinal de fragilidade.

A partir desse acolhimento inicial, torna-se necessária uma avaliação abrangente que considere simultaneamente o indivíduo e o contexto ocupacional. Não basta investigar apenas sintomas emocionais ou estabelecer um diagnóstico psiquiátrico; é igualmente importante compreender as condições em que esse profissional exerce suas atividades. Devem ser avaliadas a intensidade e a frequência da exposição a eventos traumáticos, a carga horária semanal, o número de plantões, o volume de perícias realizadas, a existência de conflitos interpessoais, a disponibilidade de suporte institucional, a qua-

lidade das relações de trabalho, a percepção de autonomia, a satisfação profissional e o equilíbrio entre vida pessoal e atividade laboral.

Essa avaliação integrada permite reconhecer que, muitas vezes, o sofrimento psíquico não decorre apenas da exposição cotidiana à violência e à morte, mas também de fatores organizacionais potencialmente modificáveis, como sobrecarga de trabalho, insuficiência de equipes, excesso de demandas administrativas, burocratização do serviço e ausência de reconhecimento profissional.

As diretrizes internacionais também enfatizam que a resposta institucional não deve se restringir ao encaminhamento do profissional para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Embora a assistência especializada seja indispensável quando necessária, ela representa apenas um dos componentes do cuidado. Intervenções precoces sobre o ambiente de trabalho frequentemente exercem impacto semelhante ou até superior sobre a evolução do sofrimento psíquico. Sempre que possível, recomenda-se reavaliar a distribuição das atividades, reduzir temporariamente fatores estressores, reorganizar escalas, favorecer períodos adequados de descanso e fortalecer as redes de apoio existentes dentro da equipe.

Essas medidas demonstram ao profissional que a instituição reconhece o impacto das condições laborais sobre sua saúde e compartilha a responsabilidade pelo cuidado.

Outro aspecto amplamente valorizado pelas recomendações internacionais refere-se ao fortalecimento da cultura institucional de promoção do bem-estar. Ambientes de trabalho que estimulam comunicação aberta, apoio entre colegas, supervisão acessível e participação dos profissionais nas decisões organizacionais apresentam menor ocorrência de adoecimento psíquico. Da mesma forma, programas permanentes de educação em saúde mental, desenvol-

vimento de habilidades de enfrentamento, regulação emocional e gerenciamento do estresse contribuem para ampliar a capacidade adaptativa dos profissionais diante das exigências inerentes à medicina legal. É importante ressaltar, entretanto, que tais estratégias não devem ser interpretadas como mecanismos destinados a aumentar a tolerância individual ao sofrimento, mas como instrumentos para fortalecer recursos psicológicos em ambientes que também precisam ser continuamente aprimorados.

Quando, apesar dessas medidas, houver persistência ou agravamento dos sintomas, comprometimento da capacidade funcional, prejuízo no desempenho profissional ou suspeita de transtornos mentais estabelecidos, torna-se indispensável o encaminhamento precoce para avaliação especializada em saúde mental. A assistência psicológica e psiquiátrica deve ocorrer de forma confidencial, acessível e livre de estigmatização, permitindo diagnóstico oportuno, instituição do tratamento adequado e acompanhamento longitudinal. Em situações nas quais o sofrimento comprometa a segurança do exercício profissional, o afastamento temporário das atividades pode representar medida terapêutica necessária, devendo ser acompanhado de planejamento estruturado para retorno gradual ao trabalho, preservando tanto a recuperação clínica quanto a reintegração do profissional ao ambiente ocupacional.

Assim, a conduta diante da saúde mental do médico legista não se resume ao tratamento de condições já estabelecidas. Ela se fundamenta na construção de uma cultura permanente de prevenção, acolhimento e corresponsabilidade institucional, na qual o reconhecimento precoce do sofrimento psíquico, a intervenção sobre os fatores ocupacionais modificáveis e o acesso oportuno ao cuidado especializado constituem elementos centrais para preservar a saúde do

profissional, assegurar a qualidade técnica da atividade pericial e fortalecer o compromisso ético da medicina legal com a sociedade.

COMPLICAÇÕES E PROGNÓSTICO

Estudos apontam taxas de transtornos mentais consideravelmente mais altas em médicos do que na população geral (HARVEY *et al.*, 2021); no entanto, ainda são escassos os dados que situem o médico legista dentro desse quadro, especialidade a especialidade. As características do trabalho pericial — contato frequente com casos de abuso infantil, mortes traumáticas e corpos em decomposição — sugerem que essa categoria está entre as mais vulneráveis ao adoecimento psíquico.

Quando não identificados e conduzidos adequadamente, esses quadros tendem a evoluir para complicações estruturadas, e não apenas sintomas isolados. A exposição repetida a incidentes críticos ao longo da carreira apresenta efeito cumulativo, com resposta proporcional à intensidade dos sintomas de intrusão e esquiva (VAN DER PLOEG; DORRESTEIJN; KLEBER, 2003). Entre as principais complicações descritas na literatura estão a Síndrome de Burnout, estruturada nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, quadros depressivos e ansiosos secundários, e o trauma vicário, este último mais associado ao contato com familiares enlutados do que com o material pericial em si, podendo cursar com sintomas como fadiga, irritabilidade, alterações do sono e do apetite e, em casos mais graves, ideação suicida (IORGA, SOPONARU, IOAN, 2016; KÖMÜR *et al.*, 2017; OPRINCA-MUJA *et al.*, 2025). A esses fatores somam-se os estressores ocupacionais típicos da profissão — altas demandas, expectativas irreais e grande volume de casos —,

além da ausência de espaço institucional para elaborar esse sofrimento, o que favorece a cronificação do quadro em vez de sua resolução espontânea (GOLDSTEIN, ALESBURY, 2021; SEHSAH *et al.*, 2021; SIEGFRIED-SPELLAR, TYAGI, 2025).

O prognóstico é heterogêneo e depende, sobretudo, das estratégias de enfrentamento adotadas. Mecanismos mal-adaptativos, como abuso de álcool, tabagismo e isolamento social, associam-se a pior evolução clínica e manutenção da exaustão emocional a longo prazo, enquanto fatores protetores — satisfação no trabalho, resiliência, *mindfulness* e suporte social e institucional — associam-se a menor exaustão e despersonalização (SEHSAH *et al.*, 2021; Iorga, Soponaru, Ioan, 2016). Sem intervenção, o quadro tende a repercutir além da esfera individual: o comprometimento do julgamento clínico sob estresse crônico pode afetar a qualidade da perícia, com risco de erros que impactam investigações criminais e decisões judiciais, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e do acompanhamento longitudinal desses profissionais.

PREVENÇÃO

Algumas estratégias foram sugeridas para preparar melhor os médicos legistas para lidar com os impactos decorrentes de exposição a situações com alto potencial traumático. Nesse contexto, vale destacar especialmente as intervenções autoadministradas pela internet e iniciativas de psicoeducação voltadas para as respostas ao estresse no trabalho (BRONDOLO *et al.*, 2008; COLEMAN *et al.*, 2016).

Entre essas técnicas, as que mais se destacam são a previsibilidade e a controlabilidade, bem como o apoio institucional. A previsibilidade está relacionada à aplicação de exercícios que simulem incidentes críticos, a fim de reduzir a percepção de que eles representam

uma ameaça ou uma surpresa. Já a controlabilidade pode ser fomentada por meio de práticas como ioga e meditação no ambiente de trabalho, com o objetivo de modular a resposta física ao estresse. O acompanhamento com profissionais de saúde mental também é considerado uma forma importante de suporte. Adicionalmente, a instituição também deve fornecer *feedback* positivo aos profissionais e apoio quando ocorre exposição ao público sobre o desempenho do médico - legista. Essas ações podem ajudar na recuperação e reduzir os impactos psicológicos ligados a essas experiências (BRONDOLO *et al.*, 2008).

Medidas de organização do trabalho foram também apontadas. Estabelecer canais de comunicação entre os trabalhadores e as instituições possibilita reportar os problemas cotidianos do trabalho, como críticas e a carência de materiais e de equipamentos de proteção

Portanto, questões que pertencem à rotina dos trabalhadores médicos legistas, mas que podem ser solucionadas ou mesmo atenuadas por outros departamentos da instituição, têm mais possibilidades de serem notadas e tratadas (BRONDOLO *et al.*, 2008; GEBRAN *et al.*, 2022).

Há ainda outro ponto que merece atenção: como a atividade médico-legal chega até a população em geral. A mídia pode servir como um recurso educativo ao informar o que fazem os legistas, ajudando a entender melhor essa área de atuação. O uso de grupos focais e outras táticas de comunicação podem ajudar nesse sentido, além de evitar atrasos nos processos de autópsia e, também, a desmistificar a profissão. (PAWARA, *et al.*, 2015).

Desta forma, as estratégias de prevenção e recuperação devem deixar de se apoiar nas ações individuais dos profissionais dos institutos de medicina legal. Medidas institucionais, cuidado com a saúde mental e uma comunica-

ção mais transparente com a sociedade precisam caminhar juntos, podendo contribuir para a diminuição do estresse, do desgaste físico e dos sentimentos negativos vinculados ao trabalho dos médicos-legistas (BRONDOLO *et al.*, 2008; GEBRAN *et al.*, 2022).

DISCUSSÃO

As evidências reunidas neste capítulo permitem retomar uma questão central da saúde mental na medicina legal: por que uma categoria profissional tão exposta a eventos potencialmente traumáticos permanece, ainda hoje, pouco assistida em termos de prevenção e cuidado institucional? A resposta não parece estar apenas na intensidade do trabalho pericial, mas também na forma como essa intensidade foi historicamente naturalizada dentro da própria cultura da especialidade.

Essa construção cultural apoia-se em um mito velado de invulnerabilidade e distanciamento afetivo, no qual a capacidade de suprimir respostas emocionais diante da morte e da violência passa a ser valorizada como virtude técnica e requisito para a maturidade profissional. Sob o pretexto do rigor científico, a insensibilidade progressiva deixa de ser vista como um sinal de alerta para o desgaste psíquico e passa a ser assimilada como um mecanismo de defesa necessário. Esse processo não apenas desresponsabiliza as instituições pela oferta de suporte adequado, mas também faz com que os próprios profissionais incorporem e reproduzam condutas que disfarçam a exaustão latente sob a fachada de um aparente equilíbrio defensivo.

Essa naturalização aparece com clareza no relato, já mencionado, de um profissional que descreve não ser mais afetado pelo que vê. Frases desse tipo circulam com frequência entre legistas experientes e costumam ser interpretadas, dentro e fora da profissão, como expressão

de maturidade clínica. Os dados de Van der Ploeg; Dorresteijn; Kleber (2003) sugerem, no entanto, uma leitura mais cautelosa: o efeito cumulativo da exposição a incidentes críticos não desaparece com o tempo, mas pode tornar-se menos perceptível, permanecendo latente até que um novo evento ultrapasse a capacidade de enfrentamento do profissional. A distinção entre um processo adaptativo de resiliência e sinais iniciais de despersonalização pode ser sutil, exigindo avaliação clínica cuidadosa e mais rigorosa do que a simples observação informal.

Essa dificuldade de reconhecimento do sofrimento psíquico não é um fenômeno isolado; ela reflete um problema mais amplo, de natureza institucional. A literatura converge em apontar que os principais determinantes do adoecimento psíquico do médico legista não residem exclusivamente em características individuais, mas em condições de trabalho potencialmente modificáveis, como a sobrecarga de plantões, a ausência de espaços legítimos para elaboração do sofrimento e a escassez de retorno institucional diante de casos de grande repercussão (GOLDSTEIN; ALESBURY, 2021; GEBRAN *et al.*, 2022). Esse entendimento possui importantes implicações práticas. Programas centrados exclusivamente no fortalecimento da resiliência individual, sem mudanças correspondentes na organização do trabalho, tendem a produzir resultados limitados. Além disso, podem reforçar, ainda que de forma não intencional, a ideia de que sofrer diante do trabalho pericial representa uma falha pessoal, e não um indicador das condições do ambiente institucional, interpretação que contraria as diretrizes conjuntas da *World Health Organization (WHO)* e da *International Labour Organization (ILO)* sobre saúde mental no trabalho (WHO; ILO, 2022).

Outro aspecto que merece especial destaque é a frequente e complexa sobreposição entre os quadros psíquicos descritos. Na prática clínica diária, Síndrome de *Burnout*, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), injúria moral e fadiga por compaixão raramente se apresentam como entidades isoladas ou puras, tendendo a se entrelaçar de forma intrincada. Um mesmo médico legista pode, por exemplo, vivenciar a exaustão emocional e a despersonalização típicas do *burnout* decorrentes da sobrecarga ocupacional diária e, simultaneamente, desenvolver respostas intrusivas de TEPT após a exposição cumulativa a necrópsias de alto impacto. A esse cenário soma-se a fadiga por compaixão resultante do desgaste do trabalho pericial, agravada pela emergência da injúria moral — esta última deflagrada quando o rigor de um laudo pericial irrepreensível se dissolve em falhas processuais alheias à sua atuação, gerando sentimentos de culpa, frustração e quebra de valores éticos. Quando essa sobreposição sintomática não é devidamente reconhecida na avaliação diagnóstica, corre-se o risco de adotar intervenções reducionistas que tratam apenas a manifestação mais evidente ou ruidosa do sofrimento, em geral, a exaustão física e emocional. Tal limitação deixa sem o devido manejo clínico e institucional dimensões profundas ligadas à perda de confiança na instituição, ao conflito ético e à corrosão do próprio sentido moral do trabalho, componentes que, por sua natureza latente, tendem a apresentar repercussões muito mais persistentes e incapacitantes ao longo da carreira.

Cabe reconhecer, também, os limites da base de evidências disponível. A maior parte dos estudos citados apresenta delineamento transversal, o que impede estabelecer relações temporais mais robustas entre tempo de carreira, exposição cumulativa e desenvolvimento

de transtornos mentais. Dessa forma, achados como a possível associação entre maior experiência profissional e menor vulnerabilidade ao TEPT (ALMAZROUEI *et al.*, 2021) ainda necessitam de confirmação por meio de estudos longitudinais. Soma-se a isso a escassez de pesquisas produzidas no contexto brasileiro e latino-americano, uma vez que a literatura atualmente disponível deriva, em sua maioria, de realidades europeias, norte-americanas e do Oriente Médio, cujas estruturas de serviço, disponibilidade de recursos e cultura institucional diferem daquelas encontradas nos institutos de medicina legal brasileiros.

Diante desse cenário, os avanços mais relevantes para a área provavelmente dependerão menos da ampliação do diagnóstico individual e mais de mudanças estruturais na forma como as instituições de medicina legal organizam e assumem a responsabilidade pelo cuidado de seus profissionais. Isso inclui a criação de canais efetivos de comunicação entre trabalhadores e gestão, a revisão das escalas e da carga de trabalho e o desenvolvimento de ambientes em que o reconhecimento do sofrimento psíquico não seja interpretado como fragilidade, mas como parte legítima do exercício profissional. Paralelamente, a realização de estudos longitudinais, a validação de instrumentos de rastreio adaptados à realidade brasileira e a avaliação sistemática do impacto de intervenções institucionais sobre a qualidade da perícia constituem agendas prioritárias de pesquisa. Essas iniciativas podem contribuir para que o cuidado com a saúde mental do médico legista deixe de depender de ações pontuais e passe a integrar, de forma estruturante, a prática da medicina legal, beneficiando simultaneamente os profissionais, a qualidade da perícia e a própria prestação da justiça.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 5. ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.
- BRONDOLO, E. *et al.* Work-related predictors of psychological distress among medical examiner and coroner personnel. *Academic Forensic Pathology*, v. 2, n. 1, p. 80–91, 2012.
- BRONDOLO, E. *et al.* Mechanism and strategies for preventing post-traumatic stress disorder in forensic workers responding to mass fatality incidents. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, v. 15, n. 1, p. 78–88, 2008. DOI: 10.1016/j.jflm.2007.06.001.
- CHATHAM, A. A. *et al.* Structural factors contributing to compassion fatigue, burnout, and secondary traumatic stress among hospital-based healthcare professionals. *Qualitative Health Research*, v. 34, n. 4, p. 362–373, 2024. DOI: 10.1177/1049732324123456.
- COLEMAN, J. A. *et al.* The moderating impact of interacting with distressed families of decedents on trauma exposure in medical examiner personnel. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, v. 8, n. 6, p. 668–675, 2016. DOI: 10.1037/tra0000105.
- GEBRAN, K. M. *et al.* Possible risk factors involved in psychological and emotional stress and depression among forensic medicine workers. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, v. 20, n. 2, p. 178–184, 2022. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-20-2-178.
- GOLDSTEIN, J. Z.; ALESBURY, H. S. Self-reported levels of occupational stress and wellness in forensic practitioners: implications for the education and training of the forensic workforce. *Journal of Forensic Sciences*, v. 66, n. 4, p. 1307–1315, 2021. DOI: 10.1111/1556-4029.14699.
- HARVEY, S. B. *et al.* Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, v. 398, n. 10303, p. 920–930, 2021. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01596-8.
- IORGA, M.; SOPONARU, C.; IOAN, B. G. The burnout syndrome of forensic pathologists: the influences of personality traits, job satisfaction and environmental factors. *Romanian Journal of Legal Medicine*, v. 24, n. 4, p. 325–332, 2016. DOI: 10.4323/rjlm.2016.325.
- KÖMÜR, I.; *et al.* Posttraumatic stress and burnout symptoms in forensic doctors and staff in a mortuary. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, v. 38, n. 3, p. 184–188, 2017. DOI: 10.1097/PAF.0000000000000329.
- LITZ, B. T.; *et al.* Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, v. 29, n. 8, p. 695–706, 2009. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.07.003.
- LOMBARDO, C. *et al.* Burnout and stress in forensic science jobs: a systematic review. *Healthcare*, v. 12, n. 20, p. 2032, 2024. DOI: 10.3390/healthcare12202032.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, v. 2, n. 2, p. 99–113, 1981. DOI: 10.1002/job.4030020205.
- OPRINCA-MUJA, L. A. *et al.* Burnout syndrome in forensic medicine and its association with vicarious trauma, posttraumatic stress syndrome and occupational stress. *International Journal of Legal Medicine*, v. 139, n. 3, p. 1223–1237, 2025. DOI: 10.1007/s00414-024-03398-7.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): QD85 Burn-out. Genebra: OMS, 2019.
- PAWARA, M. N.; *et al.* Mitos e equívocos sobre autópsias médico-legais entre a população de Tamil Nadu, Índia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, v. 34, n. 1, p. 159–163, 2015. DOI: 10.1016/j.jflm.2015.05.012.
- SEHSAH, R. *et al.* Work burnout and coping strategies among Egyptian forensic physicians: a national study. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, v. 11, 2021. DOI: 10.1186/s41935-021-00230-w.

SEIGFRIED-SPELLAR, K. C.; TYAGI, S. Assessing vicarious trauma and attitudes toward mental health services for forensic sciences professionals. *Journal of Forensic Sciences*, v. 71, n. 1, p. 13–31, 2025. DOI: 10.1111/1556-4029.70244.

SPRANG, G. *et al.* The relationship between secondary traumatic stress and compassion satisfaction: a systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, v. 25, n. 3, p. 2282–2296, 2024. DOI: 10.1177/1524838024123456.

STAMM, B. H. *The Concise ProQOL Manual*. 2. ed. Pocatello: ProQOL.org, 2010.

VAN DER PLOEG, E.; DORRESTEIJN, S. M.; KLEBER, R. J. Critical incidents and chronic stressors at work: their impact on forensic doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 8, n. 2, p. 157–166, 2003. DOI: 10.1037/1076-8998.8.2.157.

WEATHERS, F. W.; *et al.* *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Boston: National Center for PTSD, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO guidelines on mental health at work*. Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (ILO). *Mental health at work: policy brief*. Geneva: World Health Organization; International Labour Organization, 2022.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION (WMA). *WMA statement on physician well-being*. Seoul: World Medical Association, 2024.