

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Cristian Kiefer Da Silva; Janaína Machado Sturza; Liton Lanes Pilau Sobrinho; Gabrielle Scola Dutra – Florianópolis: CONPEDI, 2026.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-607-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos

2. Direito. 3. Saúde. IX Encontro Virtual do CONPEDI (2: 2026: Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis
Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

IX ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE

Apresentação

IX Encontro Virtual do CONPEDI

22 a 26 de junho de 2026

Grupo de Trabalho: DIREITO E SAÚDE

O IX Encontro Virtual do CONPEDI ocorreu de 22 a 26 de junho de 2026, em ambiente 100% on-line, reunindo a comunidade acadêmica e profissional do Direito em torno da temática “Constituição, Processo e Justiça Social: o papel da jurisdição constitucional na efetivação de direitos”. Essa modalidade virtual reafirma o propósito do CONPEDI de promover um conhecimento jurídico inclusivo, plural e democrático, expandindo as fronteiras da pesquisa e integrando o cenário nacional. O debate desta edição propôs uma imersão nos dilemas atuais da jurisdição constitucional na garantia de direitos, considerando as pressões sociais e democráticas do contexto brasileiro.

A dinâmica do evento priorizou a interlocução e a troca de saberes por meio de Grupos de Trabalho (GTs) voltados à apresentação de artigos. Destacou-se, nesse escopo, o GT “Direito e Saúde”, que reuniu investigações dedicadas à leitura crítica da efetivação das prerrogativas sociais e de saúde. As produções desse grupo evidenciaram a complexidade das transformações globais de ordem científica, social e demográfica, reforçando que o Direito à Saúde exige respostas jurídicas céleres, sofisticadas e pautadas na dignidade da pessoa humana.

qualificado, metodologicamente denso e indispensável das reflexões desenvolvidas no âmbito deste GT.

Excelente leitura!

Janaína Machado Sturza - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

Liton Lanes Pilau Sobrinho - Universidade do Vale do Itajaí

Gabrielle Scola Dutra - Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC

Cristian Kiefer Da Silva - PUC-MG

A SAÚDE MENTAL DO MÉDICO SOB A ÓTICA DA NR-1: GESTÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE PROTEÇÃO À DIGNIDADE DO TRABALHO MÉDICO

THE MENTAL HEALTH OF THE DOCTOR FROM THE PERSPECTIVE OF NR-1: MANAGEMENT OF PSYCHOSOCIAL RISKS IN THE HOSPITAL ENVIRONMENT AS A TOOL FOR PROTECTING THE DIGNITY OF MEDICAL WORK

**Débora Cristina Barros Passos
Ana Paula Galvão Mello**

Resumo

A saúde mental dos médicos tem se consolidado como tema central nos debates contemporâneos sobre saúde ocupacional, especialmente em razão do crescimento expressivo de quadros de esgotamento profissional, ansiedade, depressão e outros transtornos psíquicos. A intensificação das jornadas laborais, a elevada pressão por desempenho, a exposição contínua ao sofrimento humano e a precarização das relações de trabalho no setor da saúde configuram um cenário propício ao adoecimento mental desses profissionais. Nesse contexto, a Norma Regulamentadora nº 1, ao estabelecer diretrizes gerais sobre segurança e saúde no trabalho por meio do Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO) e do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), apresenta-se como importante instrumento normativo para a identificação, prevenção e mitigação de riscos psicossociais no ambiente laboral. O presente estudo tem por objetivo analisar, sob uma perspectiva jurídico-laboral e de saúde coletiva, a aplicabilidade da NR-1 ao contexto do trabalho médico, investigando de que forma seus mecanismos de gestão de riscos podem contribuir para a promoção da saúde mental e para a construção de ambientes hospitalares psicologicamente saudáveis. Utiliza-se metodologia qualitativa, de natureza exploratória, com abordagem bibliográfica e documental, fundamentada na análise normativa, doutrinária e científica acerca da saúde mental ocupacional e das condições contemporâneas do trabalho médico. Conclui-se que a efetiva implementação das diretrizes da NR-1 representa avanço significativo na tutela

labor relations in the healthcare sector create a scenario conducive to mental illness among these professionals. In this context, Regulatory Standard No. 1 (NR-1), by establishing general guidelines on occupational safety and health through Occupational Risk Management (ORM) and the Risk Management Program (RMP), presents itself as an important normative instrument for the identification, prevention, and mitigation of psychosocial risks in the workplace. This study aims to analyze, from a legal-labor and public health perspective, the applicability of NR-1 to the context of medical work, investigating how its risk management mechanisms can contribute to the promotion of mental health and the construction of psychologically healthy hospital environments. This study uses a qualitative, exploratory methodology with a bibliographic and documentary approach, based on normative, doctrinal, and scientific analysis of occupational mental health and contemporary working conditions in the medical field. It concludes that the effective implementation of the NR-1 guidelines represents a significant advance in the legal protection of the mental health of medical professionals, but requires institutional commitment, a change in organizational culture, and the adoption of permanent structural policies aimed at humanizing labor relations in the health sector.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Mental health, Doctor, Psychosocial risks, Nr-1

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental dos profissionais da medicina vem ocupando posição de crescente relevância nos debates acadêmicos, institucionais e normativos voltados à proteção do trabalho humano. Embora a atividade médica seja socialmente reconhecida por seu elevado valor técnico, científico e humanitário, trata-se, igualmente, de profissão marcada por intensas cargas emocionais, alta responsabilidade decisória, jornadas prolongadas de trabalho, sobrecarga assistencial e constante exposição ao sofrimento, à dor e à morte. Tais fatores, quando associados a ambientes organizacionais disfuncionais e à ausência de políticas estruturadas de prevenção, transformam o exercício da medicina em atividade potencialmente adoecedora sob o ponto de vista psíquico.

Nas últimas décadas e com especial intensidade após a pandemia de COVID-19 observou-se aumento expressivo dos índices de ansiedade, depressão, Síndrome de Burnout, abuso de substâncias psicoativas e ideação suicida entre médicos, evidenciando quadro de vulnerabilidade emocional que transcende a esfera individual e passa a configurar relevante questão de saúde pública e de saúde ocupacional. O adoecimento mental desses profissionais repercute não apenas em sua dignidade e qualidade de vida, mas também na segurança assistencial, na qualidade do cuidado prestado e na sustentabilidade dos sistemas de saúde, públicos e privados.

Paralelamente, o ordenamento jurídico brasileiro vem ampliando a compreensão acerca da proteção ao meio ambiente do trabalho, reconhecendo que a tutela da saúde ocupacional não se limita à integridade física do trabalhador, abrangendo igualmente sua integridade psíquica e emocional. Nesse cenário, a Norma Regulamentadora nº 1 assume especial relevância ao estabelecer diretrizes gerais sobre segurança e saúde no trabalho, instituindo o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO) e impondo aos empregadores o dever de identificar, avaliar, controlar e monitorar fatores de risco presentes no ambiente laboral, inclusive aqueles de natureza psicossocial.

A recente incorporação dos riscos psicossociais ao debate normativo trabalhista representa importante avanço na tutela jurídica da saúde mental no trabalho, especialmente em contextos laborais reconhecidamente intensos, como hospitais, clínicas, unidades de pronto atendimento, centros cirúrgicos e demais estabelecimentos assistenciais. Nessas instituições, fatores como excesso de horas trabalhadas, plantões sucessivos, insuficiência de equipes, assédio organizacional, pressão por produtividade, judicialização da atividade médica e

fragilidade de suporte emocional constituem riscos ocupacionais concretos e permanentes, passíveis de gerenciamento à luz da NR-1.

Diante dessa problemática, o presente estudo parte da seguinte questão central: em que medida a aplicação das diretrizes da NR-1 pode constituir instrumento jurídico e institucional eficaz para a promoção da saúde mental dos médicos e para a prevenção do adoecimento psíquico no ambiente hospitalar? Como hipótese, sustenta-se que a efetiva implementação do gerenciamento de riscos psicossociais previsto na NR-1 possui potencial normativo e prático para reduzir fatores estruturais de sofrimento mental no exercício da medicina, desde que acompanhada de comprometimento institucional, fiscalização adequada e mudança na cultura organizacional dos serviços de saúde.

O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar a aplicabilidade da NR-1 à realidade laboral médica, investigando sua capacidade de contribuir para a construção de ambientes de trabalho psicologicamente saudáveis. Como objetivos específicos, busca-se: compreender os principais fatores de adoecimento mental entre médicos; examinar o regime jurídico de proteção à saúde mental no ambiente ocupacional; analisar a inserção dos riscos psicossociais no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais; e discutir os desafios concretos de implementação dessas medidas nas instituições de saúde.

Metodologicamente, trata-se de pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, desenvolvida mediante revisão bibliográfica e análise documental, com suporte em literatura jurídica, estudos em saúde ocupacional, normativas trabalhistas e dados científicos sobre saúde mental médica.

Ao reconhecer a centralidade da dignidade humana no trabalho e a necessidade de ambientes laborais compatíveis com a preservação da integridade biopsíquica do trabalhador, este estudo propõe uma reflexão interdisciplinar entre Direito e Saúde Coletiva, compreendendo a saúde mental do médico não como questão individual de resiliência, mas como tema estrutural de responsabilidade institucional, jurídica e social.

2 A SAÚDE MENTAL DO MÉDICO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E DIREITO FUNDAMENTAL

A discussão acerca da saúde mental dos médicos ultrapassa, contemporaneamente, os limites da medicina ocupacional e da gestão institucional, assumindo contornos de relevante problema de saúde pública, de proteção trabalhista e de efetivação de direitos fundamentais. O exercício da medicina, embora socialmente revestido de prestígio, responsabilidade e elevado

reconhecimento técnico, está inserido em dinâmica laboral marcada por intensa exigência cognitiva, elevada carga emocional e permanente exposição a fatores estressores que, quando cumulativos e não adequadamente administrados, favorecem o desenvolvimento de transtornos psíquicos capazes de comprometer não apenas a vida do profissional, mas a própria qualidade da assistência em saúde (Silva et al., 2025).

A atividade médica possui peculiaridades que a distinguem de outras profissões. Trata-se de trabalho essencialmente relacional, centrado no cuidado humano, permeado por decisões complexas, frequentemente tomadas sob pressão temporal e emocional, muitas vezes em cenários de urgência, limitação estrutural de recursos e elevado grau de responsabilização ética, civil e jurídica. A isso somam-se jornadas prolongadas, múltiplos vínculos empregatícios, plantões consecutivos, privação crônica de sono, baixa previsibilidade da rotina laboral e dificuldade concreta de conciliação entre vida profissional e vida privada. Essa soma de fatores transforma o ambiente de trabalho médico em espaço de elevada vulnerabilidade psicossocial (Mendes et al., 2021).

No plano científico, os dados sobre adoecimento mental desses profissionais revelam quadro preocupante. Estudos recentes apontam incidência crescente de sintomas ansiosos, transtornos depressivos, exaustão emocional crônica e ideação suicida entre médicos em diferentes fases da carreira, desde a graduação e residência médica até o exercício consolidado da profissão (Massuda, et al., 2016).

Diante do exposto, observa-se que tal fenômeno não pode ser compreendido como resultado exclusivo de predisposições individuais ou de dificuldades subjetivas de adaptação, mas deve ser analisado sob perspectiva estrutural, considerando-se o modo como o trabalho médico tem sido organizado nas últimas décadas, marcado por lógica produtivista, sobrecarga assistencial e progressiva precarização das relações laborais no setor da saúde.

2.1 Síndrome de Burnout e esgotamento profissional médico

Entre os agravos psíquicos mais frequentemente associados à atividade médica destaca-se a Síndrome de Burnout, reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como fenômeno ocupacional relacionado ao estresse crônico no ambiente de trabalho não adequadamente administrado. Caracteriza-se por três dimensões centrais: exaustão emocional intensa, distanciamento mental do trabalho frequentemente acompanhado de cinismo ou despersonalização e redução da eficácia profissional percebida (Barrueco, 2025).

No contexto da medicina, o burnout apresenta particular gravidade em razão da natureza do trabalho desempenhado. A exaustão prolongada compromete a capacidade de empatia clínica, reduz a atenção concentrada, afeta a tomada de decisão e aumenta a probabilidade de falhas assistenciais. Além disso, gera sentimento de perda de propósito profissional, frustrando expectativas vocacionais historicamente associadas ao exercício da medicina como prática de cuidado e realização humana (Costa, 2025).

Nessa perspectiva, cumpre destacar que o ambiente hospitalar contemporâneo, especialmente em serviços de urgência, terapia intensiva, oncologia, anestesiologia e cirurgia, apresenta condições objetivas favoráveis ao desenvolvimento desse quadro: escalas extenuantes, insuficiência de pessoal, pressão por resultados, conflitos institucionais, burocratização crescente da atividade e convivência constante com sofrimento extremo. Quando inexistem mecanismos organizacionais de suporte emocional e prevenção psicossocial, o adoecimento torna-se previsível.

2.2 Ansiedade, depressão e sofrimento psíquico silencioso

Além do burnout, quadros de ansiedade generalizada, depressão e transtornos adaptativos figuram entre os principais fatores de adoecimento mental dos médicos. O sofrimento psíquico, contudo, frequentemente permanece invisibilizado em razão da cultura profissional historicamente construída em torno da ideia de invulnerabilidade emocional do médico (Barrueco, 2025).

Predomina, em muitos espaços institucionais, a noção implícita de que fragilidade psíquica seria incompatível com a autoridade técnica esperada desses profissionais. Esse imaginário coletivo produz ambiente de silenciamento, no qual buscar ajuda psicológica ou psiquiátrica pode ser interpretado como demonstração de fraqueza, incapacidade ou inadequação profissional. O resultado é o adiamento do cuidado, agravamento dos sintomas e cronificação do sofrimento (Mendes et al, 2021).

Verifica-se que esse fenômeno do silenciamento e do adiamento do cuidado tende a se intensificar com o tempo diante da autopercepção de responsabilidade extrema. Médicos frequentemente convivem com culpa profissional, medo de erro diagnóstico, receio de judicialização da atividade, frustração frente a limitações terapêuticas e sensação de impotência diante da morte. A internalização contínua dessas experiências, sem espaços institucionais adequados de elaboração psíquica, potencializa o adoecimento emocional.

2.3 A pandemia como agravante estrutural

A pandemia de COVID-19 representou marco histórico de intensificação do sofrimento psíquico entre profissionais da medicina. Durante o período pandêmico, médicos foram submetidos a jornadas extraordinárias, exposição elevada ao risco biológico, escassez de insumos, dilemas éticos de alocação de recursos escassos, afastamento familiar e contato massivo com morte em larga escala (Mendes et al., 2021).

Mais do que uma crise sanitária, instaurou-se experiência coletiva de trauma ocupacional. Muitos profissionais passaram a conviver com sintomas persistentes de ansiedade, insônia, estresse pós-traumático, exaustão profunda e luto acumulado. Ainda que o período crítico da emergência sanitária tenha sido superado, seus efeitos psíquicos permanecem presentes, revelando necessidade de respostas institucionais permanentes e não apenas contingenciais (Sousa et al., 2020).

Diante do exposto, nota-se que a pandemia também expôs fragilidades históricas do sistema de saúde: subdimensionamento de equipes, ausência de planejamento ocupacional, insuficiência de apoio psicossocial e normalização institucional da sobrecarga. Nesse sentido, revelou não um problema circunstancial, mas a profundidade estrutural da precarização do trabalho em saúde.

2.4 Saúde mental do médico como direito fundamental

A saúde é considerada algo básico, indispensável para qualquer pessoa. A sua ausência implica no surgimento de muitos problemas de natureza física, psicológica, econômica e numa perspectiva maior social como, por exemplo, cita-se o caso recente da pandemia do COVID-19, que afetou diretamente vários segmentos da sociedade. Portanto, como forma de proteger esse bem tão precioso na vida do indivíduo e da coletividade, a saúde passou a ser um direito fundamental construído ao longo dos anos no ordenamento jurídico brasileiro (Mendes et al., 2021; Silva, 2018).

Sob perspectiva jurídica, Silva (2018), destaca que a proteção da saúde mental do médico encontra fundamento direto na ordem constitucional brasileira. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagra a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, reconhece a saúde como direito social e assegura ao trabalhador a redução dos riscos inerentes ao trabalho por meio de normas de saúde, higiene e segurança, conforme consta nos dispositivos legais, *in verbis*.

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Brasil, 1988, p. 19).
Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 112).

Nota-se que o legislador constituinte fez questão de enfatizar que a saúde é um direito de todos. Logo, ninguém no âmbito do território brasileiro poderá ser privado de acessar os serviços de saúde. No entanto, quando o ente público prevarica no cumprimento do seu dever coloca em risco a vida das pessoas e a própria existência do Estado porque este apenas existe pelo fato de que na sua base existem pessoas com saúde. Estas, por sua vez, formam a sociedade que forma o Estado.

No ponto de vista de Magalhães (2018) o direito fundamental social à saúde depende fundamentalmente da fomentação das políticas públicas por parte do governo, como também de uma atenção especial por parte do Judiciário em cobrar do Estado o cumprimento da sua obrigação para com os seus cidadãos.

[...] quando se fala em direito fundamental social à saúde, não está se falando apenas em garantir o acesso da população. Pois, num primeiro momento torna-se necessário que o ente público fomenta políticas que além do acesso aos serviços de saúde, garanta o bom funcionamento do atendimento humanitário, além de viabilizar qualidade de vida aos indivíduos que procuram esse direito fundamental. Por outro lado, cabe ao Estado garantir através de políticas públicas a efetivação desse importante direito. E em se tratando de omissão, os indivíduos prejudicados recorrem à Justiça para terem o seu direito efetivado na sua essência (Magalhães, 2018, p. 165).

Verifica-se que existe a possibilidade de o cidadão, no caso em tela, refere-se ao médico ao ter a efetivação do seu direito negado, buscar na Justiça a sua efetivação, uma vez que a saúde é o bem preciosíssimo, pois dela depende o funcionamento da vida humana e, desta com qualidade. Quando o indivíduo busca através de vias judiciais a efetivação do seu direito fundamental à saúde, tem-se o que se pode denominar de judicialização da saúde.

Essa proteção constitucional deve ser compreendida em sentido amplo, abrangendo a integridade física, emocional e psíquica do trabalhador. Não há ambiente de trabalho constitucionalmente adequado quando o exercício profissional se estrutura sobre lógica institucional de exaustão, medo, assédio ou sofrimento emocional crônico (Silva, 2018).

No caso específico dos médicos, a tutela jurídica da saúde mental possui ainda dimensão coletiva ampliada. Isso porque proteger o equilíbrio psíquico desses profissionais significa proteger, simultaneamente, a segurança dos pacientes, a qualidade da prestação

assistencial e a eficiência do sistema de saúde. A deterioração emocional do trabalhador médico não produz consequências isoladas; seus efeitos irradiam socialmente (Silva, 2018).

Assim, reconhecer a saúde mental do médico como direito fundamental significa deslocar o debate da esfera individual da resiliência para o campo da responsabilidade institucional, normativa e organizacional. Trata-se de compreender que o sofrimento psíquico laboral não é fatalidade inerente à medicina, mas risco ocupacional identificável, prevenível e juridicamente gerenciável.

3 A NORMA REGULAMENTADORA Nº 1 E A GESTÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

A evolução normativa da saúde e segurança no trabalho no Brasil revela progressiva ampliação do conceito de proteção ocupacional, deslocando-se de um modelo historicamente centrado na prevenção de acidentes físicos e na exposição a agentes materiais nocivos para uma compreensão mais abrangente da integridade do trabalhador.

Nesse novo paradigma, ganha relevo a tutela da saúde mental como dimensão indissociável do direito fundamental ao trabalho digno. É nesse contexto que a Norma Regulamentadora nº 1 se apresenta como importante instrumento jurídico de transformação das relações laborais, ao estruturar um modelo preventivo de gerenciamento de riscos ocupacionais capaz de abarcar, também, os riscos psicossociais presentes no ambiente de trabalho médico.

3.1 A nova racionalidade preventiva introduzida pela NR-1

A NR-1 estabelece as disposições gerais aplicáveis às normas de segurança e saúde no trabalho, funcionando como eixo estruturante do sistema normativo trabalhista ocupacional. Sua reformulação recente consolidou o Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (GRO) como diretriz central de proteção à saúde do trabalhador, impondo aos empregadores dever contínuo de identificar perigos, avaliar riscos, implementar medidas preventivas e monitorar a eficácia das ações adotadas (Alves; Medeiro, 2025).

A lógica introduzida pela norma rompe com a perspectiva meramente reativa baseada em agir apenas após a ocorrência do dano e adota paradigma preventivo, sistêmico e permanente. Sob essa ótica, o empregador deixa de ser mero destinatário abstrato de obrigações genéricas de segurança e passa a assumir responsabilidade concreta pela gestão ativa dos fatores capazes de comprometer a saúde ocupacional (Rezende, 2025).

Percebe-se que tal racionalidade possui especial relevância para o ambiente hospitalar, no qual o adoecimento psíquico dos profissionais frequentemente decorre de fatores organizacionais previsíveis e persistentes. Jornadas superiores aos limites fisiologicamente recomendáveis, escalas instáveis, déficit crônico de pessoal, pressão por produtividade, conflitos hierárquicos, exposição reiterada a eventos traumáticos e ausência de espaços institucionais de acolhimento emocional constituem riscos laborais estruturais. Como tais, inserem-se no campo de incidência da gestão ocupacional prevista pela NR-1.

3.2 O reconhecimento dos riscos psicossociais como risco ocupacional

A incorporação dos riscos psicossociais ao debate normativo representa importante avanço na compreensão jurídica da saúde ocupacional. Esses riscos compreendem fatores vinculados à organização do trabalho, às relações interpessoais, às práticas de gestão e à cultura institucional, capazes de desencadear sofrimento psíquico, estresse crônico, transtornos emocionais e adoecimento mental (Queiroz, 2026).

No contexto da atividade médica, Cruz (2026) destaca que os riscos psicossociais assumem configuração particularmente intensa. Podem ser identificados, entre outros, nos seguintes fatores:

- a) Sobrecarga quantitativa de trabalho: número excessivo de atendimentos, múltiplos vínculos profissionais, plantões prolongados e jornadas acumuladas reduzem o tempo de recuperação física e emocional do profissional, favorecendo exaustão crônica;
- b) Sobrecarga qualitativa de trabalho: a elevada complexidade técnica da atividade médica, associada à responsabilidade sobre decisões potencialmente fatais, impõe carga cognitiva e emocional significativamente elevada;
- c) Exposição permanente ao sofrimento humano: contato contínuo com dor, morte, luto familiar e limitações terapêuticas cria processo cumulativo de desgaste emocional;
- d) Assédio organizacional e pressão institucional: metas produtivistas, cobranças abusivas, cultura punitiva, humilhações hierárquicas e ambientes competitivos elevam sofrimento psíquico e deterioram vínculos institucionais;
- e) Insegurança contratual e precarização: pejotização, vínculos temporários, ausência de estabilidade e insegurança financeira produzem ansiedade ocupacional persistente;
- f) Supressão do cuidado de si: a cultura médica frequentemente naturaliza a autonegligência, dificultando pausas, descanso adequado e busca por suporte psicológico.

Portanto, destaca-se que sob a ótica da NR-1, os fatores acima elencados deixam de ser compreendidos como mera característica da profissão e passam a ser tratados como riscos ocupacionais identificáveis, mensuráveis e passíveis de intervenção preventiva.

3.3 Programa de Gerenciamento de Riscos e sua aplicação às instituições de saúde

O Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) constitui instrumento operacional do GRO e deve refletir, de forma concreta, os riscos efetivamente presentes no ambiente laboral. Nas instituições de saúde, isso exige superação da visão reducionista que limita o PGR a riscos biológicos, químicos ou ergonômicos tradicionalmente reconhecidos (Kern et al., 2025).

Ramos (2024) comenta que a incorporação efetiva dos riscos psicossociais ao PGR hospitalar demanda metodologia estruturada, envolvendo:

a) Diagnóstico institucional do ambiente psicossocial: mapeamento de fatores estressores por setor assistencial, análise de escalas, identificação de focos de conflito institucional e levantamento de indicadores de sofrimento ocupacional;

b) Participação ativa dos trabalhadores: escuta qualificada de médicos, residentes, enfermeiros e demais profissionais, permitindo identificação de riscos invisibilizado pela gestão administrativa;

c) Criação de indicadores de monitoramento: taxas de afastamento por transtornos mentais, rotatividade, absenteísmo, presenteísmo, licenças psiquiátricas e níveis de satisfação ocupacional devem compor métricas institucionais permanentes;

d) Implementação de medidas preventivas concretas: revisão de escalas; limitação de jornadas extenuantes; fortalecimento de equipes; programas de apoio emocional; espaços de escuta institucional; mediação de conflitos; políticas antiassédio; incentivo ao descanso adequado;

e) Avaliação contínua da eficácia das medidas: a prevenção psicossocial exige acompanhamento permanente, revisão periódica e adaptação às transformações do ambiente hospitalar.

Sem essa concretização prática, o PGR corre o risco de converter-se em documento formal destituído de efetividade material. Esses fatores se tornam relevantes de serem observados até mesmo na fase de planejamento, para que a gestão hospitalar consiga identificar as suas prioridades e de fato o referido programa consiga ganhar êxito na sua efetivação por parte de todos os atores responsáveis.

3.4 Humanização institucional e mudança de cultura organizacional

A plena implementação da NR-1 no setor da saúde exige transformação mais profunda que mera adequação burocrática. Exige mudança de cultura institucional. Historicamente, muitos ambientes hospitalares estruturaram-se sobre lógica de heroicização do sacrifício profissional, naturalizando exaustão extrema, jornadas incompatíveis com a preservação da saúde e silenciamento do sofrimento psíquico (Cruz, 2026).

Nota-se que essa cultura produz paradoxo grave: espera-se que o médico cuide da saúde alheia em ambiente que frequentemente negligencia sua própria integridade mental.

A humanização institucional proposta indiretamente pela lógica preventiva da NR-1 implica reconhecer que cuidado assistencial de qualidade depende, necessariamente, do cuidado com quem cuida. Isso envolve gestão empática, liderança saudável, organização racional do trabalho, valorização profissional, suporte emocional institucionalizado e combate estrutural à normalização do adoecimento ocupacional (Queiroz, 2026).

Portanto, a efetividade normativa da NR-1, portanto, não reside apenas em sua força jurídica, mas na capacidade de induzir reorganização ética e institucional do trabalho em saúde.

3.5 Limites e desafios de efetivação

Apesar de seu potencial transformador, a aplicação concreta da NR-1 ao ambiente hospitalar enfrenta obstáculos relevantes: restrições orçamentárias, déficit histórico de pessoal, resistência cultural à discussão da saúde mental, baixa fiscalização ocupacional e manutenção de modelos de gestão centrados exclusivamente em produtividade (Rezende, 2015; Kern et al, 2018).

Vale ressaltar que existem ainda desafio específico do trabalho médico contemporâneo: multiplicidade de vínculos simultâneos, contratação por pessoas jurídicas, atuação autônoma e relações híbridas de trabalho, fatores que complexificam a atribuição de responsabilidades preventivas (Silva et al., 2015).

Ainda assim, tais dificuldades não afastam a centralidade da norma. Ao contrário, reforçam sua importância como instrumento jurídico de reorganização das práticas institucionais.

Nesse sentido, a NR-1 inaugura possibilidade concreta de deslocar a saúde mental do médico do campo da invisibilidade organizacional para o centro da governança ocupacional, reconhecendo que o sofrimento psíquico laboral não constitui fatalidade inerente ao exercício

da medicina, mas risco ocupacional estrutural, prevenível e juridicamente gerenciável (Cruz, 2026).

4 DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO DA NR-1 NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E PERSPECTIVAS FUTURAS

A aplicação efetiva da Norma Regulamentadora nº 1 no contexto das instituições de saúde representa avanço normativo significativo na tutela da saúde ocupacional, especialmente no reconhecimento dos riscos psicossociais como elementos centrais à preservação da integridade mental do trabalhador. Contudo, entre a densidade normativa da regra e sua concretização no cotidiano hospitalar, existe um amplo campo de desafios estruturais, culturais, econômicos e institucionais que precisam ser enfrentados para que a proteção da saúde mental dos médicos deixe de ocupar o plano abstrato da legislação e passe a integrar, efetivamente, a governança dos ambientes assistenciais.

4.1 A cultura institucional da normalização do adoecimento

Um dos principais entraves à implementação concreta de políticas voltadas à saúde mental dos médicos reside na histórica naturalização da exaustão como componente inerente à profissão. A cultura organizacional presente em grande parte das instituições de saúde foi construída sobre valores como resistência extrema, disponibilidade integral, sacrifício pessoal e tolerância silenciosa ao sofrimento emocional. Dentro dessa lógica, jornadas excessivas, privação crônica de sono, desgaste psicológico intenso e supressão de necessidades pessoais frequentemente são interpretados como demonstrações de compromisso profissional, e não como indicadores objetivos de risco ocupacional (Massuda et al., 2016).

Verifica-se que essa mentalidade produz efeito perverso: ambientes adoecedores passam a ser vistos como normais, enquanto o profissional que manifesta sinais de sofrimento emocional é frequentemente percebido como incapaz de lidar com as exigências da carreira. Cria-se, assim, mecanismo institucional de silenciamento do adoecimento psíquico, dificultando tanto a identificação precoce dos fatores de risco quanto a busca por suporte psicológico adequado.

A implementação da NR-1 exige ruptura com esse paradigma. O reconhecimento dos riscos psicossociais pressupõe compreender que sofrimento mental crônico não constitui traço

inevitável da prática médica, mas resultado, em larga medida, de formas específicas de organização do trabalho que podem e devem ser modificadas (Alves; Medeiro, 2025).

Para Cruz (2026), quando o ambiente normaliza a exaustão em que muitos profissionais da medicina estão submetidos é um fator a ser observado com mais detalhes, com o objetivo de evitar problemas de saúde física e/ou mental. É importante se destacar que o ser humano não é uma máquina, muito pelo contrário, ele necessita de momentos de descanso, qualidade de vida, tempo de lazer, prática de atividades físicas e aconchego familiar com a finalidade de baixar os níveis de estresse em que estão sujeitos no seu ambiente de trabalho.

É nesse contexto que a NR-1 surge com o propósito primordial de não normalizar o ambiente nocivo à saúde mental dos profissionais, como é o caso dos médicos, que possuem plantões cheios de pressão e sobrecarga de trabalho. Dessa forma, os problemas de saúde mental deixam de ser vistos e interpretados como sinônimo de fraqueza individual e passam a ser reconhecidos como riscos ocupacionais.

4.2 Limitações estruturais do sistema de saúde

Outro obstáculo relevante encontra-se nas limitações estruturais do sistema de saúde brasileiro. Hospitais públicos frequentemente operam sob déficit orçamentário, insuficiência de equipes, sobrecarga assistencial e precariedade organizacional, enquanto instituições privadas, embora disponham, em certos casos, de maior capacidade operacional, muitas vezes adotam modelos de gestão orientados prioritariamente por metas produtivistas, intensificando pressões sobre o corpo clínico. (Aguar, 2016)

Em ambos os cenários, medidas preventivas voltadas à saúde mental tendem a ser equivocadamente percebidas como custo adicional e não como investimento estratégico em sustentabilidade institucional. Essa visão economicamente restrita ignora que ambientes psicologicamente adoecedores geram consequências de alto impacto financeiro e social: aumento de afastamentos laborais, rotatividade de profissionais, absenteísmo, presenteísmo improdutivo, judicialização de relações de trabalho, erros assistenciais e deterioração da qualidade do atendimento prestado (Kern et al, 2018).

Diante do exposto, observa-se que a efetividade da NR-1 depende, portanto, da compreensão de que a promoção da saúde mental do trabalhador integra o próprio conceito de eficiência institucional. Cuidar do médico não representa benefício acessório, mas condição estruturante da qualidade assistencial. É impossível um médico ou qualquer profissional da área

de saúde prestar um bom serviço quando ele próprio não está bem, seja no tocante a sua saúde física e/ou mental.

4.3 Fragilidade de mecanismos internos de acolhimento

Grande parte das instituições de saúde ainda carece de estruturas permanentes de acolhimento psicológico voltadas aos profissionais que nelas atuam. Embora existam iniciativas pontuais como rodas de conversa, palestras motivacionais ou campanhas de conscientização, muitas dessas ações permanecem episódicas, simbólicas e desconectadas de políticas institucionais contínuas (Mendes et al, 2018).

A lógica preventiva exigida pela NR-1 demanda institucionalização de mecanismos concretos e permanentes de suporte emocional, como: programas de acompanhamento psicológico sigiloso; espaços estruturados de escuta institucional; protocolos de intervenção em situações de sofrimento psíquico agudo; políticas efetivas de prevenção ao assédio moral organizacional; formação de lideranças emocionalmente capacitadas; reorganização racional das jornadas e escalas; incentivo à cultura de autocuidado profissional e monitoramento contínuo de indicadores psicossociais (Queiroz, 2026).

Sem estrutura concreta de acolhimento, o discurso de valorização da saúde mental corre o risco de se tornar mero enunciado retórico, destituído de efetividade prática. Isso não deve ser visto e interpretado como uma teoria, mas, sim um exercício prático diário. Ademais, os profissionais médicos não estão isentos de em algum momento da sua vida enfrentar problemas de saúde mental, diante de alguns eventos estressores que acabam presenciando rotineiramente no seu ambiente de trabalho.

4.4 A centralidade da fiscalização e da responsabilização

A eficácia normativa depende, igualmente, de fiscalização efetiva. A proteção à saúde mental no trabalho não pode permanecer condicionada exclusivamente à boa vontade institucional. É necessário fortalecimento dos mecanismos de inspeção ocupacional, ampliação da atuação preventiva dos órgãos fiscalizadores e desenvolvimento de parâmetros técnicos mais objetivos para identificação e avaliação de riscos psicossociais no ambiente laboral (Massuda et al., 2026).

Também ganha relevo a responsabilização jurídica de instituições que, mesmo cientes de fatores estruturais de adoecimento, mantêm práticas organizacionais lesivas à integridade

psíquica de seus profissionais. A omissão preventiva diante de riscos previsíveis pode configurar falha institucional juridicamente relevante, com repercussões trabalhistas, previdenciárias e civis Rezende, 2025).

Diante desse cenário, reforça-se a necessidade de uma maior atuação dos órgãos de fiscalização e controle, com o objetivo de identificar as condições insalubres que muitos profissionais da área médica estão submetidos, principalmente no que diz respeito às péssimas condições encontradas em muitos hospitais e demais estabelecimentos públicos de saúde. Portanto, cabe ao Ministério Público do Trabalho, aos Conselhos Federal e Regional de Medicina dar uma atenção maior ao acompanhamento das condições de trabalho dos médicos, com vistas a minimizar as probabilidades de surgimento de problemas de saúde física e/ou mental decorrente do exercício da profissão.

Essa responsabilização possui dimensão pedagógica importante: desloca a saúde mental do campo da liberalidade gerencial para o plano do dever jurídico de cuidado. A judicialização da saúde se torna um fator preponderante para fazer valer a prevenção e o tratamento aos profissionais, que costumeiramente cuidam de outras pessoas, como é o caso dos médicos.

4.5 Perspectivas futuras: uma nova ética institucional do cuidado

A plena incorporação dos princípios da NR-1 ao ambiente hospitalar pode inaugurar nova ética institucional nas relações de trabalho em saúde. Trata-se de substituir modelos organizacionais centrados exclusivamente em produtividade por estruturas que conciliem eficiência assistencial, sustentabilidade ocupacional e proteção integral à dignidade humana (Queiroz, 2026; Silva 2018).

Essa transformação exige reconhecer que a saúde mental do médico não constitui tema periférico de gestão de pessoas, mas elemento central da política institucional de saúde e segurança no trabalho. Implica compreender que médicos emocionalmente exauridos adoecem, afastam-se, reduzem sua capacidade de cuidado e, em situações extremas, abandonam precocemente a profissão ou vivenciam graves desfechos psíquicos (Santos, 2018).

Em sentido oposto, ambientes de trabalho humanizados favorecem vínculo institucional, satisfação profissional, melhor desempenho clínico, redução de conflitos organizacionais e melhoria global da assistência prestada à população (Cruz, 2026).

A efetivação da NR-1 no setor da saúde possui, portanto, potencial transformador não apenas sobre condições laborais, mas sobre a própria forma como o cuidado em saúde é

institucionalmente concebido: um cuidado que precisa alcançar, de maneira concreta, também aqueles responsáveis por cuidar.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou que a saúde mental dos médicos constitui tema de inegável relevância jurídica, sanitária e social, especialmente diante do crescimento consistente de quadros de ansiedade, depressão, esgotamento profissional e outros transtornos psíquicos relacionados ao exercício da medicina. Longe de representar problema exclusivamente individual, o adoecimento mental desses profissionais revela-se fenômeno estruturalmente vinculado às condições contemporâneas de organização do trabalho em saúde, marcadas por sobrecarga assistencial, jornadas extenuantes, pressão institucional, precarização contratual e insuficiência de mecanismos organizados de acolhimento emocional.

Sob perspectiva jurídico-constitucional, verificou-se que a proteção da saúde mental integra o núcleo essencial do direito fundamental à saúde, ao trabalho digno e ao meio ambiente laboral equilibrado, encontrando fundamento na dignidade da pessoa humana e na obrigação de redução dos riscos inerentes ao trabalho. Nesse contexto, a Norma Regulamentadora nº 1 emerge como importante instrumento normativo de tutela preventiva, ao instituir modelo estruturado de gerenciamento de riscos ocupacionais compatível com a identificação, avaliação e mitigação dos riscos psicossociais presentes no ambiente hospitalar.

Demonstrou-se, ainda, que fatores historicamente naturalizados na prática médica — como excesso de jornadas, privação de sono, assédio organizacional, pressão por desempenho e exposição contínua ao sofrimento humano — configuram riscos ocupacionais concretos, previsíveis e juridicamente gerenciáveis. Sua permanência não pode ser tratada como fatalidade inerente à profissão, mas como expressão de modelos institucionais de trabalho passíveis de reorganização à luz dos deveres preventivos impostos pela legislação trabalhista e ocupacional.

A aplicabilidade efetiva da NR-1 às instituições de saúde possui potencial significativo para transformar a governança ocupacional do setor, deslocando a saúde mental do médico da invisibilidade organizacional para o centro da política institucional de proteção ao trabalhador. Contudo, essa transformação exige mais do que adequação formal à norma: requer mudança cultural profunda, fortalecimento da fiscalização, comprometimento ético dos gestores e implementação de políticas permanentes de humanização das relações laborais.

Conclui-se, portanto, que proteger a saúde mental dos médicos não constitui apenas exigência normativa, mas imperativo ético, institucional e social. Em última análise, cuidar de

quem cuida representa condição indispensável para a construção de sistemas de saúde verdadeiramente sustentáveis, humanizados e compatíveis com a centralidade constitucional da dignidade humana no trabalho.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide N. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro/RJ: Florence, 2016.

ALVES, Maria A. C. C. B.; MEDEIRO, Gabriela J. Segurança no trabalho e saúde mental: um estudo sobre as aplicações da NR-1. **Revista de Gestão Social e Ambiental**. Vol. 19, nº 7. Recife/PE, 2025. p. 1 – 18. Disponível em: <DOI: <https://doi.org/10.24857/rgsa.v19n7-064>>. Acesso em: 19 de abr./2026.

BARRUECO, Rodolfo. **Burnout, do esgotamento ao autoconhecimento: o que a ciência e o corpo mostram, mas a mente tenta silenciar**. São Paulo/SP: Matrix, 2025.

BRASIL, Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, 2005. Ed. Saraiva, São Paulo/SP. Ed. Ampl. e Rev, pela EC 64/2010. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 de mai./2026.

COSTA, Rafael M. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Foco**. Vol. 18, nº15, Rio Branco/AC, 2025. p. 1 – 5. Disponível em: <DOI: 10.54751/revistafoco.v18n5-017>. Acesso em: 17 de abr./2026.

CRUZ, Flávio. **Os riscos psicossociais: uma abordagem da NR 01**. São Paulo/SP: Saraiva, 2026.

KERN, Allan E. et al. Implantação do gerenciamento de riscos num hospital público. **Revista Paulista de Enfermagem**. Vol. 29, nº 3, São Paulo/SP, 2018, p. 128 – 135. Disponível em: <<https://repen.com.br/repen/article/view/439/390>>. Acesso em: 16 de mai./2026.

MAGALHAES, José Luiz Quadro. A Nova Democracia e os Direitos Fundamentais. **Revista de Direito Constitucional da UNB**, Vol. 4, nº 4, Brasília/DF, 2018. p. 1 – 10. Disponível em: <https://revista.direito.ufmg.br/index.php/revista/pt_BR/article/view/1126/1059>. Acesso em: 10 de mai./2026.

MASSUDA, Ely M. et al. A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática. **Revista Saúde em Debate**. Vol. 40, nº 110, Rio de Janeiro/RJ, 2016. p. 244 – 263. Disponível em: <DOI: 10.1590/0103-1104201611019>. Acesso em 16 de abr./2026.

MENDES, Layza C. B. et al. Saúde mental de médicos e enfermeiros em tempos de pandemia da COVID – 19: uma revisão integrativa. **Revista PePsic – Periódicos de Psicologia**. Vol. 13, nº 24, Barbacena/SP, 2021, p. 1 – 20. Disponível em: <<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v13n24/v13n24a09.pdf>>. Acesso em: 15 de abr./2026.

QUEIROZ, Christiane. **Tudo que você precisa saber sobre a NR-1**. Curitiba/PR: Jaruá, 2026.

REZENDE, Lorena M. C. A importância da Norma Regulamentar n.º 1 para o gerenciamento dos riscos ocupacionais no Brasil: uma necessária universalização para todos os trabalhadores. **Revista Trabalho, Direito e Justiça**. Vol. 3, nº 3, Curitiba/PR, 2025, p. 131 – 138. Disponível em: <DOI: <https://doi.org/10.37497/RevistaTDJ.TRT9PR.3.2025.138>>. Acesso em: 16 de mai.2026.

SANTOS, José F. dos. (org.). **Gestão dos serviços em saúde**. Belo Horizonte/MG, 2018.

SILVA, Ricardo. **Direito Fundamental à saúde: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível**. Rio de Janeiro/RJ: Vozes, 2018.

SILVA, Zulma C. S. et al. Avaliação da saúde e do autocuidado dos médicos: medidas para prevenção e tratamento. **Revista Eletrônica Acerca em Saúde – REAS**, Vol. 25, nº 14, Belém/PA, 2025. p. 1 - 8. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/18303/10194>>. Acesso em: 16 de abr./2026.

SOUZA, Diego O. A pandemia de COVID 19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre a sua determinação social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 25, nº 1. Rio de Janeiro/RJ. fev. – jun./2020. p. 74 – 91. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>>. Acesso em: 18 de abr./2026.