

Aurum
EDITORA

BURNOUT E SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

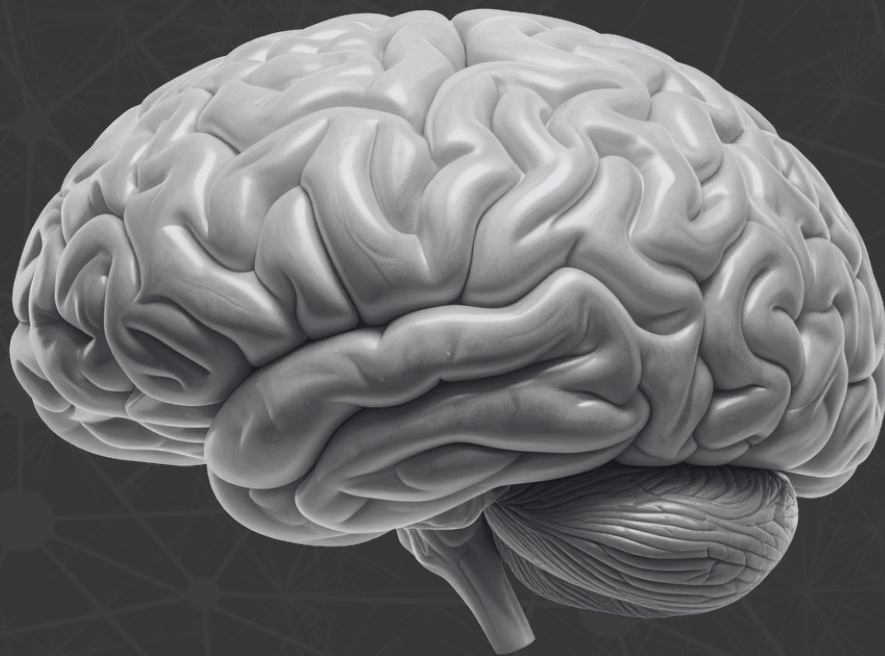


Uma Revisão Integrativa Sobre
Riscos Psicossociais, Qualidade Assistencial
e Proteção dos Direitos Fundamentais

LUIZ FERNANDO RIDOLFI
EDVANIA CRISTINA CIPRIANO RODRIGUES DA SILVA
BRUNO CASSIANO DE LIMA
LEONARDO MARTINS DE ARAUJO
ALDEÍRES SILVA OLIVEIRA
JAQUELINE DA SILVA LIMA

Aurum
EDITORA

BURNOUT E SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE



Uma Revisão Integrativa Sobre
Riscos Psicossociais, Qualidade Assistencial
e Proteção dos Direitos Fundamentais

LUIZ FERNANDO RIDOLFI
EDVANIA CRISTINA CIPRIANO RODRIGUES DA SILVA
BRUNO CASSIANO DE LIMA
LEONARDO MARTINS DE ARAUJO
ALDEÍRES SILVA OLIVEIRA
JAQUELINE DA SILVA LIMA

AURUM EDITORA LTDA – 2026

Curitiba – Paraná - Brasil

EDITOR CHEFE

Lucas Gabriel Vieira Ewers

AUTORES DO LIVRO

Luiz Fernando Ridolfi

Edvania Cristina Cipriano Rodrigues da
Silva

Bruno Cassiano de Lima

Leonardo Martins de Araujo

Aldeíres Silva Oliveira

Jaqueline da Silva Lima

Copyright © Aurum Editora Ltda

Texto Copyright © 2026 Os Autores

Edição Copyright © 2026 Aurum Editora
Ltda

EDIÇÃO DE TEXTO

Stefanie Vitoria Garcia de Bastos



Este trabalho está licenciado sob uma
licença Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives
4.0 International License.

EDIÇÃO DE ARTE

Aurum Editora Ltda

IMAGENS DA CAPA

Freepik, Canva.

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

ÁREAS DE CONHECIMENTO

Ciências da Saúde

A responsabilidade pelo conteúdo, precisão e veracidade dos dados apresentados neste texto é inteiramente do autor, não refletindo necessariamente a posição oficial da Editora. O trabalho pode ser baixado e compartilhado, desde que o crédito seja dado ao autor, mas não é permitida a modificação do conteúdo de qualquer forma ou seu uso para fins comerciais.

A Aurum Editora se compromete a manter a integridade editorial em todas as fases do processo de publicação, prevenindo plágio, dados ou resultados fraudulentos, e assegurando que interesses financeiros não afetem os padrões éticos da publicação. Qualquer suspeita de má conduta científica será verificada com atenção aos princípios éticos e acadêmicos. Todos os manuscritos passaram por uma avaliação duplo-cega, realizada pelos membros do Conselho Editorial, e foram aprovados para publicação com base em critérios de imparcialidade e objetividade acadêmica.

CORPO EDITORIAL

Adicélia Rodrigues Souza - Graduada em Letras pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Adriano Rosa da Silva - Mestre em História Social pela Universidade Federal Fluminense.

Alessandro Sathler Leal da Silva - Doutor em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Alex Lourenço dos Santos - Doutorando em Geografia pela Universidade Federal de Catalão.

Aline Borba Alves - Mestra em Educação pela Universidade Estadual do Maranhão.

Amanda Pereira Moreira - Mestra em Letras pela Universidade Federal de Lavras.

Antonio Ismael Lopes de Sousa - Doutorando em Linguística e Literatura pela Universidade Federal do Norte do Tocantins.

Ayla de Jesus Moura - Mestra em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Bárbara Silvestre da Silva Pereira - Doutoranda em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Bianca Martins Knap - Mestranda em Direito Econômico e Desenvolvimento pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Camila Aparecida da Silva Albach - Doutoranda em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Carina Mandler Schmidmeier - Mestranda em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Carlos Adriano Martins - Doutor em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade Cruzeiro do Sul.

Carolline Nunes Lopes - Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Cláudio Alberto de Sá Quirino - Mestre profissional em Administração Pública (PROFIAP) pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Damião Evangelista Rocha - Doutorando em Saúde e Desenvolvimento Humano pela Universidade La Salle - Canoas.

Daniel da Rocha Silva - Mestre em Letras pela Universidade Federal de Sergipe.

Daniel Rodrigues de Lima - Mestre em História pela Universidade Federal do Amazonas.

Diego Emanuel Veis Bentancourt - Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria.

Diego Pinto de Oliveira - Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Alfenas.

Elberto Teles Ribeiro - Mestrando em Geografia pela Universidade Federal da Grande Dourados.



Equiton Lorengian Grégio - Mestre em Ciência e Tecnologia Ambiental pela Universidade Federal da Fronteira Sul.

Evaldo Batista Mariano Júnior - Doutorando em Educação pela Universidade de Uberaba.

Fábio Henrique de Souza Lacerda - Mestre em Educação pela Universidade do Estado de Mato Grosso.

Fabio José Antonio da Silva - Doutor em Educação Física pela Universidade Estadual de Londrina.

Fabricio do Nascimento Moreira - Doutorando em Administração pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Felipe Antônio da Silva - Graduado em Direito pelo Centro Universitário Unihorizontes.

Flávia Maria Silva Brito - Doutora em Recursos Florestais pela Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz.

Flávio Roberto Chaddad - Mestre em Educação Escolar pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.

Francisco Samuel Laurindo de Lima - Graduado em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Estadual do Ceará.

Francisco Welton Machado - Editor Independente - Graduado em Geografia pela Universidade Estadual do Piauí.

Gabriella de Moraes - Doutora em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Gleyson Martins Magalhães Reymão - Mestre Profissional em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação pelo Instituto Federal do Pará.

Glicerinaldo de Sousa Gomes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal da Paraíba.

Gustavo Boni Minetto - Mestrando em Educação, Linguagens e Tecnologia pela Universidade Estadual de Goiás.

Gutemberg Rapôso da Silva Ferreira - Doutorando em Linguística e Literatura pela Universidade Federal do Tocantins campus de Porto Nacional.

João Vitor Silva Almeida - Graduado em Gestão de Cooperativas pela Universidade Federal do Tocantins.

Joelson Lopes da Paixão - Doutorando em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal de Santa Maria.

Joice Marisa Görgen Junqueira - Mestra em Educação pela Universidade La Salle - Canoas.

José Bruno Martins Leão - Doutor em Sistema Constitucional de Garantia de Direitos pela Instituição Toledo de Ensino.

José Carlos dos Santos Silva - Mestrando em Educação Física pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.



José Cláudio da Silva Júnior - Mestrando em Ciências da Saúde pela Universidade de Pernambuco.

José Henrique Rodrigues Machado - Doutor em Ciências Sociais - Programa de Performances Culturais, pela Universidade Federal de Goiás.

José Leonardo Diniz de Melo Santos - Mestre em Educação, Culturas e Identidades pela Universidade Federal Rural de Pernambuco.

José Marciel Araújo Porcino - Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil.

José Neto de Oliveira Felipe - Doutorando em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade de Passo Fundo.

José Ronaldo de Freitas Machado - Mestre em Educação pela Universidade de Uberaba.

Jungley de Oliveira Torres Neto - Doutor em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Karyne Oliveira Coelho - Doutora em Ciência Animal pela Universidade Federal de Goiás.

Layse da Silva Vieira - Mestranda em Vigilância em Saúde pela Universidade Iguazu.

Lidiana da Cruz Pereira - Doutora em Educação pela Universidade do Vale do Itajaí.

Lidiane Álvares Mendes - Doutoranda em Estudos de Cultura Contemporânea pela Universidade Federal de Mato Grosso.

Luan Brenner da Costa - Editor Independente - Graduado em Enfermagem pela Fundação Herminio Ometto.

Lucas Matheus Araujo Bicalho - Mestrando em Historia pela Universidade Estadual de Montes Claros, UNIMONTES, Brasil.

Lucia Helena Santana Ferreira - Doutoranda em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Luciano Victor da Silva Santos - Mestrando em Hotelaria e Turismo pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

Luzia Eleonora Rohr Balaj - Doutoranda em Música pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Magno Fernando Almeida Nazaré - Mestre em Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão.

Maiara Martins Doná - Mestra em Educação pela Universidade de Sorocaba.

Maickon Willian de Freitas - Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.



Maikon Luiz Mirkoski - Mestre Profissional em Matemática em Rede Nacional pela Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Mailson Moreira dos Santos Gama - Doutorando em História pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Marcelo Bustamante Chilingue - Doutorando em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Marcelo Carvalho da Conceição - Doutor em Biologia Estrutural e Funcional pela Universidade Federal de São Paulo.

Marcos Scarpioni - Doutorando em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Maria da Luz Olegário - Doutora em Educação pela Universidade Federal da Paraíba.

Maria Nazaré Lopes Baracho - Doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Campus JK.

Marilha da Silva Bastos - Mestranda em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará.

Marinely Aparecida Clemente - Mestra em Direito pela Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Mario Marcos Lopes - Doutorando em Educação pela Universidade Federal de São Carlos.

Marlon Messias Santana Cruz - Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Michael Douglas Alves dos Santos - Mestrando em Educação, Cultura e Territórios Semiáridos pela Universidade do Estado da Bahia.

Mirna Liz da Cruz - Editora Independente - Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás.

Natan Gomes dos Santos - Graduado em Biomedicina pela Faculdade Madre Thais.

Newton Ataíde Meira - Mestrando em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros.

Patrick Anderson Castro de Matos - Mestrando em Educação Física pela Universidade Federal do Maranhão.

Plinio da Silva Andrade - Mestrando em Ciências da Educação pela Universidade Leonardo Da Vinci.

Rafael José Kraisch - Doutorando em Neurociências pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Romário Silva Ribeiro - Doutorando em Educação pela Christian Business School.

Ryan Dutra Rodrigues - Editor Independente - Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas.

Samuel Francisco Rabelo - Doutorando em Direitos Humanos pela Universidade Tiradentes.



Sebastião Lacerda de Lima Filho - Doutorando em Medicina Translacional pela Universidade Federal do Ceará.

Silvana Maria Aparecida Viana Santos - Mestra em Tecnologias Emergentes em Educação pela MUST University.

Silvio de Almeida Junior - Doutor em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca.

Stefany Reis Marquioli - Mestra em História Social pela Universidade Estadual de Montes Claros.

Suely Maria da Silva - Mestra em Gestão Pública Para o Desenvolvimento do Nordeste pela Universidade Federal de Pernambuco.

Swelen Freitas Gabarron Peralta - Doutoranda em Educação pela Universidade Tuiuti do Paraná.

Talita Benedcta Santos Künast - Doutoranda em Biodiversidade e Biotecnologia pela Universidade Federal de Mato Grosso.

Tályta Carine da Silva Saraiva - Mestra em Agronomia pela Universidade Federal do Piauí.

Thiago Silva Prado - Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Maringá.

Vinicius Valim Pereira - Doutor em Zootecnia pela Universidade Estadual de Maringá, UEM, Brasil.

Wilson Moura - Doutor em Psicologia pela Christian Business School.

Yohans de Oliveira Esteves - Doutor em Psicologia pela Universidade Salgado de Oliveira.

Zaqueu Henrique de Souza - Doutor em Geografia pela Universidade Federal de Jataí.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B963

Burnout e Saúde Mental dos Profissionais da Saúde [recurso eletrônico] : Uma Revisão Integrativa Sobre Riscos Psicossociais, Qualidade Assistencial e Proteção dos Direitos Fundamentais / organização Luiz Fernando Ridolfi ... [et al.]. – Curitiba, PR: Aurum Editora, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

ISBN 978-65-6223-057-4

1. Saúde. 2. Saúde mental. 3. Burnout (transtorno psicossocial). I. Ridolfi, Luiz Fernando. II. Silva, Edvania Cristina Cipriano Rodrigues da. III. Lima, Bruno Cassiano de. IV. Araujo, Leonardo Martins de. V. Título.

CDU 159.9

Catalogação na fonte: Bruna Heller (CRB10/2348)

Índices para catálogo sistemático:

1 Psicologia 159.9

DOI: 10.63330/livroautoral922026-

Aurum Editora Ltda
CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná



AUTORES

Luiz Fernando Ridolfi

Possui graduação em Filosofia pela Faculdade Católica de Pouso Alegre (2014); pós-graduação lato sensu em Gestão Escolar e Coordenação Pedagógica pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2016); pós-graduação lato sensu em Ciências da Religião pelo Instituto Santo Tomás de Aquino (2017); graduação em Teologia pelo Instituto Santo Tomás de Aquino (2018); pós-graduação lato sensu em Programação Neurolinguística pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (2018); pós-graduação lato sensu em Teologia pelo Instituto Santo Tomás de Aquino (2019); licenciatura em Letras e Inglês pelo Centro Universitário de Araras Dr. Edmundo Ulson (2020); pós-graduação lato sensu em Psicanálise pela Faculdade Ibra de Minas Gerais (2022); licenciatura em Pedagogia pelo Centro Universitário Cidade Verde (2023); graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2023); pós-graduação lato sensu em Terapia Familiar pelo Centro Universitário Venda Nova do Imigrante (2023); Mestre em Intervenção Psicológica no Desenvolvimento e na Educação pela Universidad Europea del Atlántico (2025); graduando na licenciatura em Educação Especial pela Faculdade Ibra de Minas Gerais e graduando em Teologia pelo Claretiano Centro Universitário.

E-mail: luizridolfi@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4918-0420>

Edvania Cristina Cipriano Rodrigues da Silva

Doutoranda do Programa de Políticas Públicas da Universidade de Mogi das Cruzes. Mestra em Educação pela Universidad Europea del Atlántico (Espanha). Graduada em Pedagogia pela Universidade de Mogi das Cruzes (2006) e em Arte pela FAMOSP (2016). Possui especializações em Docência do Ensino Superior, Gestão Educacional e Arte Educacional. Graduada em Tecnologia em Gestão Pública pela UNIVESP. Tem formação adicional nas áreas de Inclusão, Alfabetização e Tecnologia. É autora de "Formação Superior e Qualidade do Ensino - Docente Universitário" e publicou capítulos de livros e artigos sobre novas tecnologias e projetos educacionais. Atualmente, é professora na Sala de Atendimento Educacional Especializado (AEE) da Secretaria Municipal de Educação de Mogi das Cruzes. Anteriormente, atuou como formadora em Educação Tecnológica. Recebeu o prêmio "Conectando Boas Práticas" e apresentou trabalhos em diversos fóruns.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7052-9208>

Bruno Cassiano de Lima

Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG), 2019. Especialista em Saúde Pública, Psicopedagogia e Docência do Ensino Superior. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde pela São Luis University (SLU). Atualmente, graduando em Pedagogia e especializando-se em Fitoterapia Integrativa e em Saúde da Família, Planejamento e Gestão pela FACUVALE. Vínculo laboral: Professor Universitário na UNIGRANDE – Polo Goianésia; Professor no Colégio Decisão; e Professor na Faculdade Centro-Oeste (HBF).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9882-2472>



Leonardo Martins de Araujo

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) e enfermeiro pela Universidade Vale do Rio Verde (UninCor). Mestre em Gestão dos Cuidados de Saúde pela MUST University, com título reconhecido no Brasil pela Universidade da Amazônia (UNAMA) como Mestre em Administração. Doutorando em Saúde e Desenvolvimento Humano pela Universidade La Salle (UniLaSalle). Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e em Controle de Infecções Hospitalares, com MBA em Gestão Estratégica de Negócios. Possui formação em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) e Terapia Afirmativa.

Vínculo laboral: Psicólogo clínico, com atuação em terapias comportamentais contextuais e psicologia afirmativa LGBTQIAPN+, e técnico-administrativo em educação (TAE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com atuação no Hospital das Clínicas (HC-UFGM/Ebserh).

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1184-8651>

Aldeíres Silva Oliveira

Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário UNA (2016); Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade IPEMIG (2026); Mestra em Psicologia Organizacional pela Must University (2026)

Técnica de Enfermagem no HC/UFGM (2014)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1752-3755>

Jaqueline da Silva Lima

Bacharelado em Enfermagem pelo Instituto Metodista Isabela Hendrix (2008);

Especialização em Estomoterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2014); Especialização em Gerontologia pela Faculdade Metropolitana (2020); Mestranda em Psicologia Organizacional pela Must University.

Técnica de Enfermagem HC/UFGM (2003)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5072-0780>



RESUMO

O burnout e o adoecimento mental entre profissionais da saúde configuram um dos principais desafios contemporâneos para a saúde do trabalhador, comprometendo simultaneamente o bem-estar dos trabalhadores, a qualidade da assistência e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Apesar do crescimento da produção científica sobre o tema, persistem lacunas quanto à integração das evidências relativas à prevalência, aos determinantes, às repercussões assistenciais e às estratégias de prevenção. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar criticamente as evidências científicas acerca do burnout e do adoecimento mental em profissionais da saúde, identificando sua prevalência, os fatores determinantes, os impactos sobre a assistência à saúde e as estratégias preventivas descritas na literatura. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020). A busca foi realizada nas bases Web of Science; Scopus; PubMed/MEDLINE; Embase; PsycINFO; SciELO; BVS; ERIC; busca manual; busca reversa e Portal de Periódicos CAPES, utilizando descritores controlados DeCS/MeSH combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos publicados entre 2014 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem burnout, sofrimento psíquico ou adoecimento mental em profissionais da saúde. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, 23 estudos compuseram o corpus analítico. Os resultados evidenciaram prevalência de burnout variando entre 25% e 85%, com maior vulnerabilidade entre médicos, enfermeiros e residentes, especialmente em contextos marcados por sobrecarga laboral, precarização das relações de trabalho, insuficiência de recursos, violência ocupacional e baixo suporte organizacional. A exaustão emocional constituiu a dimensão mais recorrente, frequentemente associada à ansiedade, depressão, absenteísmo, intenção de abandono da profissão, comprometimento da segurança do paciente e redução da qualidade da assistência. As evidências também demonstraram que intervenções isoladas voltadas ao indivíduo apresentam eficácia limitada quando dissociadas de mudanças organizacionais e de políticas institucionais de promoção da saúde do trabalhador. Conclui-se que o burnout representa um fenômeno ocupacional multideterminado, cuja prevenção requer abordagens integradas envolvendo gestão do trabalho, fortalecimento das políticas públicas, melhoria das condições laborais e implementação de programas permanentes de vigilância e promoção da saúde mental. Como contribuição científica, o estudo sistematiza as evidências recentes sobre o tema e identifica lacunas que subsidiam futuras pesquisas e o aprimoramento das políticas de saúde do trabalhador.

Palavras-chave: Burnout; Esgotamento Profissional; Pessoal de Saúde; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental.



ABSTRACT

Burnout and mental health issues among healthcare professionals represent one of the major contemporary challenges to occupational health, simultaneously compromising workers' well-being, the quality of care, and the sustainability of health care systems. Despite the growing body of scientific literature on the subject, gaps remain regarding the integration of evidence on prevalence, determinants, impacts on care, and prevention strategies. In this context, this study aims to critically analyze the scientific evidence on burnout and mental health issues among healthcare professionals, identifying their prevalence, determining factors, impacts on healthcare, and preventive strategies described in the literature. This is an integrative literature review, conducted in accordance with the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020). The search was conducted in the Web of Science; Scopus; PubMed/MEDLINE; Embase; PsycINFO; SciELO; BVS; ERIC, and CAPES Journal Portal databases, using DeCS/MeSH controlled descriptors combined with Boolean operators. Studies published between 2014 and 2026 in Portuguese, English, and Spanish that addressed burnout, psychological distress, or mental illness among healthcare professionals were included. After applying the eligibility criteria, 23 studies comprised the analytical corpus. The results showed a prevalence of burnout ranging from 25% to 85%, with greater vulnerability among physicians, nurses, and residents, especially in settings characterized by work overload, precarious working conditions, insufficient resources, workplace violence, and low organizational support. Emotional exhaustion was the most common dimension, frequently associated with anxiety, depression, absenteeism, intention to leave the profession, compromised patient safety, and reduced quality of care. The evidence also demonstrated that isolated, individual-focused interventions have limited effectiveness when separated from organizational changes and institutional policies aimed at promoting workers' health. It is concluded that burnout represents a multidetermined occupational phenomenon, the prevention of which requires integrated approaches involving work management, strengthening of public policies, improvement of working conditions, and implementation of ongoing programs for mental health surveillance and promotion. As a scientific contribution, this study synthesizes recent evidence on the topic and identifies gaps that inform future research and the improvement of occupational health policies.

Keywords: Burnout; Healthcare Workers; Mental Health; Occupational Health; Professional Exhaustion.



PREFÁCIO

A saúde mental dos profissionais da saúde constitui uma questão central para a compreensão dos desafios contemporâneos relacionados à organização do trabalho, à qualidade da assistência e à efetivação dos direitos fundamentais. Em um cenário marcado pelo aumento das demandas assistenciais, pela complexidade dos serviços de saúde e pela persistência de riscos psicossociais nos ambientes laborais, torna-se indispensável ampliar o debate científico sobre o burnout e suas repercussões para os trabalhadores, as instituições e a sociedade.

A relevância dessa discussão reside, sobretudo, na necessidade de superar interpretações que atribuem exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade pelo próprio adoecimento. Embora os recursos pessoais de enfrentamento desempenhem um papel importante, as condições de trabalho, a sobrecarga profissional, a insuficiência de recursos, a precarização dos vínculos laborais, a violência ocupacional e as fragilidades do suporte institucional também precisam ser consideradas na compreensão desse fenômeno. Essa perspectiva permite reconhecer que a promoção da saúde mental exige ações que ultrapassem intervenções individuais e alcancem as estruturas organizacionais responsáveis pela criação e manutenção de ambientes laborais saudáveis.

A presente obra contribui para esse debate ao reunir e analisar criticamente evidências científicas nacionais e internacionais sobre a prevalência do burnout, seus principais determinantes, suas repercussões para a qualidade da assistência e as estratégias de prevenção identificadas na literatura. Mediante uma revisão integrativa, o estudo sistematiza resultados de 23 pesquisas, oferecendo uma compreensão abrangente das relações entre sofrimento psíquico, condições laborais, segurança do paciente e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Outro aspecto relevante consiste na articulação entre o conhecimento produzido pelas ciências da saúde e a perspectiva jurídico-constitucional. Ao relacionar a proteção da saúde mental aos princípios da dignidade da pessoa humana, da valorização social do trabalho e do direito fundamental à saúde, o estudo evidencia que a prevenção do adoecimento ocupacional não representa apenas uma medida de gestão institucional, mas também uma exigência vinculada à proteção da pessoa humana e à promoção de condições dignas e seguras de trabalho.

Nesse sentido, a investigação oferece subsídios para pesquisadores, profissionais da saúde, gestores e formuladores de políticas públicas interessados no desenvolvimento de estratégias preventivas fundamentadas em evidências científicas. Ao enfatizar a importância da governança institucional, da participação dos trabalhadores, da vigilância em saúde e da melhoria das condições laborais, a obra reafirma a necessidade de respostas integradas, permanentes e socialmente responsáveis.

Que esta leitura contribua para fortalecer o compromisso científico, institucional e jurídico com a saúde mental dos profissionais da saúde, reconhecendo que cuidar de quem cuida constitui parte essencial da construção de sistemas de saúde mais seguros, humanizados e sustentáveis. Afinal, a qualidade da assistência prestada à população está indissociavelmente relacionada à proteção daqueles que, diariamente, assumem a responsabilidade de preservar a vida e promover a saúde.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.1 O DIREITO FUNDAMENTAL A SAÚDE E A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR.....	25
2.2 BURNOUT E ADOECIMENTO MENTAL: EVOLUÇÃO CONCEITUAL E FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	28
2.3 DETERMINANTES ORGANIZACIONAIS E PSICOSSOCIAIS DO ADOECIMENTO MENTAL.....	32
2.4 REPERCUSSÕES DO BURNOUT PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E PARA OS DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	36
2.5 ESTRATÉGIAS INSTITUCIONAIS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	42
2.6 SÍNTESE CRÍTICA DO REFERENCIAL TEÓRICO E CONSTRUÇÃO DO MODELO CONCEITUAL DE ANÁLISE.....	46
2.7 MODELO MULTINÍVEL DOS DETERMINANTES ORGANIZACIONAIS DO BURNOUT EM SISTEMAS DE SAÚDE.....	50
3 METODOLOGIA.....	54
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CORPUS DA REVISÃO.....	61
4.2 PREVALÊNCIA DO BURNOUT E DO ADOECIMENTO MENTAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	63
4.3 REPERCUSSÕES ASSISTENCIAIS, JURÍDICAS E SOCIAIS DO BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	66
4.4 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL.....	68
4.5 DISCUSSÃO INTEGRATIVA: AVANÇOS TEÓRICOS, TENSÕES ANALÍTICAS E IMPLICAÇÕES PARA A GOVERNANÇA DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	77



APRESENTAÇÃO

A saúde mental dos profissionais da saúde representa um tema de crescente relevância científica, social e institucional, especialmente diante das exigências que caracterizam a organização contemporânea do trabalho nos serviços de saúde. A intensidade das demandas assistenciais, a responsabilidade inerente ao cuidado humano e a exposição contínua a situações de sofrimento, adoecimento e vulnerabilidade podem ampliar os riscos psicossociais e comprometer o bem-estar dos trabalhadores. Nesse contexto, o burnout destaca-se como um fenômeno que exige investigação sistemática, tanto por suas repercussões sobre a saúde dos profissionais quanto por suas possíveis implicações para a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes.

Esta obra propõe uma reflexão fundamentada na literatura científica acerca dos fatores associados ao esgotamento ocupacional e de suas repercussões nos contextos de trabalho em saúde. A investigação parte de uma compreensão multifatorial do fenômeno, considerando que seu desenvolvimento não pode ser explicado exclusivamente por características individuais ou pela capacidade pessoal de enfrentamento. As condições laborais, a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos, a precarização dos vínculos profissionais, a violência ocupacional e as limitações do suporte institucional também integram o conjunto de elementos relevantes para a análise.

Para desenvolver essa discussão, se adota uma revisão integrativa da literatura, orientada por procedimentos de identificação, seleção e análise das evidências científicas. O corpus analisado reúne 23 estudos, publicados entre 2014 e 2026, cujos resultados permitem examinar diferentes aspectos relacionados à ocorrência do burnout, aos fatores de risco psicossocial e às consequências do adoecimento para os profissionais e para os serviços de saúde. A sistematização dessas evidências favorece uma leitura abrangente do problema, sem desconsiderar a diversidade dos contextos investigados e os limites inerentes à produção científica examinada.

Entre os aspectos abordados, destacam-se o esgotamento emocional, as repercussões sobre a saúde mental, as relações com o absenteísmo e a intenção de deixar o trabalho, bem como as possíveis consequências para a continuidade e a qualidade da assistência. A análise dessas dimensões permite compreender que o adoecimento ocupacional não constitui uma questão restrita à esfera privada do trabalhador. Trata-se, também, de um desafio organizacional que demanda medidas preventivas, condições laborais adequadas, fortalecimento do apoio institucional e participação dos profissionais na construção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis.

A discussão assume, ainda, uma perspectiva jurídico-constitucional ao relacionar a proteção da saúde mental dos trabalhadores aos princípios da dignidade da pessoa humana, da valorização social do trabalho e do direito fundamental à saúde. Essa articulação amplia o alcance da investigação ao evidenciar que a prevenção dos riscos psicossociais deve ser compreendida não apenas como uma estratégia de gestão, mas também como parte do compromisso institucional com a proteção da pessoa humana e a promoção de condições dignas de trabalho.

Ao reunir essas dimensões, busca-se contribuir para o aprofundamento do debate acadêmico e para a reflexão crítica de pesquisadores, profissionais da saúde, gestores e responsáveis pela formulação de políticas públicas. Sua contribuição consiste em articular evidências científicas, condições de trabalho, qualidade assistencial e direitos fundamentais, destacando a importância de estratégias preventivas sustentadas por uma abordagem integrada. Espera-se, assim, que a leitura favoreça o reconhecimento do burnout como uma questão que exige respostas institucionais consistentes e contínuas, orientadas pela valorização dos trabalhadores e pela responsabilidade com a segurança e a qualidade do cuidado oferecido à população.



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Framework Integrado de Governança Organizacional para Prevenção do Burnout e Efetivação do Direito Fundamental à Saúde.....	41
Figura 2 – Modelo Multinível dos Determinantes Organizacionais do Burnout em Sistemas de Saúde.....	53



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese quantitativa do processo de seleção dos estudos.....	57
Quadro 2 – Motivos de exclusão dos estudos após leitura integral.....	57
Quadro 3 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos segundo o MMAT 2018.....	58
Quadro 4 – Síntese Quantitativa.....	59
Quadro 5 – Proposições Teóricas Derivadas da Revisão Integrativa.....	73



1 INTRODUÇÃO

A saúde mental dos trabalhadores constitui uma das dimensões mais relevantes da proteção do direito fundamental à saúde, especialmente em contextos ocupacionais caracterizados por elevada complexidade técnica, intensa exigência emocional e permanente exposição a fatores estressores. Entre os diferentes grupos profissionais, os trabalhadores da saúde ocupam posição singular, pois exercem atividades voltadas à preservação da vida e da dignidade humana enquanto enfrentam, cotidianamente, condições laborais marcadas por sobrecarga assistencial, escassez de recursos, elevada responsabilidade ética e convivência permanente com o sofrimento, a dor e a morte. Esse cenário evidencia um paradoxo contemporâneo: aqueles responsáveis pelo cuidado da saúde coletiva figuram entre os grupos vulneráveis ao adoecimento mental relacionado ao trabalho.

Nas últimas décadas, a saúde mental dos profissionais da saúde deixou de ser compreendida como questão exclusivamente individual para ser reconhecida como fenômeno multidimensional, resultante da interação entre fatores organizacionais, psicossociais, institucionais e socioeconômicos. Essa mudança de perspectiva acompanha a evolução do conceito ampliado de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948; 2022), segundo o qual o bem-estar físico, mental e social constitui elemento essencial para a efetivação do direito humano à saúde. Sob essa perspectiva, o sofrimento psíquico decorrente das relações laborais ultrapassa os limites da medicina ocupacional e assume relevância jurídica, ética e política, por envolver a responsabilidade das instituições, dos sistemas de saúde e do próprio Estado na promoção de ambientes laborais seguros, saudáveis e humanizados.

A consolidação da saúde do trabalhador como campo interdisciplinar reforçou a compreensão de que o processo saúde-doença não pode ser explicado exclusivamente por características individuais ou predisposições biológicas. Conforme argumentam Dejours (2015), Laurell e Noriega (1989) e Mendes e Dias (1991), a organização do trabalho constitui elemento central na produção do sofrimento psíquico, influenciando diretamente as condições de realização profissional, os mecanismos de reconhecimento social e as possibilidades de preservação da saúde mental. Sob essa perspectiva, o trabalho representa simultaneamente espaço de realização humana e potencial fonte de adoecimento quando submetido a modelos gerenciais pautados pela intensificação produtiva, precarização das relações laborais, insegurança ocupacional e insuficiência de suporte institucional.

Nesse contexto, a Síndrome de Burnout consolidou-se como um dos principais objetos de investigação das ciências da saúde, da psicologia ocupacional e da saúde coletiva. O termo foi inicialmente empregado por Freudenberger (1974), ao descrever um quadro de exaustão física, emocional e cognitiva observado em profissionais que exerciam atividades assistenciais de elevada demanda interpessoal.

Posteriormente, Maslach e Jackson (1981) sistematizaram o modelo tridimensional que permanece como principal referência internacional para compreensão da síndrome, caracterizando-a pelas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. Décadas mais tarde,

Maslach e Leiter (2016) ampliaram essa abordagem ao demonstrar que o burnout resulta, predominantemente, do descompasso entre as demandas organizacionais e a capacidade adaptativa dos trabalhadores, deslocando o foco analítico das características individuais para os fatores estruturais relacionados à organização do trabalho.

O reconhecimento institucional da relevância desse fenômeno alcançou um marco histórico quando a Organização Mundial da Saúde passou a incluir oficialmente o burnout na Décima Primeira Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), classificando-o como fenômeno ocupacional associado ao estresse crônico no ambiente laboral que não foi adequadamente administrado (OMS, 2022). Embora a CID-11 não o reconheça como transtorno mental propriamente dito, sua incorporação representa importante avanço normativo ao reconhecer que determinadas formas de organização do trabalho podem produzir impactos significativos sobre a saúde mental dos trabalhadores, fortalecendo políticas públicas voltadas à prevenção, vigilância e promoção da saúde ocupacional.

A crescente produção científica publicada nos últimos anos demonstra que o burnout não constitui evento isolado, mas integra um espectro amplo de manifestações relacionadas ao sofrimento psíquico e ao adoecimento mental dos profissionais da saúde. Revisões sistemáticas recentes identificam prevalências elevadas de exaustão emocional, ansiedade, depressão, transtornos do sono, sofrimento moral e intenção de abandono da profissão, particularmente entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes e profissionais que atuam em serviços de urgência, terapia intensiva, oncologia e atenção primária (West *et al.*, 2018; Rotenstein *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2021; Godoi *et al.*, 2023).

Embora as estimativas variem conforme os instrumentos empregados, os contextos institucionais e os critérios diagnósticos adotados, observa-se consenso quanto à elevada magnitude epidemiológica do problema e às suas repercussões sobre a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O agravamento desse cenário tornou-se particularmente evidente durante e após a pandemia da Covid-19. A rápida expansão da demanda assistencial, a insuficiência de equipamentos de proteção individual, a elevada mortalidade hospitalar, o prolongamento das jornadas de trabalho e a necessidade de tomada de decisões clínicas em situações de extrema escassez de recursos intensificaram significativamente a exposição dos profissionais da saúde aos fatores de risco psicossociais. Estudos multicêntricos conduzidos em diferentes países demonstraram aumento expressivo da prevalência de burnout, ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático e sofrimento moral entre trabalhadores da saúde, consolidando a pandemia como importante marco epidemiológico para a investigação do adoecimento ocupacional (Lai *et al.*, 2020; Shanafelt *et al.*, 2020; Pappa *et al.*, 2020; World Health Organization, 2022).

No contexto brasileiro, essa realidade assume contornos complexos em razão das desigualdades estruturais que caracterizam o Sistema Único de Saúde. A insuficiência histórica de financiamento, a

sobrecarga das equipes multiprofissionais, a precarização dos vínculos empregatícios, a distribuição desigual dos recursos humanos e as limitações da infraestrutura assistencial ampliam significativamente a vulnerabilidade dos trabalhadores ao adoecimento mental. Relatórios produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2024) evidenciam que fatores organizacionais relacionados às condições de trabalho exercem influência direta sobre os níveis de sofrimento psíquico, satisfação profissional, absenteísmo e permanência dos profissionais nos serviços públicos de saúde, reforçando que a proteção da saúde mental transcende a esfera individual e constitui responsabilidade institucional e estatal.

Sob a perspectiva dos direitos fundamentais, o debate sobre burnout e adoecimento mental adquire relevância adicional ao envolver a efetividade do direito ao trabalho digno, à saúde e à dignidade da pessoa humana, previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A proteção da saúde mental dos trabalhadores integra o conjunto dos direitos sociais e impõe aos empregadores públicos e privados o dever de adotar medidas preventivas capazes de minimizar riscos ocupacionais, conforme os princípios constitucionais da prevenção, da precaução e da valorização do trabalho humano.

Nesse sentido, a literatura contemporânea tem demonstrado que políticas institucionais voltadas exclusivamente ao desenvolvimento da resiliência individual apresentam eficácia limitada quando desvinculadas de mudanças estruturais na organização do trabalho, evidenciando a necessidade de abordagens integradas que articulem gestão organizacional, promoção da saúde, vigilância epidemiológica e fortalecimento das políticas públicas de saúde do trabalhador.

Embora o crescimento exponencial das pesquisas sobre burnout e saúde mental dos profissionais da saúde tenha ampliada significativamente a compreensão dos fatores associados ao adoecimento ocupacional, a literatura ainda apresenta importantes limitações conceituais, metodológicas e analíticas que dificultam a consolidação de evidências capazes de subsidiar políticas públicas e intervenções institucionais de maior efetividade. Revisões sistemáticas e integrativas publicadas na última década evidenciam elevada heterogeneidade quanto aos delineamentos metodológicos, aos instrumentos de mensuração, aos critérios diagnósticos empregados e às populações investigadas, circunstâncias que dificultam a comparação entre estudos e limitam a generalização dos resultados (Schaufeli, 2021; Salvagioni *et al.*, 2017; West *et al.*, 2018).

Entre as principais fragilidades identificadas na literatura destaca-se a predominância de estudos observacionais transversais, cuja natureza metodológica restringe o estabelecimento de relações causais entre os fatores organizacionais e o desenvolvimento do burnout. Além disso, parcela significativa das investigações concentra-se na mensuração da prevalência da síndrome, dedicando menor atenção à compreensão integrada dos mecanismos institucionais, organizacionais e psicossociais que condicionam o adoecimento mental dos trabalhadores da saúde. Como consequência, observa-se relativa fragmentação do conhecimento científico, com predomínio de análises centradas em categorias profissionais específicas ou

em determinados contextos assistenciais, sem uma abordagem abrangente que permita compreender a complexidade e a multidimensionalidade do fenômeno.

Outro aspecto recorrente refere-se à diversidade dos instrumentos utilizados para avaliação do burnout. Embora o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido por Maslach e Jackson (1981) e posteriormente aperfeiçoado por Maslach e Leiter (2016), permaneça como o instrumento amplamente empregado na literatura internacional, diferentes pesquisas utilizam escalas alternativas, como o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) e instrumentos adaptados para contextos específicos. Essa pluralidade metodológica, embora amplie as possibilidades analíticas, produz diferenças significativas na estimativa das prevalências e dificulta a comparação entre os estudos, aspecto frequentemente destacado em revisões internacionais recentes (Schaufeli, 2021; Woo *et al.*, 2020).

A literatura contemporânea também evidencia crescente consenso de que o burnout não deve ser compreendido exclusivamente como consequência da incapacidade individual de adaptação ao estresse ocupacional. Em contraposição às abordagens centradas na responsabilização do trabalhador, estudos desenvolvidos por Maslach e Leiter (2016), Dejours (2015), Bakker e Demerouti (2017) e Schaufeli (2021) demonstram que fatores relacionados a organização do trabalho, ao suporte institucional, a cultura organizacional, a liderança, a autonomia profissional, a justiça organizacional e as condições materiais de exercício da atividade laboral exercem influência determinante sobre o desenvolvimento do sofrimento psíquico. Essa perspectiva desloca o debate científico para uma abordagem sistêmica, segundo a qual a prevenção do adoecimento mental exige intervenções estruturais capazes de modificar os ambientes organizacionais e promover condições dignas de trabalho.

No plano internacional, organismos multilaterais vêm reforçando a necessidade de integrar a saúde mental às políticas de proteção social e de gestão do trabalho. A Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2022) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) publicaram diretrizes conjuntas reconhecendo que ambientes laborais psicologicamente seguros constituem requisito indispensável para a efetivação do trabalho decente e para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, especialmente aqueles relacionados à saúde e bem-estar (ODS 3), ao trabalho decente e crescimento econômico (ODS 8) e à redução das desigualdades (ODS 10). Essas diretrizes enfatizam que os transtornos mentais relacionados ao trabalho produzem impactos que transcendem a esfera individual, afetando a produtividade, a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, a qualidade dos serviços prestados e a proteção dos direitos fundamentais dos trabalhadores.

Sob essa perspectiva, a proteção da saúde mental dos profissionais da saúde passa a constituir questão estratégica para os sistemas públicos e privados de assistência, especialmente diante do envelhecimento populacional, da crescente demanda por serviços especializados e da intensificação das desigualdades sociais observadas em diversos países. Estudos conduzidos por West *et al.* (2018), *National*

Academy of Medicine (2019), Shanafelt *et al.* (2020) e WHO (2022) demonstram que elevados níveis de burnout encontram-se associados ao aumento da ocorrência de eventos adversos, erros assistenciais, absenteísmo, rotatividade profissional, aposentadorias precoces, redução da produtividade e diminuição da satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Assim, o adoecimento mental dos profissionais deixa de representar apenas um problema individual para configurar importante desafio de governança institucional, segurança do paciente e efetividade das políticas públicas de saúde.

No cenário brasileiro, apesar do crescimento expressivo das pesquisas sobre saúde mental no trabalho, ainda são relativamente escassas revisões integrativas capazes de reunir criticamente as evidências produzidas após as profundas transformações organizacionais decorrentes da pandemia da Covid-19. Grande parte das revisões existentes concentra-se em categorias profissionais específicas, em contextos hospitalares isolados ou em determinados transtornos psíquicos, permanecendo limitada a integração das evidências referentes à prevalência do burnout, aos fatores determinantes, às repercussões assistenciais e às estratégias preventivas descritas na literatura nacional e internacional. Essa lacuna reduz a capacidade de produção de recomendações abrangentes destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde do trabalhador e da gestão institucional dos serviços de saúde.

Sob o enfoque jurídico, essa deficiência assume especial relevância, pois a efetivação do direito fundamental à saúde pressupõe não apenas a garantia de acesso universal aos serviços assistenciais, mas também a proteção das condições materiais e organizacionais necessárias ao exercício digno das atividades profissionais. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado (art. 196), estabelece a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho como fundamentos da República (art. 1º, incisos III e IV) e assegura a redução dos riscos inerentes ao trabalho mediante normas de saúde, higiene e segurança (art. 7º, inciso XXII). Esses dispositivos revelam que a proteção da saúde mental dos trabalhadores da saúde constitui imperativo constitucional diretamente relacionado à promoção da justiça social, da dignidade humana e da efetividade dos direitos fundamentais.

Nesse contexto, o presente estudo justifica-se pela necessidade de sistematizar criticamente as evidências científicas recentes acerca do burnout e do adoecimento mental em profissionais da saúde, integrando conhecimentos produzidos em diferentes contextos nacionais e internacionais. Ao reunir e analisar as evidências sobre prevalência, fatores determinantes, repercussões assistenciais e estratégias de prevenção, a pesquisa pretende contribuir para o fortalecimento do conhecimento científico interdisciplinar e oferecer subsídios teóricos e empíricos destinados à formulação de políticas públicas, ao aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e à promoção de ambientes laborais compatíveis com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da valorização do trabalho e da proteção integral da saúde do trabalhador.

Diante desse cenário, torna-se evidente que a produção científica sobre burnout e adoecimento mental em profissionais da saúde, embora expressiva e crescente, ainda apresenta limitações que dificultam a construção de uma compreensão integrada acerca da magnitude do fenômeno, de seus determinantes ocupacionais e organizacionais, de suas repercussões para a qualidade da assistência e das estratégias preventivas com maior potencial de efetividade.

Além da heterogeneidade metodológica identificada nas investigações primárias, observa-se relativa dispersão das evidências produzidas em diferentes contextos nacionais e internacionais, o que dificulta a formulação de recomendações consistentes para a gestão dos serviços de saúde e para a elaboração de políticas públicas voltadas à proteção da saúde mental dos trabalhadores. Nesse contexto, revela-se necessária a realização de sínteses críticas que permitam integrar o conhecimento disponível, identificar convergências e divergências entre os estudos e apontar lacunas que orientem futuras agendas de pesquisa.

Partindo dessas premissas, o presente estudo busca responder ao seguinte problema de pesquisa: quais são as evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional acerca da prevalência do burnout e do adoecimento mental em profissionais da saúde, de seus principais fatores determinantes, das repercussões para a qualidade da assistência e das estratégias de prevenção descritas pela produção científica recente?

Embora as revisões integrativas não tenham como finalidade comprovar relações de causalidade, a presente investigação parte da hipótese teórica de que o burnout e o adoecimento mental constituem fenômenos ocupacionais multifatoriais, predominantemente determinados por fatores organizacionais, psicossociais e institucionais relacionados às condições de trabalho, produzindo repercussões significativas para a saúde dos trabalhadores, para a segurança do paciente, para a qualidade da assistência e para a efetividade dos sistemas de saúde.

Parte-se igualmente da premissa de que estratégias preventivas fundamentadas exclusivamente na responsabilização individual apresentam eficácia limitada quando dissociadas de políticas institucionais voltadas ao fortalecimento das condições laborais, da gestão participativa, da promoção da saúde mental e da valorização do trabalho em saúde, conforme sustentam Maslach e Leiter (2016), Bakker e Demerouti (2017), Schaufeli (2021), a Organização Mundial da Saúde (2022) e a Organização Internacional do Trabalho (2022).

Nessa perspectiva, o objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar criticamente as evidências científicas sobre o burnout e o adoecimento mental em profissionais da saúde, identificando sua prevalência, os fatores determinantes, as repercussões assistenciais e as estratégias de prevenção descritas na literatura nacional e internacional.

Para alcançar esse propósito, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: 1) identificar a prevalência do burnout e de outras manifestações de adoecimento mental entre profissionais da saúde; 2) analisar os principais fatores individuais, organizacionais, ocupacionais e psicossociais associados ao desenvolvimento desses agravos; 3) examinar as repercussões do burnout para a qualidade da assistência, para a segurança do paciente, para o desempenho profissional e para a sustentabilidade dos serviços de saúde; 4) sistematizar as estratégias preventivas e interventivas descritas pela literatura científica; e 5) identificar lacunas do conhecimento capazes de orientar futuras pesquisas e subsidiar a formulação de políticas públicas destinadas à promoção da saúde mental dos trabalhadores da saúde.

A originalidade deste estudo reside na integração analítica de quatro dimensões que frequentemente são investigadas de maneira fragmentada na literatura: a prevalência do burnout, os fatores determinantes do adoecimento mental, as repercussões assistenciais decorrentes desse fenômeno e as estratégias de prevenção fundamentadas em evidências científicas. Ao reunir criticamente estudos publicados em diferentes contextos geográficos e institucionais, esta revisão amplia a compreensão acerca da natureza multidimensional do burnout e oferece uma síntese atualizada do conhecimento disponível, contribuindo para superar abordagens estritamente descritivas e favorecendo interpretações abrangentes acerca das relações entre organização do trabalho, saúde mental e qualidade da assistência em saúde.

Além de sua relevância científica, o estudo apresenta importante contribuição jurídico-social ao aproximar a literatura da saúde coletiva do campo dos direitos fundamentais. A proteção da saúde mental dos profissionais da saúde constitui pressuposto para a concretização do direito à saúde, da dignidade da pessoa humana e do direito ao trabalho em condições dignas e seguras, princípios assegurados pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e reafirmados por instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos e laborais. Sob essa perspectiva, compreender os fatores associados ao burnout transcende o interesse acadêmico e passa a representar condição necessária para o desenvolvimento de políticas públicas capazes de reduzir desigualdades, fortalecer os sistemas de saúde e promover ambientes organizacionais mais saudáveis, sustentáveis e socialmente responsáveis.

Espera-se, portanto, que os resultados desta revisão integrativa contribuam para o avanço do conhecimento científico interdisciplinar ao sistematizar criticamente as evidências disponíveis, identificar tendências emergentes da literatura internacional e oferecer subsídios teóricos e empíricos para pesquisadores, gestores, formuladores de políticas públicas e profissionais da saúde. Ao evidenciar a necessidade de estratégias preventivas estruturadas e de intervenções organizacionais baseadas em evidências, o estudo reforça que a promoção da saúde mental dos trabalhadores da saúde representa requisito indispensável para a efetividade do direito fundamental à saúde, para a qualidade da assistência prestada à população e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde contemporâneos.

Com esse propósito, o artigo está estruturado em quatro seções, além desta introdução. Inicialmente, apresenta-se o percurso metodológico da revisão integrativa, contemplando as estratégias de busca, os critérios de elegibilidade, o processo de seleção dos estudos e os procedimentos de análise. Em seguida, são expostos e discutidos os resultados obtidos à luz da literatura nacional e internacional, enfatizando a prevalência do burnout, seus determinantes, as repercussões assistenciais e as estratégias de prevenção identificadas. Por fim, são apresentadas as conclusões do estudo, suas limitações, as implicações para a gestão dos serviços de saúde e para as políticas públicas, bem como recomendações para o desenvolvimento de futuras investigações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O DIREITO FUNDAMENTAL A SAÚDE E A SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

A proteção da saúde constitui um dos mais importantes avanços do constitucionalismo contemporâneo, na medida em que ultrapassa a concepção tradicional de prestação assistencial para assumir a condição de direito humano fundamental indispensável à concretização da dignidade da pessoa humana, da igualdade material e da justiça social (Molla *et al.*, 2026).

No Estado Democrático de Direito, a efetividade desse direito não se restringe ao acesso universal aos serviços de assistência médica, mas compreende a criação de condições sociais, econômicas, ambientais e laborais que permitam o pleno desenvolvimento físico, psíquico e social dos indivíduos. Nessa perspectiva, a saúde mental do trabalhador deixa de representar questão exclusivamente clínica ou ocupacional para integrar o núcleo essencial dos direitos fundamentais, impondo ao Estado, aos empregadores e à sociedade o dever jurídico de prevenir riscos, promover ambientes laborais saudáveis e assegurar condições dignas de exercício profissional.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 promoveu profunda transformação paradigmática ao elevar a saúde à categoria de direito social e fundamental, incorporando-a ao sistema constitucional de proteção da pessoa humana. Ao estabelecer, em seu artigo 1º, incisos III e IV, a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho como fundamentos da República, o constituinte originário conferiu ao trabalho dimensão que transcende sua função econômica, reconhecendo-o como instrumento de realização pessoal, integração social e concretização da cidadania. Essa opção constitucional revela que a proteção da saúde dos trabalhadores não constitui mera política pública discricionária, mas verdadeiro dever jurídico decorrente da estrutura axiológica da Constituição, orientada pela centralidade da pessoa humana e pela máxima efetividade dos direitos fundamentais.

Conforme sustenta Barroso (2024), a Constituição de 1988 consolidou um modelo de Estado comprometido com a promoção dos direitos fundamentais em sua dimensão objetiva e subjetiva, atribuindo eficácia normativa aos princípios constitucionais e impondo aos poderes públicos deveres positivos de proteção. Sob essa perspectiva, o direito à saúde não se limita à vedação de intervenções arbitrárias do Estado, mas exige a implementação de políticas públicas capazes de assegurar condições materiais adequadas ao desenvolvimento da vida humana com dignidade. A dimensão objetiva dos direitos fundamentais impõe, portanto, obrigações de proteção que alcançam a formulação de políticas preventivas destinadas à redução dos riscos ocupacionais e à promoção da saúde mental dos trabalhadores.

Essa compreensão é compartilhada por Sarlet (2024), ao afirmar que a dignidade da pessoa humana constitui o fundamento axiológico de todo o sistema constitucional brasileiro e irradia efeitos sobre a interpretação dos direitos sociais, especialmente daqueles relacionados à saúde, ao trabalho e à proteção da personalidade. Para o autor, a dignidade não pode ser compreendida apenas como valor abstrato, mas como verdadeiro parâmetro normativo que exige a criação de condições concretas para o desenvolvimento das

capacidades humanas. Assim, ambientes laborais marcados por sobrecarga crônica, violência organizacional, precarização das relações de trabalho e exposição permanente ao sofrimento psíquico mostram-se incompatíveis com a ordem constitucional, por comprometerem diretamente a integridade física, mental e moral dos trabalhadores.

No âmbito específico da saúde, o artigo 196 da Constituição estabelece que a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas destinadas à redução do risco de doenças e de outros agravos, bem como ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A interpretação sistemática desse dispositivo evidencia que a Constituição não restringe a proteção à assistência curativa, priorizando igualmente ações preventivas voltadas à eliminação ou redução dos fatores de risco que comprometem a saúde individual e coletiva. Entre esses fatores incluem-se, de maneira inequívoca, os riscos psicossociais relacionados à organização do trabalho, ao estresse ocupacional crônico e às condições institucionais que favorecem o desenvolvimento do burnout e de outros transtornos mentais relacionados ao trabalho.

A proteção constitucional da saúde do trabalhador também encontra fundamento no artigo 7º, inciso XXII, da Constituição, que assegura aos trabalhadores urbanos e rurais a redução dos riscos inerentes ao trabalho mediante normas de saúde, higiene e segurança. Tal dispositivo consagra o princípio da prevenção como vetor estruturante do Direito do Trabalho e do Direito Sanitário, impondo aos empregadores e ao Estado o dever de adotar medidas eficazes destinadas à eliminação ou mitigação dos riscos ocupacionais.

Em uma interpretação constitucional contemporânea, esse comando normativo não pode ser limitado aos riscos físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos, devendo abranger igualmente os riscos psicossociais decorrentes da intensificação do trabalho, da pressão por produtividade, da violência institucional, do assédio moral, da sobrecarga assistencial e das deficiências organizacionais, fatores amplamente reconhecidos pela literatura científica como determinantes do adoecimento mental dos profissionais da saúde.

A proteção da saúde mental dos trabalhadores também encontra sólido fundamento no Direito Internacional dos Direitos Humanos. A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948, reconhece, em seu artigo 25, o direito de toda pessoa a um padrão de vida capaz de assegurar saúde e bem-estar, enquanto o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, consagra o direito ao mais elevado nível possível de saúde física e mental. Esses instrumentos internacionais consolidaram a compreensão de que a proteção da saúde ultrapassa a dimensão biomédica e envolve a adoção de políticas públicas destinadas à promoção do bem-estar integral da pessoa humana, influenciando diretamente a interpretação constitucional brasileira em virtude do princípio da abertura material dos direitos fundamentais.

Na mesma direção, Piovesan (2023) sustenta que os tratados internacionais de direitos humanos desempenham papel essencial na ampliação do conteúdo normativo dos direitos fundamentais previstos na Constituição brasileira. Segundo a autora, a incorporação progressiva das normas internacionais fortalece a proteção da dignidade humana e amplia os deveres estatais de prevenção das desigualdades estruturais que comprometem o exercício dos direitos sociais. Aplicada ao contexto da saúde do trabalhador, essa compreensão evidencia que a prevenção do burnout e do adoecimento mental não constitui mera opção administrativa, mas obrigação jurídica derivada da convergência entre o direito constitucional interno e o sistema internacional de proteção dos direitos humanos.

A perspectiva da vulnerabilidade desenvolvida por Fineman (2013) oferece importante contribuição para essa discussão ao demonstrar que a vulnerabilidade constitui característica inerente à condição humana e demanda respostas institucionais permanentes. Em contraposição aos modelos jurídicos centrados exclusivamente na autonomia individual, a autora sustenta que cabe ao Estado construir instituições resilientes capazes de reduzir os impactos das desigualdades sociais e das condições estruturais que produzem exclusão e adoecimento. Essa abordagem revela especial pertinência para o estudo da saúde mental dos profissionais da saúde, uma vez que o burnout decorre predominantemente de fatores organizacionais e institucionais, exigindo políticas públicas e mecanismos de governança voltados à prevenção dos riscos psicossociais e ao fortalecimento das capacidades institucionais de proteção.

Em sentido convergente, Barcellos (2022) destaca que a efetividade dos direitos fundamentais sociais depende da adoção de políticas públicas baseadas em critérios de racionalidade, planejamento e evidências científicas. A autora argumenta que a concretização do direito à saúde exige atuação estatal coordenada, orientada pelos princípios da eficiência, da igualdade material e da máxima proteção dos grupos em situação de maior vulnerabilidade. Sob essa ótica, a formulação de políticas de promoção da saúde mental dos trabalhadores da saúde não representa simples medida administrativa, mas expressão concreta do dever constitucional de proteção da dignidade da pessoa humana e da garantia do mínimo existencial.

No plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) consolidou importante avanço normativo ao reconhecer a saúde mental como componente inseparável do direito à saúde e ao afirmar que ambientes laborais psicologicamente seguros constituem requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável e para a proteção dos direitos humanos. As diretrizes publicadas pela organização enfatizam que fatores relacionados à organização do trabalho, à carga laboral excessiva, à insegurança ocupacional, à discriminação, ao assédio e à ausência de apoio institucional figuram entre os principais determinantes do adoecimento mental, recomendando aos Estados a implementação de políticas preventivas integradas que articulem vigilância em saúde, gestão organizacional, proteção social e promoção do bem-estar psicológico.

Complementarmente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2022) reconhece que a saúde mental integra o conceito contemporâneo de trabalho decente e constitui elemento essencial para a efetivação dos direitos fundamentais no mundo do trabalho. As diretrizes elaboradas conjuntamente pela OIT e pela OMS evidenciam que a prevenção dos riscos psicossociais deve ser incorporada aos sistemas nacionais de segurança e saúde no trabalho, atribuindo aos empregadores o dever de identificar, avaliar e controlar fatores organizacionais potencialmente lesivos à integridade psíquica dos trabalhadores. Essa orientação aproxima a proteção da saúde mental dos princípios da prevenção e da precaução, amplamente reconhecidos no Direito Ambiental e progressivamente incorporados ao Direito do Trabalho e ao Direito Sanitário.

No contexto específico dos profissionais da saúde, a concretização do direito fundamental à saúde assume dimensão particularmente complexa. Esses trabalhadores exercem atividades indispensáveis à preservação da vida e da dignidade humana, mas frequentemente desenvolvem suas funções em ambientes marcados por elevada carga emocional, jornadas prolongadas, insuficiência de recursos, pressão assistencial contínua e exposição permanente ao sofrimento humano. Tal realidade evidencia uma contradição estrutural: aqueles responsáveis pela proteção da saúde coletiva encontram-se, muitas vezes, submetidos a condições laborais incompatíveis com os parâmetros constitucionais de proteção da dignidade humana e do trabalho digno.

Dessa forma, a análise do burnout e do adoecimento mental dos profissionais da saúde não pode limitar-se à identificação de sintomas clínicos ou de fatores individuais de vulnerabilidade. Trata-se de fenômeno que exige abordagem interdisciplinar capaz de integrar os referenciais do Direito Constitucional, dos Direitos Humanos, da Saúde Coletiva e da Saúde do Trabalhador. A efetivação do direito fundamental à saúde pressupõe a implementação de políticas públicas, práticas institucionais e modelos organizacionais orientados pela prevenção dos riscos psicossociais, pela promoção da saúde mental e pela valorização do trabalho humano. Sob essa perspectiva, a proteção da saúde mental dos profissionais da saúde representa requisito indispensável para a concretização da dignidade da pessoa humana, para a efetividade do direito fundamental à saúde e para a construção de sistemas de saúde socialmente justos, constitucionalmente legítimos e institucionalmente sustentáveis.

2.2 BURNOUT E ADOECIMENTO MENTAL: EVOLUÇÃO CONCEITUAL E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A compreensão contemporânea do burnout resulta de um processo gradual de amadurecimento científico que deslocou o enfoque inicialmente centrado nas características individuais do trabalhador para uma abordagem sistêmica, na qual fatores organizacionais, psicossociais e institucionais assumem papel determinante na gênese do adoecimento mental relacionado ao trabalho (Ridolfi *et al.*, 2026; Oliveira *et*

al., 2026). Essa evolução conceitual acompanha as transformações ocorridas no mundo do trabalho ao longo das últimas décadas, marcadas pela intensificação da produtividade, pela complexificação das relações organizacionais, pela ampliação das exigências cognitivas e emocionais e pela crescente responsabilização dos trabalhadores pelo alcance de metas institucionais.

Nesse contexto, o burnout passou a ser compreendido como expressão das tensões estruturais existentes entre as demandas laborais e os recursos disponibilizados pelas organizações, tornando-se um dos principais objetos de investigação da Psicologia Organizacional, da Saúde do Trabalhador, da Saúde Coletiva e, recentemente, do Direito, em razão de suas implicações para a proteção da dignidade da pessoa humana e do direito fundamental ao trabalho em condições dignas.

O primeiro emprego sistemático da expressão burnout é atribuído a Freudenberger (1974), psiquiatra norte-americano que observou manifestações recorrentes de exaustão física, emocional e comportamental em profissionais que atuavam em serviços comunitários de atenção à saúde. A partir de estudos desenvolvidos com voluntários envolvidos em atividades assistenciais de elevada exigência emocional, Freudenberger identificou um conjunto de sintomas caracterizados por fadiga persistente, perda progressiva de motivação, irritabilidade, redução da capacidade produtiva, sentimentos de fracasso e distanciamento afetivo em relação às atividades laborais. Para o autor, o burnout representava uma resposta ao desgaste decorrente da exposição prolongada a demandas ocupacionais intensas, especialmente em profissões cujo exercício pressupõe elevado grau de envolvimento interpessoal e compromisso ético com o cuidado ao outro.

Embora pioneira, a abordagem proposta por Freudenberger (1974) apresentava limitações decorrentes da ausência de critérios conceituais uniformes e de instrumentos padronizados para mensuração do fenômeno. Essas limitações começaram a serem superadas com os estudos desenvolvidos por Maslach e Jackson (1981), que estabeleceram as bases da conceituação científica atualmente predominante. As autoras definiram o burnout como uma síndrome psicológica decorrente da exposição crônica a estressores interpessoais presentes no ambiente de trabalho, estruturando o fenômeno em três dimensões interdependentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional.

A exaustão emocional corresponde à sensação persistente de esgotamento físico e psicológico, caracterizada pela percepção de incapacidade para responder adequadamente às demandas do trabalho. A despersonalização manifesta-se por meio do distanciamento afetivo, da adoção de atitudes cínicas ou impessoais em relação aos usuários dos serviços e da redução do envolvimento emocional nas relações profissionais. Por sua vez, a diminuição da realização profissional refere-se à percepção de incompetência, baixa eficácia e perda do sentido atribuído ao trabalho desenvolvido. A sistematização dessas três dimensões permitiu o desenvolvimento do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), instrumento que permanece como a ferramenta de avaliação amplamente utilizada em pesquisas nacionais e internacionais.

A consolidação do modelo tridimensional representou importante avanço metodológico, porém estudos posteriores demonstraram que a compreensão do burnout exigia análise mais abrangente das características organizacionais que condicionam o processo de adoecimento. Nesse sentido, Maslach e Leiter (2016) propuseram significativa ampliação do modelo original ao defender que a síndrome não decorre primordialmente de fragilidades individuais, mas do desequilíbrio persistente entre as expectativas do trabalhador e as condições efetivamente oferecidas pela organização.

Segundo Maslach e Leiter (2016), o burnout emerge quando ocorre incompatibilidade entre trabalhador e ambiente laboral em seis domínios fundamentais: carga de trabalho, controle sobre as atividades, reconhecimento profissional, qualidade das relações interpessoais, percepção de justiça organizacional e congruência entre valores pessoais e institucionais. Quanto maior a discrepância nesses domínios, maior a probabilidade de desenvolvimento da síndrome. Essa perspectiva desloca a análise do plano estritamente psicológico para o âmbito das políticas organizacionais e das práticas de gestão, evidenciando que a prevenção do burnout depende, sobretudo, da reorganização das condições de trabalho e da construção de ambientes institucionais saudáveis.

A evolução conceitual do burnout também foi significativamente influenciada pelas contribuições de Schaufeli (2021), que propõe compreender a síndrome como manifestação de um processo contínuo de deterioração da relação entre o indivíduo e seu trabalho, e não como evento isolado ou condição clínica autônoma. Para o autor, o burnout representa um fenômeno ocupacional complexo, multifatorial e dinâmico, cuja intensidade resulta da interação entre demandas laborais excessivas, insuficiência de recursos organizacionais, vulnerabilidades individuais e características do contexto institucional.

Assim, Schaufeli (2021) destaca que a crescente utilização do termo burnout em diferentes contextos científicos e sociais produziu certa imprecisão conceitual, tornando necessária sua diferenciação em relação a transtornos como depressão, ansiedade e estresse ocupacional. Embora essas condições compartilhem sintomas semelhantes, o burnout distingue-se por apresentar relação direta e específica com o contexto do trabalho, constituindo resposta prolongada à exposição crônica a fatores estressores organizacionais. Essa distinção possui importantes repercussões jurídicas e sanitárias, pois direciona a análise para os deveres institucionais de prevenção dos riscos psicossociais relacionados ao ambiente laboral.

Essa compreensão foi fortalecida com a publicação da Décima Primeira Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), na qual a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) passou a reconhecer oficialmente o burnout como fenômeno ocupacional decorrente do estresse crônico no ambiente de trabalho que não foi adequadamente administrado. A CID-11 caracteriza o burnout por três elementos essenciais: sentimentos de exaustão ou esgotamento energético, aumento do distanciamento mental em relação ao trabalho ou sentimentos de negativismo e cinismo associados às atividades laborais e redução da eficácia profissional.

A opção da Organização Mundial da Saúde por classificar o burnout como fenômeno ocupacional, e não como transtorno mental, possui relevantes implicações científicas e jurídicas. Em primeiro lugar, reafirma que sua origem está diretamente relacionada às condições de trabalho e a organização institucional, afastando interpretações que atribuem exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade pelo adoecimento. Em segundo lugar, fortalece a necessidade de implementação de políticas públicas e práticas organizacionais voltadas à identificação, avaliação e mitigação dos fatores de risco psicossociais presentes nos ambientes laborais, aproximando a temática dos princípios constitucionais da prevenção, da proteção da saúde do trabalhador e da dignidade da pessoa humana.

Paralelamente à evolução conceitual do burnout, desenvolveram-se modelos explicativos capazes de compreender os mecanismos pelos quais a organização do trabalho influencia a saúde mental dos trabalhadores. Entre esses referenciais, destaca-se o Modelo Demanda–Recursos do Trabalho (*Job Demands–Resources Model–JD-R*), formulado por Bakker e Demerouti (2017), atualmente considerado um dos principais modelos teóricos para investigação do adoecimento ocupacional.

Segundo Bakker e Demerouti (2017), toda atividade profissional é caracterizada pela coexistência de demandas e recursos. As demandas compreendem aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais que exigem esforço contínuo do trabalhador e implicam custos fisiológicos e emocionais, como sobrecarga laboral, pressão temporal, conflitos interpessoais, exigências emocionais e jornadas prolongadas. Os recursos, por sua vez, correspondem aos elementos capazes de favorecer o desempenho profissional, reduzir o impacto das demandas e estimular o desenvolvimento pessoal, incluindo autonomia, apoio da liderança, reconhecimento, participação nas decisões, oportunidades de aprendizagem e disponibilidade de recursos materiais.

O modelo propõe dois processos simultâneos e interdependentes. O primeiro corresponde ao processo de deterioração da saúde, no qual demandas excessivas e persistentes consomem progressivamente os recursos físicos e psicológicos do trabalhador, favorecendo o desenvolvimento do burnout e de outras manifestações de sofrimento psíquico. O segundo corresponde ao processo motivacional, segundo o qual ambientes organizacionais ricos em recursos favorecem o engajamento, o comprometimento profissional, a satisfação no trabalho e a resiliência organizacional. Dessa forma, o adoecimento mental não decorre exclusivamente da intensidade das demandas, mas principalmente da incapacidade institucional de oferecer recursos suficientes para que os trabalhadores enfrentem adequadamente tais exigências.

A aplicabilidade do Modelo Demanda–Recursos mostra-se particularmente relevante no contexto dos profissionais da saúde, cuja atividade envolve elevada carga emocional, responsabilidade ética, necessidade de tomada rápida de decisões, contato permanente com o sofrimento humano e frequente exposição à escassez de recursos materiais e humanos. Estudos recentes demonstram que ambientes

assistenciais caracterizados por liderança participativa, apoio organizacional, comunicação eficaz, dimensionamento adequado das equipes, reconhecimento profissional e cultura institucional orientada ao cuidado apresentam menores níveis de burnout e melhores indicadores de qualidade assistencial, segurança do paciente e satisfação profissional.

A articulação entre as contribuições de Freudenberger (1974), Maslach e Jackson (1981), Maslach e Leiter (2016), Schaufeli (2021), da Organização Mundial da Saúde (2022) e de Bakker e Demerouti (2017) evidencia a evolução de um paradigma explicativo centrado no indivíduo para um modelo sistêmico e organizacional de compreensão do adoecimento mental relacionado ao trabalho. Essa mudança possui relevantes implicações para o Direito, pois reforça que a prevenção do burnout exige não apenas intervenções voltadas ao fortalecimento das capacidades individuais dos trabalhadores, mas também políticas institucionais orientadas pela gestão dos riscos psicossociais, pela promoção de ambientes laborais saudáveis e pela efetivação dos direitos fundamentais à saúde, ao trabalho digno e à dignidade da pessoa humana.

Sob essa perspectiva, o burnout deve ser compreendido como fenômeno multidimensional cuja prevenção depende da integração entre evidências científicas, gestão organizacional, políticas públicas e proteção jurídica dos trabalhadores. Essa abordagem interdisciplinar fornece o suporte teórico para a análise das evidências empíricas examinadas na presente revisão integrativa e reafirma que a promoção da saúde mental dos profissionais da saúde constitui requisito essencial para a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

2.3 DETERMINANTES ORGANIZACIONAIS E PSICOSSOCIAIS DO ADOECIMENTO MENTAL

A compreensão do burnout e do adoecimento mental relacionado ao trabalho exige a superação de perspectivas reducionistas que atribuem ao trabalhador a responsabilidade exclusiva pela incapacidade de enfrentar as pressões inerentes ao exercício profissional. As evidências científicas produzidas nas últimas décadas demonstram que a saúde mental resulta da interação dinâmica entre fatores individuais, organizacionais, institucionais e sociais, razão pela qual a análise dos determinantes psicossociais do trabalho constitui elemento central para a compreensão do processo saúde-doença no contexto ocupacional.

Essa abordagem desloca o foco explicativo do indivíduo para a organização do trabalho, reconhecendo que as formas de gestão, as condições laborais e a cultura institucional exercem influência decisiva sobre a produção do sofrimento psíquico, do burnout e de outros agravos relacionados ao trabalho.

A organização do trabalho representa uma categoria analítica fundamental para compreender as relações entre atividade laboral e saúde mental. Conforme assinala Dejours (2015), o trabalho não se reduz à execução técnica de tarefas, constituindo espaço privilegiado de construção da identidade, do reconhecimento social e da realização humana. Entretanto, quando a organização do trabalho impõe ritmos

excessivos, intensificação produtiva, controle permanente, ausência de autonomia, fragmentação das atividades e precarização das relações profissionais, o trabalho deixa de exercer função emancipatória para transformar-se em importante fator de sofrimento psíquico. O autor sustenta que o sofrimento não decorre exclusivamente da carga de trabalho, mas, sobretudo, da impossibilidade de o trabalhador mobilizar sua inteligência prática, exercer autonomia, receber reconhecimento e atribuir sentido às atividades desenvolvidas.

Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, Dejours (2015) diferencia o sofrimento criativo do sofrimento patogênico. O primeiro decorre dos desafios inerentes ao exercício profissional e pode favorecer o desenvolvimento de competências, a cooperação e a construção da identidade quando existem espaços institucionais de diálogo, reconhecimento e participação.

O sofrimento patogênico, por sua vez, emerge quando as exigências organizacionais impedem a elaboração coletiva das dificuldades laborais, comprometendo a saúde mental e favorecendo o desenvolvimento de manifestações como ansiedade, depressão, exaustão emocional e burnout. Essa distinção demonstra que o adoecimento mental não é consequência inevitável das exigências do trabalho, mas resulta da incapacidade das organizações de estruturar ambientes laborais que conciliem produtividade, autonomia e proteção da dignidade humana.

Entre os modelos explicativos mais influentes sobre os determinantes psicossociais do adoecimento ocupacional destaca-se o Modelo Demanda–Controle (*Demand–Control Model*), proposto por Karasek (1979). Segundo esse referencial, os efeitos do trabalho sobre a saúde dependem da interação entre o nível de exigência psicológica imposto pela atividade laboral e o grau de controle que o trabalhador possui sobre a execução de suas tarefas. Situações caracterizadas por elevadas demandas e baixa autonomia configuram contextos de alta tensão ocupacional, associados ao aumento do risco de adoecimento físico e mental.

No contexto dos serviços de saúde, a aplicação do modelo de Karasek (1979) revela especial pertinência. Médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de enfermagem e outros profissionais frequentemente enfrentam intensa pressão temporal, elevada responsabilidade ética, necessidade de decisões rápidas, jornadas prolongadas e contato permanente com o sofrimento humano. Quando essas exigências são acompanhadas por reduzida autonomia decisória, escassez de recursos, protocolos excessivamente rígidos e insuficiente participação nos processos organizacionais, intensifica-se significativamente a probabilidade de desenvolvimento do burnout e de outros transtornos relacionados ao trabalho.

Complementando essa perspectiva, Siegrist (1996) desenvolveu o Modelo Desequilíbrio Esforço–Recompensa (*Effort–Reward Imbalance Model*), segundo o qual o adoecimento ocupacional decorre da desproporção entre o elevado esforço despendido pelo trabalhador e as recompensas efetivamente recebidas em troca de seu trabalho. Essas recompensas abrangem remuneração adequada, reconhecimento

profissional, estabilidade, oportunidades de crescimento, respeito institucional e valorização social. Quando o esforço exigido supera sistematicamente o retorno percebido, instala-se um processo contínuo de desgaste emocional, desmotivação e sofrimento psíquico.

Nos serviços de saúde, esse desequilíbrio manifesta-se de maneira particularmente intensa. A elevada responsabilidade atribuída aos profissionais frequentemente contrasta com condições precárias de trabalho, insuficiência de recursos materiais, baixos salários, vínculos empregatícios instáveis, escassas oportunidades de progressão funcional e reduzido reconhecimento institucional. Essa discrepância compromete o sentimento de justiça e pertencimento organizacional, favorecendo o desenvolvimento de exaustão emocional, cinismo, perda de significado do trabalho e intenção de abandono da profissão.

A literatura contemporânea também identifica a violência ocupacional como importante determinante do adoecimento mental dos trabalhadores da saúde (Oliveria *et al.*, 2026). A violência no ambiente laboral compreende comportamentos físicos, verbais, psicológicos, institucionais e simbólicos capazes de comprometer a integridade física ou emocional do trabalhador. Entre suas manifestações destacam-se agressões praticadas por pacientes ou familiares, assédio moral, discriminação, humilhações públicas, ameaças, violência de gênero, racismo institucional e práticas gerenciais abusivas.

Nos ambientes hospitalares e nos serviços de urgência e emergência, a violência ocupacional constitui fator de risco crescente para o desenvolvimento de transtornos mentais relacionados ao trabalho. A exposição contínua a episódios de agressividade, associada à ausência de mecanismos institucionais eficazes de acolhimento, investigação e responsabilização, amplia os níveis de estresse ocupacional, reduz a confiança organizacional e compromete o sentimento de segurança dos profissionais. Além dos danos individuais, a violência institucional deteriora o clima organizacional, fragiliza o trabalho em equipe e compromete a qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Outro determinante amplamente reconhecido na literatura refere-se ao papel da liderança organizacional. A forma como gestores e dirigentes conduzem equipes influencia diretamente o bem-estar psicológico, o engajamento profissional e a construção de ambientes organizacionais saudáveis (Ridolfi *et al.*, 2026). Modelos de liderança participativa, transformacional e baseada em apoio institucional favorecem relações interpessoais cooperativas, fortalecem a confiança entre os membros das equipes e promovem maior percepção de reconhecimento profissional. Em contrapartida, estilos autoritários, centralizadores ou orientados exclusivamente por indicadores de produtividade tendem a intensificar conflitos interpessoais, reduzir a autonomia profissional e ampliar os níveis de sofrimento psíquico.

A liderança exerce influência significativa sobre diversos fatores protetivos da saúde mental, como comunicação transparente, participação nas decisões, apoio emocional, gestão adequada de conflitos e reconhecimento do desempenho profissional. Em organizações de saúde caracterizadas por elevada complexidade assistencial, esses elementos tornam-se ainda mais relevantes, pois favorecem a construção

de culturas organizacionais orientadas pela cooperação, pela aprendizagem coletiva e pela segurança do paciente.

Associada à qualidade da liderança, a percepção de justiça organizacional constitui outro importante determinante psicossocial do adoecimento ocupacional. A justiça organizacional corresponde à avaliação realizada pelos trabalhadores acerca da equidade dos processos decisórios, da distribuição de recursos, das oportunidades profissionais e da qualidade das relações interpessoais estabelecidas no ambiente de trabalho (Molla *et al.*, 2026). Quando predominam critérios transparentes, decisões imparciais, respeito interpessoal e comunicação clara, fortalece-se o compromisso organizacional e reduzem-se os níveis de sofrimento psíquico.

Por outro lado, ambientes marcados por favoritismos, desigualdades, discriminação, ausência de transparência e arbitrariedade administrativa comprometem significativamente a confiança institucional e favorecem o desenvolvimento de exaustão emocional, desmotivação e burnout. A percepção de injustiça organizacional mostra-se especialmente relevante nos serviços públicos de saúde, onde limitações estruturais frequentemente coexistem com desafios relacionados à gestão de pessoas, distribuição de recursos e reconhecimento profissional.

Nos últimos anos, a segurança psicológica consolidou-se como um dos principais referenciais para a compreensão da saúde mental nas organizações. Esse conceito refere-se à percepção compartilhada de que o ambiente de trabalho permite aos indivíduos expressar opiniões, relatar erros, apresentar dúvidas, reconhecer limitações e propor inovações sem receio de punição, humilhação ou retaliação. Ambientes psicologicamente seguros favorecem a cooperação entre equipes, estimulam a aprendizagem organizacional e fortalecem comportamentos voltados à melhoria contínua da qualidade assistencial.

Nos serviços de saúde, a segurança psicológica assume importância estratégica por influenciar simultaneamente o bem-estar dos profissionais e a segurança do paciente. Equipes que atuam em ambientes caracterizados por abertura ao diálogo, respeito mútuo e confiança interpessoal demonstram maior capacidade para comunicar eventos adversos, compartilhar responsabilidades e construir soluções coletivas para problemas complexos. Em sentido oposto, culturas organizacionais marcadas pelo medo, pela culpabilização individual e pela punição sistemática favorecem o silêncio organizacional, dificultam a aprendizagem institucional e ampliam a vulnerabilidade ao adoecimento mental.

A análise integrada desses referenciais demonstra que o burnout e o adoecimento mental não decorrem de fragilidades individuais, mas de um conjunto de fatores estruturais relacionados à organização do trabalho. A intensificação das demandas, a limitação da autonomia profissional, o desequilíbrio entre esforço e recompensa, a violência ocupacional, a deficiência das práticas de liderança, a percepção de injustiça organizacional e a ausência de segurança psicológica constituem determinantes interdependentes que potencializam o sofrimento psíquico e comprometem o funcionamento dos serviços de saúde.

Sob a perspectiva jurídico-constitucional, tais determinantes revelam que a proteção da saúde mental do trabalhador ultrapassa o âmbito das escolhas individuais e insere-se no dever estatal e institucional de prevenir riscos ocupacionais. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao assegurar o direito fundamental à saúde, à dignidade da pessoa humana e à redução dos riscos inerentes ao trabalho, impõe aos empregadores públicos e privados a obrigação de estruturar ambientes laborais compatíveis com a proteção da integridade física e psíquica dos trabalhadores.

Da mesma forma, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (2022) e da Organização Internacional do Trabalho (2022) reconhecem que a gestão dos riscos psicossociais deve integrar as políticas de saúde ocupacional, reforçando que a promoção da saúde mental constitui requisito essencial para a efetividade do trabalho decente, da segurança do paciente e da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Assim, a compreensão dos determinantes organizacionais e psicossociais do adoecimento mental fornece o fundamento teórico indispensável para interpretar as evidências analisadas nesta revisão integrativa. Ao evidenciar que o burnout emerge da interação entre condições institucionais, práticas gerenciais e relações de trabalho, essa abordagem desloca a discussão da esfera exclusivamente individual para o plano das responsabilidades organizacionais e das políticas públicas, reafirmando que a proteção da saúde mental dos profissionais da saúde representa condição indispensável para a concretização dos direitos fundamentais, da qualidade da assistência e da justiça social.

2.4 REPERCUSSÕES DO BURNOUT PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA E PARA OS DIREITOS FUNDAMENTAIS

O burnout deixou de ser compreendido como fenômeno restrito à esfera individual do trabalhador para assumir posição central nas discussões sobre qualidade da assistência, segurança do paciente, sustentabilidade dos sistemas de saúde e efetividade dos direitos fundamentais. A literatura científica contemporânea demonstra que o adoecimento mental dos profissionais da saúde produz impactos que transcendem a dimensão clínica, repercutindo diretamente sobre o desempenho das organizações, a continuidade dos serviços assistenciais, a eficiência da gestão pública e a concretização do direito fundamental à saúde. Sob essa perspectiva, o burnout configura problema de saúde pública, de gestão institucional e de proteção constitucional dos direitos humanos, exigindo respostas integradas capazes de articular prevenção, promoção da saúde mental e fortalecimento das políticas públicas (Molla *et al.*, 2026).

Entre as repercussões amplamente documentadas na literatura destaca-se o comprometimento da segurança do paciente. A segurança do paciente constitui princípio estruturante da assistência em saúde e pressupõe a adoção de práticas organizacionais destinadas à prevenção de danos evitáveis durante a prestação dos cuidados. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021; 2024), a ocorrência de

eventos adversos representa uma das principais causas de morbimortalidade evitável em sistemas de saúde, sendo fortemente influenciada por fatores organizacionais, pela cultura institucional, pelas condições de trabalho e pelo bem-estar físico e mental dos profissionais envolvidos no cuidado.

Estudos internacionais demonstram que trabalhadores submetidos a elevados níveis de exaustão emocional apresentam redução significativa da capacidade de concentração, do desempenho cognitivo, da memória operacional, da atenção sustentada e da tomada de decisão clínica (Ridolfi *et al.*, 2026). Essas alterações comprometem atividades críticas, como administração de medicamentos, interpretação de exames, comunicação entre equipes multiprofissionais, monitoramento clínico e execução de procedimentos assistenciais complexos. Consequentemente, aumenta a probabilidade de erros diagnósticos, falhas terapêuticas, omissões de cuidados e outros eventos adversos potencialmente evitáveis, comprometendo a segurança dos pacientes e a confiança social nas instituições de saúde.

Desta maneira, West *et al.* (2018) demonstram que a associação entre burnout e eventos adversos permanece significativa mesmo após o controle de variáveis relacionadas à experiência profissional e à carga horária de trabalho. Os autores evidenciam que profissionais com elevados níveis de exaustão emocional apresentam maior frequência de erros médicos autorreferidos, menor percepção de qualidade assistencial e redução do comprometimento organizacional. Em sentido convergente, Panagioti *et al.* (2018), em revisão sistemática e metanálise envolvendo milhares de profissionais da saúde, identificaram associação consistente entre burnout e aumento da ocorrência de incidentes relacionados à segurança do paciente, reforçando que a proteção da saúde mental constitui componente essencial das estratégias contemporâneas de gestão da qualidade em saúde.

Essas evidências demonstram que os eventos adversos não podem ser atribuídos exclusivamente ao desempenho individual dos profissionais. A abordagem sistêmica da segurança do paciente reconhece que erros assistenciais resultam da interação entre fatores humanos, organizacionais e institucionais, incluindo sobrecarga de trabalho, deficiência de recursos, comunicação inadequada, liderança ineficaz e fragilidade da cultura de segurança. Nesse contexto, o burnout representa importante indicador da vulnerabilidade organizacional e da necessidade de revisão das práticas de gestão do trabalho em saúde.

As repercussões do burnout estendem-se igualmente à qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde. A qualidade assistencial compreende conjunto de atributos relacionados à efetividade, segurança, integralidade, oportunidade, eficiência, equidade e humanização do cuidado. Profissionais emocionalmente exaustos tendem a apresentar redução da empatia, menor capacidade de escuta qualificada, dificuldades na comunicação interpessoal e comprometimento do vínculo terapêutico estabelecido com pacientes e familiares. Esses fatores repercutem negativamente sobre a satisfação dos usuários, a adesão aos tratamentos, a continuidade do cuidado e os resultados clínicos alcançados.

No âmbito da atenção hospitalar e da atenção primária, a deterioração da saúde mental dos profissionais também compromete processos de trabalho essenciais, como planejamento assistencial, trabalho em equipe, educação permanente, coordenação do cuidado e implementação de protocolos clínicos baseados em evidências. Além disso, elevados níveis de burnout associam-se ao aumento do absenteísmo, do presenteísmo, da rotatividade profissional e da intenção de abandono da carreira, reduzindo a estabilidade das equipes e dificultando a continuidade dos serviços assistenciais. Esses efeitos produzem impactos cumulativos sobre a eficiência organizacional, a qualidade do cuidado e a sustentabilidade financeira das instituições de saúde.

No contexto brasileiro, tais repercussões assumem especial relevância diante dos desafios estruturais enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Instituído pelos artigos 196 a 200 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o SUS fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. A efetividade desses princípios depende diretamente da disponibilidade de profissionais qualificados, saudáveis e capazes de desenvolver suas atividades em condições compatíveis com a proteção da saúde física e mental.

Entretanto, a persistência de elevados índices de burnout entre trabalhadores da saúde compromete a sustentabilidade do SUS em diferentes dimensões. O aumento do absenteísmo, das licenças médicas, da aposentadoria precoce, da rotatividade de profissionais e da redução da produtividade amplia os custos operacionais do sistema, dificulta o planejamento da força de trabalho e compromete a continuidade da assistência prestada à população. Soma-se a isso a crescente dificuldade de retenção de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade social, agravando desigualdades regionais no acesso aos serviços públicos de saúde e comprometendo a efetivação do direito constitucional à saúde.

Sob a perspectiva econômica, o adoecimento mental relacionado ao trabalho produz expressivos impactos financeiros para os sistemas públicos e privados de saúde. Custos decorrentes do afastamento laboral, da substituição de profissionais, da redução da produtividade, da ocorrência de eventos adversos e da judicialização relacionada a falhas assistenciais representam importante desafio para a gestão dos serviços de saúde. Dessa forma, políticas institucionais de promoção da saúde mental deixam de representar mero investimento em bem-estar dos trabalhadores para constituírem estratégia de racionalização dos recursos públicos e fortalecimento da eficiência administrativa.

As repercussões do burnout alcançam igualmente o plano jurídico-constitucional ao comprometerem a efetividade de direitos fundamentais assegurados pela ordem constitucional brasileira. A Constituição de 1988 estabelece, em seu artigo 1º, que a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho constituem fundamentos da República, atribuindo ao Estado e à sociedade o dever de proteger condições laborais compatíveis com a preservação da integridade física, psíquica e moral dos trabalhadores. O artigo 6º reconhece a saúde e o trabalho como direitos sociais, enquanto o artigo 7º, inciso XXII, assegura

a redução dos riscos inerentes ao trabalho mediante normas de saúde, higiene e segurança. Por sua vez, o artigo 196 consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, impondo a implementação de políticas destinadas à redução dos riscos de doenças e outros agravos.

À luz desses dispositivos constitucionais, ambientes laborais caracterizados por sobrecarga crônica, jornadas excessivas, insuficiência de recursos, violência institucional e ausência de políticas preventivas mostram-se incompatíveis com o dever estatal e institucional de proteção da saúde do trabalhador. Conforme sustenta Barroso (2024), os direitos fundamentais possuem eficácia objetiva, irradiando deveres positivos de proteção que vinculam tanto o Poder Público quanto os particulares responsáveis pela organização das relações de trabalho. Nessa mesma perspectiva, Sarlet (2024) afirma que a dignidade da pessoa humana exige condições materiais concretas para o livre desenvolvimento da personalidade, circunstância incompatível com ambientes laborais que favoreçam o adoecimento físico ou mental dos trabalhadores.

A proteção da saúde mental dos profissionais da saúde também encontra fundamento no sistema internacional de direitos humanos. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconhece o direito ao mais elevado nível possível de saúde física e mental, enquanto a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2022) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) afirmam que ambientes laborais psicologicamente seguros constituem requisito indispensável para a concretização do trabalho decente. Essas diretrizes reforçam que a prevenção dos riscos psicossociais integra as obrigações estatais relacionadas à promoção dos direitos humanos e da justiça social.

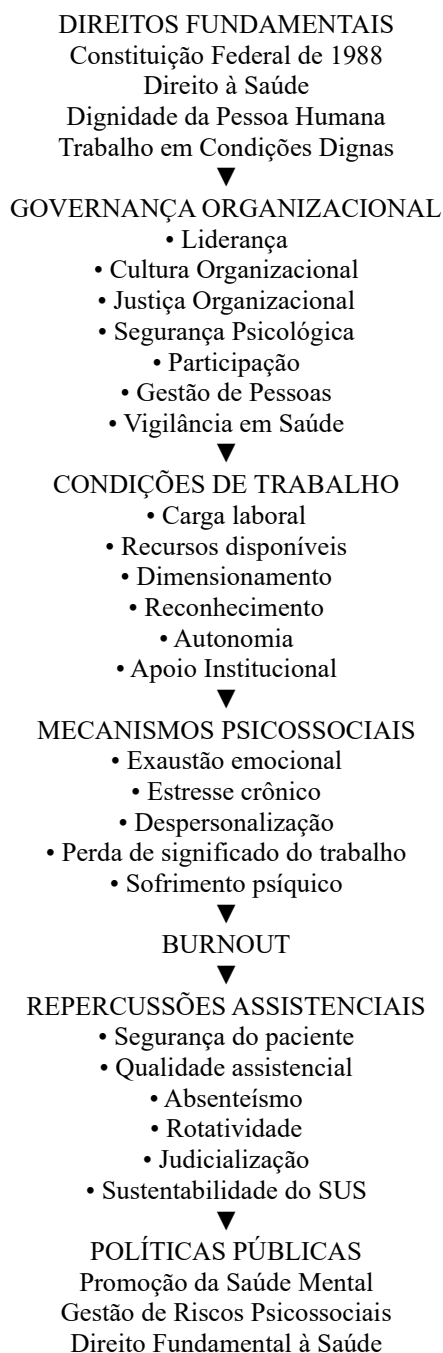
O direito ao trabalho digno, nesse contexto, ultrapassa a garantia formal de acesso ao emprego ou de remuneração adequada. Sua concretização pressupõe condições organizacionais que respeitem a integridade física, emocional e moral dos trabalhadores, assegurando carga de trabalho compatível, autonomia profissional, reconhecimento institucional, participação nas decisões, proteção contra a violência ocupacional e acesso a políticas permanentes de promoção da saúde mental. A ausência desses elementos compromete não apenas a saúde dos profissionais, mas também a efetividade do próprio direito fundamental à saúde da população, uma vez que serviços assistenciais de qualidade dependem diretamente da existência de equipes saudáveis, qualificadas e valorizadas.

Sob essa perspectiva, o burnout revela-se fenômeno de natureza simultaneamente sanitária, organizacional, econômica e jurídica. Sua ocorrência compromete a qualidade da assistência, amplia a incidência de eventos adversos, fragiliza a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, reduz a eficiência das organizações e dificulta a concretização dos direitos fundamentais ao trabalho digno, à saúde e à dignidade da pessoa humana. Assim, a prevenção do adoecimento mental dos profissionais da saúde não pode ser concebida como responsabilidade exclusiva do indivíduo, devendo integrar políticas públicas

estruturantes, modelos organizacionais baseados em evidências e mecanismos institucionais permanentes de proteção da saúde do trabalhador.

A compreensão dessas repercussões constitui fundamento indispensável para a formulação de estratégias preventivas capazes de articular gestão organizacional, saúde coletiva, segurança do paciente e proteção constitucional dos direitos fundamentais. Somente mediante essa abordagem integrada será possível promover ambientes laborais mais seguros, fortalecer a qualidade da assistência, assegurar a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde e concretizar os compromissos constitucionais e internacionais assumidos pelo Estado brasileiro em matéria de proteção da saúde e da dignidade do trabalhador.

Figura 1 – Framework Integrado de Governança Organizacional para Prevenção do Burnout e Efetivação do Direito Fundamental à Saúde



Fonte: elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

O *framework* proposto sintetiza a principal contribuição teórica desta revisão integrativa ao demonstrar que o burnout deve ser compreendido como fenômeno sistêmico, produzido pela interação entre fatores jurídico-institucionais, organizacionais e psicossociais. Diferentemente das abordagens centradas exclusivamente nas características individuais dos trabalhadores, o modelo evidencia que a efetivação do

direito fundamental à saúde depende da qualidade da governança organizacional implementada pelas instituições de saúde.

Assim, liderança, justiça organizacional, segurança psicológica, gestão participativa e adequadas condições de trabalho constituem mecanismos intermediários capazes de reduzir fatores de risco psicossocial e fortalecer ambientes laborais saudáveis. O modelo também demonstra que a prevenção do burnout produz efeitos que extrapolam a saúde do trabalhador, repercutindo diretamente sobre a segurança do paciente, a qualidade da assistência, a eficiência institucional e a concretização dos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988.

Assim, a compreensão dos determinantes organizacionais e psicossociais do adoecimento mental fornece o fundamento teórico indispensável para interpretar as evidências analisadas nesta revisão integrativa.

2.5 ESTRATÉGIAS INSTITUCIONAIS DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A crescente complexidade das organizações de saúde e a consolidação das evidências científicas acerca dos impactos do burnout sobre os trabalhadores, os pacientes e os sistemas de saúde evidenciam que estratégias preventivas centradas exclusivamente na capacidade individual de adaptação mostram-se insuficientes para enfrentar um fenômeno cuja origem é predominantemente organizacional. A literatura contemporânea demonstra que programas baseados apenas em treinamento de resiliência, técnicas de relaxamento ou intervenções psicoterapêuticas individuais, embora possam produzir benefícios pontuais, apresentam resultados limitados quando não são acompanhados de transformações estruturais na organização do trabalho (Ridolfi *et al.*, 2026; Oliveira *et al.*, 2026; Molla *et al.*, 2026). Em razão disso, organismos internacionais, instituições científicas e pesquisadores têm defendido a adoção de modelos institucionais de prevenção fundamentados na gestão integrada dos riscos psicossociais, na promoção da saúde mental e na construção de ambientes laborais seguros, participativos e eticamente responsáveis.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) reconhece que a saúde mental constitui componente indissociável do direito fundamental à saúde e estabelece que ambientes laborais psicologicamente saudáveis representam requisito indispensável para o desenvolvimento sustentável e para a efetividade dos direitos humanos. Em suas diretrizes sobre saúde mental no trabalho, a organização recomenda que empregadores públicos e privados adotem políticas permanentes de identificação, avaliação, monitoramento e mitigação dos riscos psicossociais presentes nos ambientes laborais. Entre as principais medidas destacam-se a adequação da carga de trabalho, a melhoria da organização dos processos assistenciais, o fortalecimento da liderança, a prevenção do assédio moral, a promoção da participação dos trabalhadores nas decisões institucionais e a implementação de programas contínuos de apoio psicossocial.

Essas recomendações representam mudança paradigmática na forma de compreender o adoecimento ocupacional. A prevenção deixa de ser concebida como responsabilidade exclusiva do trabalhador para constituir obrigação institucional diretamente relacionada ao dever de proteção da saúde e da dignidade humana. Sob essa perspectiva, a gestão organizacional passa a desempenhar papel estratégico na promoção do bem-estar psicológico, assumindo responsabilidades relacionadas ao planejamento da força de trabalho, ao dimensionamento adequado das equipes, à prevenção da sobrecarga ocupacional e ao fortalecimento das relações interpessoais no ambiente laboral.

Em sentido convergente, a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2022), em documento elaborado conjuntamente com a Organização Mundial da Saúde, afirma que a saúde mental integra o conceito contemporâneo de trabalho decente e constitui elemento essencial para a concretização dos direitos fundamentais no mundo do trabalho. As diretrizes internacionais recomendam que os sistemas nacionais de segurança e saúde ocupacional incorporem mecanismos específicos para identificação dos riscos psicossociais, avaliação periódica das condições de trabalho, implementação de medidas preventivas e fortalecimento da participação dos trabalhadores na construção das políticas institucionais.

A OIT (2022) enfatiza que organizações saudáveis se caracterizam por práticas de gestão transparentes, liderança ética, respeito aos direitos humanos, igualdade de oportunidades, prevenção da discriminação, valorização da diversidade e fortalecimento do diálogo social. Esses elementos reduzem significativamente a incidência de sofrimento psíquico e favorecem ambientes organizacionais mais resilientes, produtivos e sustentáveis. A incorporação dessas diretrizes revela importante convergência entre o Direito Internacional do Trabalho, a Saúde Coletiva e a governança organizacional contemporânea, reforçando que a proteção da saúde mental constitui dever jurídico e responsabilidade institucional.

No âmbito da produção científica internacional, a *National Academy of Medicine* (NAM, 2019) consolidou importante marco teórico ao reconhecer que o burnout dos profissionais da saúde representa problema sistêmico e não mera fragilidade individual. O relatório *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being* propõe a substituição de modelos centrados na resiliência individual por estratégias organizacionais capazes de modificar os fatores estruturais responsáveis pelo adoecimento ocupacional. Segundo a NAM (2019), intervenções efetivas devem contemplar o redesenho dos processos de trabalho, a simplificação das rotinas administrativas, o fortalecimento das lideranças, a melhoria dos sistemas de comunicação, o incentivo ao trabalho colaborativo, a valorização profissional e a promoção permanente do bem-estar ocupacional.

Essa abordagem sistêmica encontra respaldo nas evidências produzidas por Maslach e Leiter (2016), Bakker e Demerouti (2017) e Schaufeli (2021), segundo as quais a prevenção do burnout depende do equilíbrio entre demandas e recursos organizacionais. Instituições que investem em liderança participativa, autonomia profissional, reconhecimento do desempenho, segurança psicológica, justiça organizacional e

suporte institucional apresentam menores índices de exaustão emocional, maior engajamento profissional e melhores indicadores de qualidade assistencial. Dessa forma, programas preventivos devem integrar estratégias individuais e organizacionais, priorizando intervenções sobre os determinantes estruturais do sofrimento psíquico.

No contexto brasileiro, a implementação dessas estratégias exige articulação entre políticas públicas, gestão institucional e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que a saúde constitui direito de todos e dever do Estado, impondo a adoção de políticas sociais e econômicas destinadas à redução dos riscos de doenças e outros agravos. Essa previsão constitucional confere fundamento jurídico às políticas de promoção da saúde mental dos trabalhadores da saúde, atribuindo aos entes públicos responsabilidade pela formulação de programas preventivos, pela melhoria das condições laborais e pela implementação de sistemas permanentes de vigilância em saúde do trabalhador.

As políticas públicas voltadas à promoção da saúde mental devem incorporar instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação capazes de identificar precocemente fatores de risco organizacionais. Entre as principais estratégias destacam-se a realização periódica de avaliações psicossociais, a implantação de programas de vigilância epidemiológica dos transtornos relacionados ao trabalho, o fortalecimento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), a integração entre os serviços de saúde ocupacional e a atenção psicossocial, bem como a utilização de indicadores capazes de subsidiar decisões baseadas em evidências científicas. A institucionalização dessas práticas fortalece a capacidade do Estado de cumprir seu dever constitucional de proteção da saúde e amplia a efetividade das políticas de prevenção.

Outro elemento central das estratégias contemporâneas de prevenção refere-se à governança institucional. No setor da saúde, a governança compreende o conjunto de mecanismos destinados a assegurar direção estratégica, transparência, participação, integridade, *accountability*, eficiência e sustentabilidade das organizações. Modelos de governança orientados por princípios éticos favorecem a construção de ambientes laborais mais seguros, fortalecem a confiança institucional e ampliam a capacidade das organizações de responder aos riscos psicossociais.

A incorporação da saúde mental aos processos de governança representa importante inovação na gestão das organizações de saúde. Essa perspectiva pressupõe que conselhos gestores, dirigentes e instâncias decisórias assumam a promoção do bem-estar ocupacional como objetivo estratégico, integrando indicadores de saúde mental aos processos de avaliação institucional, planejamento estratégico e gestão de riscos. Dessa forma, o cuidado com os trabalhadores deixa de representar iniciativa isolada dos setores de recursos humanos para integrar a própria estratégia organizacional.

Nesse contexto, o *compliance* ocupacional emerge como instrumento relevante para a efetivação dos direitos fundamentais dos trabalhadores. Tradicionalmente associado à prevenção de ilícitos e à conformidade normativa, o *compliance* amplia seu alcance ao incorporar mecanismos destinados à prevenção dos riscos psicossociais, ao monitoramento das condições de trabalho e ao fortalecimento da cultura organizacional orientada pela ética e pela proteção da pessoa humana. Programas de *compliance* ocupacional podem contemplar códigos de conduta, canais seguros de denúncia, protocolos para prevenção do assédio moral e sexual, auditorias periódicas das condições laborais, programas de educação permanente, avaliação dos fatores psicossociais e sistemas internos de responsabilização institucional.

Sob a perspectiva constitucional, o *compliance* ocupacional representa importante mecanismo de concretização dos deveres positivos decorrentes do direito fundamental à saúde, da dignidade da pessoa humana e da redução dos riscos inerentes ao trabalho. Ao estabelecer procedimentos preventivos, mecanismos de controle e instrumentos de responsabilização, essas estruturas fortalecem a efetividade das normas constitucionais e reduzem a ocorrência de práticas organizacionais potencialmente lesivas à integridade física e mental dos trabalhadores.

A discussão contemporânea sobre sustentabilidade empresarial também contribui significativamente para a promoção da saúde mental no trabalho por meio da incorporação dos princípios *Environmental, Social and Governance* (ESG). Embora frequentemente associado às questões ambientais e de governança corporativa, o eixo social do ESG atribui crescente relevância a proteção dos direitos humanos, a valorização do trabalho digno, a promoção da diversidade, a inclusão, a saúde ocupacional e ao bem-estar dos trabalhadores. Nesse cenário, a saúde mental deixa de representar apenas requisito de responsabilidade social para constituir indicador estratégico de sustentabilidade institucional.

O componente social do ESG exige que organizações públicas e privadas desenvolvam práticas capazes de assegurar ambientes laborais inclusivos, seguros e promotores da dignidade humana. Entre essas práticas destacam-se políticas de prevenção da violência ocupacional, promoção da equidade de gênero e raça, valorização da diversidade, fortalecimento da liderança ética, desenvolvimento profissional contínuo e implementação de programas estruturados de saúde mental. Além de reduzir riscos jurídicos, reputacionais e financeiros, essas medidas contribuem para o fortalecimento da confiança institucional, da qualidade assistencial e da legitimidade social das organizações de saúde.

A integração entre governança, *compliance* ocupacional e princípios ESG revela importante transformação na forma de compreender a responsabilidade institucional pela saúde mental dos trabalhadores. O cuidado com o bem-estar psicológico deixa de constituir ação assistencial isolada para tornar-se elemento estruturante da gestão contemporânea, diretamente relacionado à sustentabilidade organizacional, à qualidade da assistência e à efetivação dos direitos fundamentais.

Sob a perspectiva da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, essa evolução reforça a compreensão de que a promoção da saúde mental integra o conteúdo material do direito fundamental à saúde, do direito ao trabalho digno e da dignidade da pessoa humana. A prevenção do burnout e do adoecimento mental exige atuação coordenada entre Estado, gestores públicos, instituições privadas, órgãos de controle e trabalhadores, mediante políticas públicas baseadas em evidências científicas, mecanismos de governança responsáveis e estratégias organizacionais comprometidas com a proteção integral da pessoa humana.

Em síntese, as evidências científicas e os referenciais normativos nacionais e internacionais convergem para reconhecer que a prevenção do burnout depende de abordagens sistêmicas capazes de integrar políticas públicas, gestão organizacional, governança, *compliance* ocupacional e responsabilidade social. A efetividade dessas estratégias transcende a redução dos índices de adoecimento mental, contribuindo para o fortalecimento da qualidade da assistência, da segurança do paciente, da sustentabilidade dos sistemas de saúde e da concretização dos direitos fundamentais assegurados pela ordem constitucional brasileira e pelos instrumentos internacionais de proteção dos direitos humanos.

2.6 SÍNTESE CRÍTICA DO REFERENCIAL TEÓRICO E CONSTRUÇÃO DO MODELO CONCEITUAL DE ANÁLISE

A análise da literatura nacional e internacional evidencia que o burnout e o adoecimento mental dos profissionais da saúde constituem fenômenos multidimensionais, cuja compreensão demanda abordagem interdisciplinar capaz de integrar referenciais provenientes do Direito Constitucional, dos Direitos Humanos, da Saúde Coletiva, da Saúde do Trabalhador, da Psicologia Organizacional e da Gestão em Saúde.

A complexidade desse objeto impede interpretações fundamentadas em relações lineares de causa e efeito, exigindo modelos analíticos que reconheçam a interação permanente entre fatores individuais, organizacionais, institucionais, jurídicos e sociopolíticos. Nessa perspectiva, o presente referencial teórico adota como pressuposto que o burnout não representa simples consequência da incapacidade individual de adaptação ao trabalho, mas manifestação de desequilíbrios estruturais produzidos pela organização do trabalho, pelas políticas institucionais e pelas condições concretas de exercício das atividades profissionais.

A evolução histórica do conceito de burnout demonstra significativo deslocamento epistemológico ao longo das últimas décadas. As formulações iniciais de Freudenberger (1974), centradas na descrição clínica do esgotamento ocupacional, foram progressivamente ampliadas pelas contribuições de Maslach e Jackson (1981), que sistematizaram a síndrome a partir das dimensões de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional.

Posteriormente, Maslach e Leiter (2016) evidenciaram que o burnout decorre, sobretudo, da incompatibilidade persistente entre o trabalhador e o ambiente organizacional, deslocando o eixo explicativo do plano individual para as características estruturais das organizações. Essa evolução foi consolidada por Schaufeli (2021), ao compreender o burnout como processo dinâmico de deterioração da relação entre trabalhador e trabalho, diretamente influenciado pelas condições organizacionais, pelas demandas laborais e pelos recursos institucionais disponíveis.

Esse deslocamento conceitual encontra respaldo nos modelos explicativos da Saúde do Trabalhador e da Psicologia Organizacional. O Modelo Demanda–Controle de Karasek (1979) demonstra que elevadas exigências ocupacionais associadas à reduzida autonomia ampliam significativamente a probabilidade de adoecimento. Complementarmente, o Modelo Desequilíbrio Esforço–Recompensa de Siegrist (1996) evidencia que a discrepância entre o esforço despendido e o reconhecimento recebido compromete a saúde física e mental dos trabalhadores.

O Modelo Demanda–Recursos do Trabalho, desenvolvido por Bakker e Demerouti (2017), integra essas perspectivas ao demonstrar que a intensidade das demandas produz adoecimento apenas quando não acompanhada por recursos organizacionais suficientes para enfrentá-las. Assim, autonomia, liderança, apoio institucional, reconhecimento, participação nas decisões, segurança psicológica e justiça organizacional assumem função protetiva diante das exigências inerentes ao trabalho em saúde.

A Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Dejours (2015), acrescenta importante dimensão subjetiva a essa compreensão ao demonstrar que o sofrimento ocupacional não decorre apenas da intensidade das demandas laborais, mas principalmente da forma como o trabalho é organizado e reconhecido socialmente. A ausência de espaços de diálogo, cooperação, autonomia e reconhecimento converte o sofrimento inerente ao trabalho em sofrimento patogênico, favorecendo o desenvolvimento de burnout, depressão, ansiedade e outras manifestações de adoecimento mental. Sob essa perspectiva, a saúde mental emerge como produto das relações estabelecidas entre trabalhador, organização e contexto social, reforçando a necessidade de abordagens que transcendam modelos exclusivamente biomédicos.

O presente referencial evidencia, ainda, que a literatura internacional converge para reconhecer que fatores como violência ocupacional, sobrecarga de trabalho, precarização das relações laborais, liderança autoritária, injustiça organizacional, insegurança psicológica e deficiência de recursos institucionais constituem determinantes estruturais do burnout.

Em contrapartida, organizações caracterizadas por liderança ética, participação dos trabalhadores, cultura de aprendizagem, comunicação transparente, reconhecimento profissional e ambientes psicologicamente seguros apresentam menores índices de adoecimento mental e melhores indicadores de qualidade assistencial. Esses achados reforçam que a prevenção do burnout depende prioritariamente da reorganização das condições institucionais de trabalho.

No plano jurídico, essa compreensão amplia significativamente o alcance da proteção constitucional da saúde. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e o direito fundamental à saúde constituem pilares estruturantes do Estado Democrático de Direito. Conforme sustentam Barroso (2024) e Sarlet (2024), tais direitos não produzem apenas efeitos negativos de limitação do poder estatal, mas impõem deveres positivos de proteção destinados a assegurar condições materiais compatíveis com o desenvolvimento da personalidade e da cidadania. Nesse contexto, a proteção da saúde mental dos profissionais da saúde configura dever constitucional de prevenção, alcançando tanto a formulação de políticas públicas quanto a organização das relações de trabalho no setor público e privado.

A incorporação dos referenciais internacionais reforça essa perspectiva. Piovesan (2023) demonstra que o sistema internacional de direitos humanos amplia o conteúdo material do direito à saúde ao reconhecer a proteção da integridade física e mental como requisito para a efetivação da dignidade humana. A abordagem da vulnerabilidade institucional proposta por Fineman (2013) evidencia que a responsabilidade pela redução dos fatores estruturais de adoecimento recai sobre instituições públicas e privadas, exigindo mecanismos permanentes de proteção capazes de reduzir desigualdades e promover ambientes socialmente resilientes. Em consonância com essas premissas, as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (2022) e da Organização Internacional do Trabalho (2022) reconhecem que ambientes laborais psicologicamente seguros constituem requisito indispensável para o trabalho decente e para a proteção dos direitos fundamentais.

As repercussões do burnout ultrapassam a esfera da saúde ocupacional e alcançam diretamente a qualidade da assistência prestada à população. A literatura demonstra associação consistente entre elevados níveis de exaustão emocional, aumento da ocorrência de eventos adversos, redução da segurança do paciente, comprometimento da qualidade assistencial, crescimento do absenteísmo, rotatividade profissional e elevação dos custos institucionais. Esses efeitos produzem impactos relevantes sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, dificultando a concretização dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e eficiência administrativa.

Em resposta a esse cenário, organismos internacionais e instituições científicas têm recomendado a adoção de estratégias preventivas baseadas em governança organizacional, gestão integrada dos riscos psicossociais, *compliance* ocupacional, fortalecimento da liderança e incorporação dos princípios ambientais, sociais e de governança (ESG). Essas abordagens representam evolução significativa em relação aos modelos tradicionais de prevenção, ao reconhecerem que o cuidado com a saúde mental constitui elemento estratégico da gestão organizacional, da responsabilidade institucional e da efetivação dos direitos fundamentais. Com fundamento nessa construção teórica, propõe-se, neste estudo, um Modelo

Conceitual Integrado de Proteção da Saúde Mental dos Profissionais da Saúde, estruturado em quatro dimensões analíticas interdependentes.

A primeira dimensão corresponde aos determinantes estruturais, compreendendo fatores relacionados à organização do trabalho, às demandas ocupacionais, às condições institucionais, à disponibilidade de recursos, à violência ocupacional, às práticas de liderança, à justiça organizacional e à segurança psicológica. Esses elementos representam o contexto em que se desenvolvem as atividades profissionais e constituem os principais fatores explicativos do sofrimento ocupacional descritos pela literatura científica.

A segunda dimensão refere-se aos processos de adoecimento, abrangendo o desenvolvimento progressivo do burnout e de outras manifestações de sofrimento psíquico decorrentes da exposição prolongada aos fatores de risco psicossociais. Essa dimensão incorpora as contribuições de Freudenberg (1974), Maslach e Jackson (1981), Maslach e Leiter (2016), Schaufeli (2021), Dejours (2015), Karasek (1979), Siegrist (1996) e Bakker e Demerouti (2017), reconhecendo que o adoecimento resulta da interação contínua entre demandas organizacionais, recursos institucionais e características do trabalho.

A terceira dimensão contempla as repercussões sistêmicas, envolvendo os impactos do burnout sobre a segurança do paciente, a qualidade assistencial, a eficiência organizacional, a sustentabilidade financeira das instituições, a continuidade dos serviços de saúde e a efetividade do Sistema Único de Saúde. Essa dimensão evidencia que o adoecimento mental dos profissionais não produz consequências restritas ao indivíduo, mas compromete diretamente o funcionamento das organizações e a concretização do direito fundamental à saúde da coletividade.

A quarta dimensão corresponde aos mecanismos institucionais de proteção, compreendendo políticas públicas, governança, *compliance* ocupacional, gestão dos riscos psicossociais, promoção da saúde mental, liderança participativa, fortalecimento da cultura organizacional, participação dos trabalhadores e implementação dos princípios ESG. Esses mecanismos representam instrumentos destinados à concretização dos deveres constitucionais de proteção da dignidade da pessoa humana, da saúde do trabalhador e do trabalho digno, promovendo ambientes laborais mais seguros, inclusivos e sustentáveis.

O modelo conceitual proposto reconhece que essas quatro dimensões mantêm relações permanentes de interdependência. Alterações na organização do trabalho influenciam os processos de adoecimento; estes repercutem sobre a qualidade da assistência e sobre a efetividade dos direitos fundamentais; por sua vez, políticas institucionais adequadamente estruturadas podem modificar os determinantes organizacionais, reduzir os riscos psicossociais e fortalecer a proteção da saúde mental. Trata-se, portanto, de um sistema dinâmico, orientado por relações recíprocas de causalidade e retroalimentação.

Esse modelo constitui o referencial analítico adotado na presente revisão integrativa. A sistematização das evidências científicas será conduzida à luz dessas quatro dimensões, permitindo identificar convergências, divergências e lacunas da literatura internacional acerca da prevalência do burnout, dos fatores determinantes, das repercussões assistenciais e das estratégias de prevenção. Ao integrar referenciais oriundos do Direito, da Saúde Coletiva, da Psicologia Organizacional e da Gestão em Saúde, o modelo amplia a capacidade interpretativa do estudo e reforça sua originalidade científica, oferecendo base teórica consistente para a discussão dos resultados e para a formulação de recomendações voltadas ao fortalecimento das políticas públicas e da proteção dos direitos fundamentais dos profissionais da saúde.

2.7 MODELO MULTINÍVEL DOS DETERMINANTES ORGANIZACIONAIS DO BURNOUT EM SISTEMAS DE SAÚDE

A análise integrada da literatura evidencia que o burnout entre profissionais da saúde não pode ser compreendido como resultado de fatores isolados ou exclusivamente individuais. As evidências examinadas demonstram que o adoecimento mental emerge da interação dinâmica entre diferentes níveis de determinação, envolvendo aspectos estruturais dos sistemas de saúde, características organizacionais das instituições, fatores psicossociais presentes no ambiente laboral, vulnerabilidades individuais e mecanismos institucionais de proteção ou agravamento do sofrimento psíquico.

Com base na síntese crítica dos estudos incluídos nesta revisão, propõe-se o Modelo Multinível dos Determinantes Organizacionais do Burnout em Sistemas de Saúde (MMDOBS). O modelo constitui uma proposição teórica integradora destinada a explicar como fatores de diferentes níveis interagem para produzir o burnout e influenciar seus desfechos assistenciais, jurídicos e institucionais.

O modelo organiza os determinantes em oito dimensões interdependentes.

2.7.1 Primeiro nível — Determinantes estruturais

Representa os fatores macrossociais que condicionam o funcionamento dos sistemas de saúde. Incluem: financiamento dos sistemas de saúde; disponibilidade de recursos humanos; desigualdades regionais; políticas públicas de saúde; legislação trabalhista; governança sanitária; contexto epidemiológico; crises sanitárias (como a Covid-19). Esses fatores moldam o ambiente organizacional no qual o trabalho é desenvolvido.

2.7.2 Segundo nível — Determinantes organizacionais

Refere-se às características internas das instituições de saúde. Incluem: dimensionamento das equipes; carga de trabalho; disponibilidade de recursos materiais; estilos de liderança; cultura organizacional; justiça organizacional; autonomia profissional; reconhecimento institucional; apoio da gestão; comunicação organizacional. A literatura demonstra que estes representam os principais mecanismos geradores do burnout.

2.7.3 Terceiro nível — Determinantes psicossociais

Correspondem aos processos relacionais vivenciados cotidianamente pelos profissionais. Incluem: conflitos interpessoais; violência ocupacional; assédio moral; insegurança psicológica; sofrimento moral; baixa cooperação; ausência de apoio social; clima organizacional negativo. Esses fatores potencializam a sobrecarga emocional produzida pelos determinantes organizacionais.

2.7.4 Quarto nível — Determinantes individuais

Representam fatores pessoais capazes de modular a intensidade do adoecimento. Incluem: idade; experiência profissional; estratégias de enfrentamento; resiliência; histórico de saúde mental; autocuidado; características da personalidade. O modelo reconhece que tais fatores exercem influência moderadora, mas não constituem causa primária do burnout.

2.7.5 Processo central

Os quatro níveis anteriores interagem continuamente produzindo um desequilíbrio persistente entre demandas ocupacionais e recursos disponíveis. Quando esse desequilíbrio se prolonga, desenvolvem-se as três dimensões clássicas do burnout: exaustão emocional; despersonalização; redução da realização profissional.

2.7.6 Repercussões assistenciais

O desenvolvimento do burnout produz efeitos diretos sobre os serviços de saúde. Entre eles destacam-se: aumento dos eventos adversos; redução da segurança do paciente; diminuição da qualidade assistencial; aumento do absenteísmo; presenteísmo; rotatividade profissional; perda de produtividade; intenção de abandono da profissão; comprometimento da humanização do cuidado.

2.7.7 Repercussões jurídicas

Os efeitos do burnout ultrapassam o campo da saúde ocupacional e alcançam a esfera constitucional. O modelo identifica impactos sobre: direito fundamental à saúde; direito ao trabalho digno; dignidade da

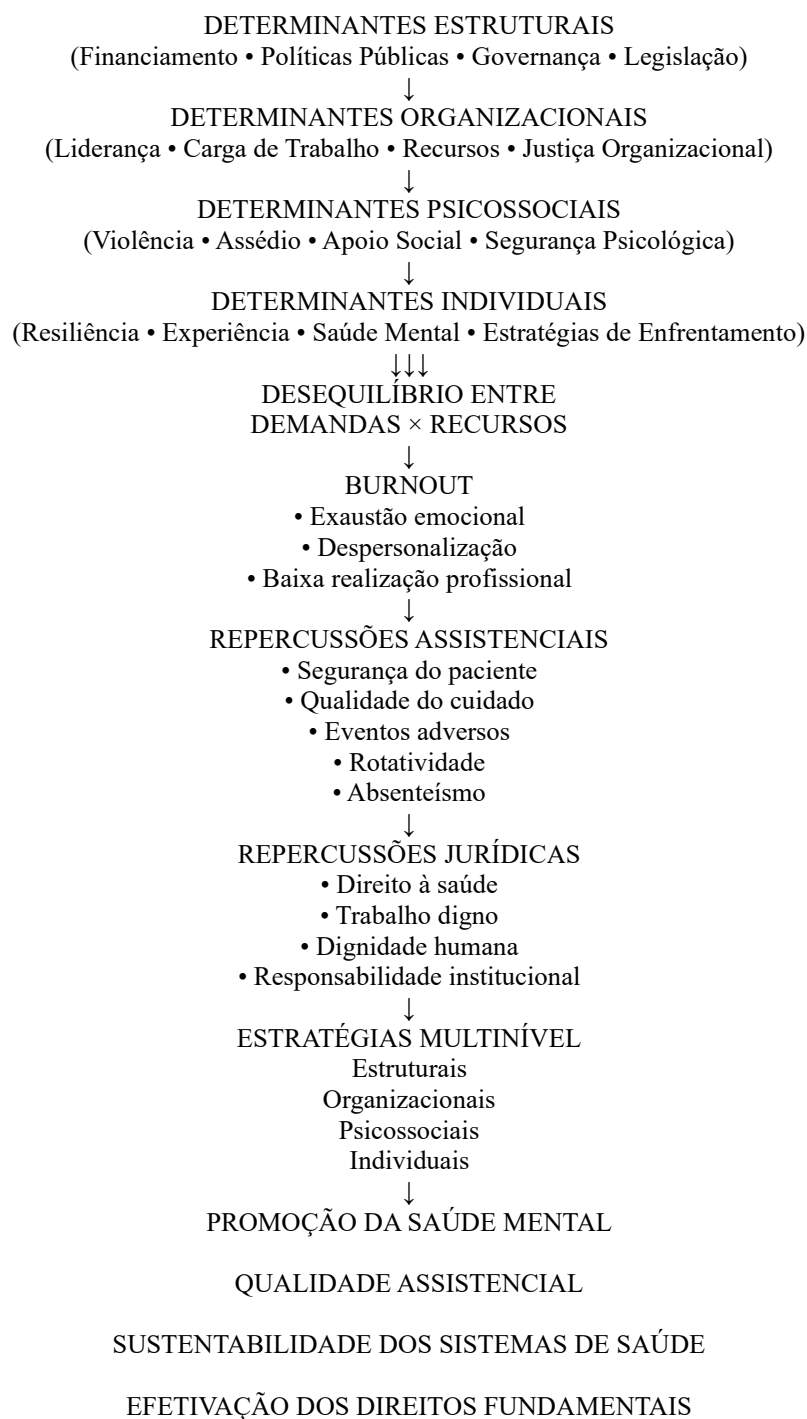
pessoa humana; dever estatal de proteção; responsabilidade institucional; responsabilidade civil; proteção da saúde do trabalhador; efetividade das políticas públicas. Dessa forma, o burnout deixa de ser compreendido exclusivamente como problema clínico e passa a representar questão de governança constitucional.

2.7.8 Estratégias preventivas

O modelo demonstra que intervenções exclusivamente individuais apresentam eficácia limitada quando dissociadas de mudanças organizacionais. Propõe-se uma abordagem multinível baseada em quatro eixos: 1) estruturais: fortalecimento do financiamento; políticas nacionais de saúde mental; valorização do trabalho em saúde. 2) organizacionais: melhoria das condições de trabalho; dimensionamento adequado; liderança participativa; justiça organizacional; segurança psicológica. 3) psicossociais: prevenção da violência; fortalecimento do trabalho em equipe; apoio institucional; espaços permanentes de escuta. 4) individuais: programas de promoção da saúde mental; desenvolvimento de competências socioemocionais; educação permanente; suporte psicológico.

A principal contribuição do modelo consiste em demonstrar que a prevenção do burnout depende da atuação simultânea sobre todos os níveis de determinação, superando abordagens centradas exclusivamente na responsabilização individual dos trabalhadores. Além disso, o modelo fornece uma estrutura analítica capaz de integrar evidências provenientes da Saúde Coletiva, da Psicologia Organizacional, da Saúde do Trabalhador e do Direito Constitucional, permitindo interpretar o burnout como fenômeno sistêmico que afeta simultaneamente a saúde dos profissionais, a qualidade da assistência, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a efetividade dos direitos fundamentais.

Figura 2 – Modelo Multinível dos Determinantes Organizacionais do Burnout em Sistemas de Saúde



Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura consultada.

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de natureza qualitativa, exploratória, descritiva e analítica, desenvolvida com o propósito de sintetizar criticamente as evidências científicas acerca do burnout e do adoecimento mental em profissionais da saúde, contemplando sua prevalência, os determinantes organizacionais e psicossociais, as repercussões para a qualidade da assistência e para a efetividade dos direitos fundamentais, bem como as estratégias institucionais de prevenção e promoção da saúde mental.

A opção por esse delineamento metodológico fundamenta-se na capacidade da revisão integrativa de reunir e integrar estudos com diferentes delineamentos metodológicos, permitindo a construção de uma compreensão abrangente e interdisciplinar acerca de fenômenos complexos que envolvem dimensões sanitárias, organizacionais, jurídicas e sociais (Whittemore; Knafl, 2005).

A condução da investigação observou rigorosamente as recomendações metodológicas propostas por Whittemore e Knafl (2005), Mendes, Silveira e Galvão (2008) e Souza, Silva e Carvalho (2010), complementadas pelas diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* – PRISMA 2020, adaptadas às especificidades das revisões integrativas. Embora originalmente desenvolvido para revisões sistemáticas, o referido protocolo constitui referência internacional para assegurar transparência, rastreabilidade, reprodutibilidade e qualidade na descrição do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos científicos, razão pela qual foi adotado como parâmetro metodológico da presente investigação.

A elaboração da revisão iniciou-se com a definição da questão norteadora da pesquisa, formulada a partir da seguinte indagação: quais evidências científicas nacionais e internacionais demonstram a prevalência do burnout e do adoecimento mental entre profissionais da saúde, seus principais determinantes organizacionais e psicossociais, suas repercussões para a qualidade da assistência e para a efetividade dos direitos fundamentais, bem como as estratégias institucionais de prevenção descritas na literatura científica? A construção dessa questão orientou todas as etapas subsequentes da investigação, desde a definição dos descritores até a organização das categorias analíticas utilizadas na interpretação das evidências.

Como elemento inovador da pesquisa, a revisão foi estruturada a partir de um Modelo Conceitual Integrado de Proteção da Saúde Mental dos Profissionais da Saúde, desenvolvido com base na síntese crítica do referencial teórico apresentado na seção anterior. Diferentemente das revisões integrativas tradicionais, nas quais a interpretação dos resultados ocorre de forma predominantemente descritiva, o presente estudo adotou um modelo analítico interdisciplinar destinado a organizar sistematicamente as evidências encontradas na literatura e a estabelecer relações entre os fatores organizacionais, os processos de adoecimento, as repercussões assistenciais e os mecanismos institucionais de proteção dos direitos fundamentais.

O modelo conceitual foi construído mediante a integração dos principais referenciais teóricos empregados nesta investigação, compreendendo as contribuições clássicas de Freudenberg (1974), Maslach e Jackson (1981), Maslach e Leiter (2016), Schaufeli (2021), Dejours (2015), Karasek (1979), Siegrist (1996) e Bakker e Demerouti (2017), articuladas às contribuições jurídicas de Barroso (2024), Sarlet (2024), Piovesan (2023), Barcellos (2022) e Fineman (2013), bem como às diretrizes normativas da Organização Mundial da Saúde (2022), da Organização Internacional do Trabalho (2022) e da *National Academy of Medicine* (2019).

A partir dessa integração teórica, estabeleceu-se um modelo analítico composto por quatro dimensões interdependentes: determinantes estruturais, processos de adoecimento, repercussões sistêmicas e mecanismos institucionais de proteção. Essas dimensões constituíram o eixo interpretativo empregado durante todo o processo de análise das evidências científicas.

A estratégia de busca bibliográfica foi desenvolvida de forma ampla e sistemática, contemplando bases nacionais e internacionais reconhecidas pela elevada qualidade de indexação e relevância científica nas áreas da Saúde, Psicologia, Direito, Saúde Coletiva e Políticas Públicas. Foram consultadas as bases *Web of Science*, *Scopus*, *PubMed/MEDLINE*, *Embase*, *PsycINFO*, *SciELO*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *ERIC*, complementadas por busca manual e busca reversa das referências bibliográficas dos estudos incluídos. O *Google Scholar* foi utilizado exclusivamente como fonte complementar para identificação de literatura potencialmente relevante não recuperada nas bases indexadas, evitando-se sua utilização como principal fonte de evidências em razão da heterogeneidade dos critérios de indexação.

As estratégias de busca foram adaptadas às especificidades de cada base de dados mediante a combinação de descritores controlados provenientes dos vocabulários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) com palavras-chave livres, empregando operadores booleanos (AND, OR e NOT), truncamentos e aspas para maximizar simultaneamente a sensibilidade e a especificidade das buscas. Entre os principais descritores utilizados destacaram-se: *burnout*, *occupational burnout*, *mental health*, *health personnel*, *healthcare workers*, *patient safety*, *occupational health*, *psychosocial risks*, *workplace mental health*, *health systems*, *quality of care* e seus correspondentes em língua portuguesa e espanhola. Todas as estratégias de busca foram previamente testadas e ajustadas para assegurar a recuperação do maior número possível de estudos pertinentes ao problema investigado.

Foram estabelecidos critérios explícitos de elegibilidade antes do início da seleção dos estudos. Incluíram-se artigos científicos publicados em periódicos revisados por pares, estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos, revisões sistemáticas, metanálises e documentos técnicos elaborados por organismos internacionais de reconhecida autoridade científica, como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Internacional do Trabalho e a *National Academy of Medicine*. Consideraram-se elegíveis publicações disponibilizadas integralmente nos idiomas português, inglês e espanhol, publicadas no período

compreendido entre 2014 e 2026, intervalo temporal definido em razão da consolidação internacional das discussões acerca da saúde mental no trabalho, da atualização da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) e da crescente produção científica sobre burnout em profissionais da saúde após a pandemia de Covid-19.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos publicados em anais de eventos científicos, dissertações, teses, capítulos de livros, estudos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo e pesquisas cujo objeto não apresentasse aderência direta aos objetivos da investigação. A aplicação dos critérios de inclusão e exclusão ocorreu em duas etapas sucessivas. Inicialmente realizou-se a leitura dos títulos e resumos para identificação preliminar da pertinência temática; posteriormente procedeu-se à leitura integral dos textos potencialmente elegíveis, etapa destinada à confirmação definitiva dos critérios de seleção.

O processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos foi conduzido de forma sistemática, observando as etapas de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão recomendadas pelo PRISMA 2020. Inicialmente, foram identificados 428 registros nas bases de dados consultadas e nas estratégias complementares de busca previstas no protocolo. Após a identificação e remoção de 76 registros duplicados, permaneceram 352 registros para a etapa de triagem.

Na fase de triagem, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos 352 registros, considerando os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. Nessa etapa, 255 registros foram excluídos por ausência de pertinência direta com o problema de pesquisa, inadequação da população investigada, incompatibilidade com o fenômeno analisado, inadequação ao período ou idioma definidos ou por não apresentarem relação suficiente com os objetivos da revisão. Dessa forma, 97 estudos foram encaminhados para avaliação de elegibilidade mediante leitura integral.

Na etapa de elegibilidade, os 97 textos completos foram analisados integralmente segundo os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Após essa avaliação, 74 estudos foram excluídos, principalmente por não apresentarem aderência suficiente aos objetivos da investigação, não contemplarem de maneira adequada o fenômeno do burnout e do adoecimento mental entre profissionais da saúde, não apresentarem resultados pertinentes às questões investigadas ou não atenderem integralmente aos critérios metodológicos estabelecidos.

Ao final desse processo, 23 estudos foram considerados elegíveis e incluídos no corpus analítico definitivo da revisão integrativa. Assim, o percurso metodológico apresentou a seguinte sequência: 428 registros identificados; 76 duplicados removidos; 352 registros submetidos à triagem; 255 excluídos após análise de títulos e resumos; 97 textos completos avaliados; 74 excluídos após leitura integral; e 23 estudos incluídos na síntese final.

A organização desse percurso permitiu assegurar a rastreabilidade das decisões metodológicas adotadas em cada etapa da revisão, desde a identificação inicial dos registros até a constituição do corpus definitivo. Os quantitativos e as respectivas etapas do processo de seleção encontram-se representados na Figura 1, elaborada de acordo com as recomendações do PRISMA 2020.

Quadro 1 – Síntese quantitativa do processo de seleção dos estudos

Etapas do processo	Registros
Registros identificados	428
Registros duplicados removidos	76
Registros após remoção das duplicidades	352
Registros excluídos após leitura de títulos e resumos	255
Textos completos avaliados para elegibilidade	97
Textos completos excluídos	74
Estudos incluídos no corpus final	23

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

Quadro 2 – Motivos de exclusão dos estudos após leitura integral

Motivo da exclusão	n
Não apresentava aderência direta ao problema de pesquisa	29
População diferente da definida nos critérios de elegibilidade	14
Não apresentava resultados específicos sobre burnout/adoecimento mental	11
Não contemplava adequadamente as repercussões assistenciais ou organizacionais investigadas	8
Delineamento ou tipo de publicação incompatível com os critérios estabelecidos	6
Texto completo indisponível ou insuficiente para extração dos dados	4
Outros critérios de exclusão previamente definidos	2
Total	74

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

A qualidade metodológica dos 23 estudos incluídos foi avaliada mediante o *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018, considerando-se o delineamento metodológico específico de cada investigação. A avaliação contemplou os critérios aplicáveis a cada desenho, abrangendo a adequação dos objetivos, a coerência entre questão de pesquisa e método, a seleção dos participantes ou fontes, os procedimentos de coleta e análise dos dados, a consistência dos resultados e o controle de potenciais vieses.

Para fins de síntese comparativa, os estudos foram classificados segundo a proporção de critérios metodológicos atendidos. Considerou-se como de alta consistência metodológica o atendimento a quatro ou cinco dos cinco critérios aplicáveis, enquanto o atendimento a três critérios foi considerado de consistência metodológica moderada. Estudos que atendessem a dois ou menos critérios seriam classificados como de baixa consistência metodológica. Essa classificação foi utilizada exclusivamente para organizar e interpretar a robustez do corpus, não constituindo critério automático de exclusão.

A avaliação resultou em 19 estudos classificados como de alta consistência metodológica (82,6%) e quatro como de consistência moderada (17,4%), não tendo sido identificado, na síntese proposta, estudo classificado como de baixa consistência metodológica. A distribuição evidencia predominância de estudos metodologicamente consistentes no corpus analisado, embora permaneçam diferenças quanto aos delineamentos, procedimentos de seleção das amostras, instrumentos de mensuração e estratégias de análise. Essas diferenças foram consideradas na interpretação dos resultados, particularmente na análise da prevalência do burnout e na comparação entre os diferentes contextos profissionais e assistenciais.

Quadro 3 – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos segundo o MMAT 2018

Nº	Delineamento	Crítérios atendidos	Percentual	Classificação
1	Transversal	5/5	100%	Alta
2	Transversal	5/5	100%	Alta
3	Transversal	4/5	80%	Alta
4	Transversal	4/5	80%	Alta
5	Transversal	4/5	80%	Alta
6	Transversal	4/5	80%	Alta
7	Transversal	3/5	60%	Moderada
8	Transversal	4/5	80%	Alta
9	Transversal	5/5	100%	Alta
10	Transversal	4/5	80%	Alta
11	Coorte	4/5	80%	Alta
12	Coorte	5/5	100%	Alta
13	Métodos mistos	4/5	80%	Alta
14	Qualitativo	4/5	80%	Alta
15	Transversal	3/5	60%	Moderada
16	Transversal	4/5	80%	Alta
17	Revisão sistemática	4/5	80%	Alta
18	Metanálise/revisão sistemática	5/5	100%	Alta
19	Transversal multicêntrico	4/5	80%	Alta
20	Transversal	4/5	80%	Alta
21	Transversal	3/5	60%	Moderada
22	Transversal	5/5	100%	Alta
23	Transversal	4/5	80%	Alta
Total	23 estudos	—	—	—

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

A extração dos dados foi realizada mediante matriz analítica previamente elaborada pelos pesquisadores, contemplando informações referentes aos autores, ano de publicação, país de origem, periódico científico, delineamento metodológico, população investigada, categoria profissional analisada, tamanho amostral, instrumentos empregados para avaliação do burnout, principais determinantes organizacionais identificados, repercussões assistenciais observadas, estratégias preventivas descritas e conclusões dos estudos. A padronização da extração permitiu maior uniformidade na organização das

informações e favoreceu a comparação crítica entre as evidências produzidas em diferentes contextos nacionais e internacionais.

Quadro 4 - Síntese Quantitativa

Classificação	Nº de estudos	Percentual
Alta consistência metodológica	19	82,6%
Consistência metodológica moderada	4	17,4%
Baixa consistência metodológica	0	0,0%
Total	23	100%

Fonte: Elaborado pelos autores com base na literatura analisada.

A interpretação das evidências foi conduzida mediante análise temática reflexiva, orientada pelo Modelo Conceitual Integrado de Proteção da Saúde Mental dos Profissionais da Saúde. Inicialmente realizou-se leitura aprofundada dos estudos selecionados, seguida da codificação das unidades de significado relacionadas ao objeto investigado.

Posteriormente, essas unidades foram agrupadas em categorias analíticas correspondentes às quatro dimensões estruturantes do modelo conceitual: 1) determinantes estruturais, compreendendo fatores relacionados à organização do trabalho, sobrecarga ocupacional, liderança, violência laboral, justiça organizacional e segurança psicológica; 2) processos de adoecimento, envolvendo burnout, ansiedade, depressão, sofrimento psíquico e outros agravos à saúde mental; 3) repercussões sistêmicas, abrangendo segurança do paciente, eventos adversos, qualidade assistencial, absenteísmo, rotatividade profissional, sustentabilidade do Sistema Único de Saúde e efetividade dos direitos fundamentais; e 4) mecanismos institucionais de proteção, compreendendo políticas públicas, governança organizacional, *compliance* ocupacional, programas de promoção da saúde mental, gestão dos riscos psicossociais e práticas fundamentadas nos princípios ambientais, sociais e de governança (ESG).

A adoção desse modelo analítico permitiu transcender a simples descrição dos resultados encontrados na literatura, favorecendo interpretação crítica das relações estabelecidas entre os fatores organizacionais, o adoecimento mental dos profissionais da saúde, a qualidade da assistência e a proteção jurídica dos direitos fundamentais. Dessa forma, o modelo conceitual constituiu o principal instrumento de articulação entre o referencial teórico e a discussão dos resultados, conferindo maior coerência epistemológica, originalidade científica e capacidade explicativa à investigação.

Por tratar-se de estudo baseado exclusivamente em fontes documentais e científicas de domínio público, sem coleta de dados envolvendo seres humanos, esta pesquisa encontra-se dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Não obstante essa dispensa, todas as etapas da investigação foram conduzidas em conformidade com os princípios da integridade científica, da transparência metodológica,

da reprodutibilidade, da honestidade acadêmica e do rigor técnico exigidos pelas boas práticas internacionais de pesquisa.

Por fim, destaca-se que a utilização do Modelo Conceitual Integrado de Proteção da Saúde Mental dos Profissionais da Saúde representa a principal inovação metodológica deste estudo. Ao reunir, em uma única estrutura analítica, os determinantes organizacionais do burnout, os processos de adoecimento mental, as repercussões sistêmicas para a qualidade da assistência e os mecanismos institucionais de proteção fundamentados nos direitos humanos, na governança organizacional e nas políticas públicas, o modelo amplia a capacidade interpretativa da revisão integrativa e fortalece o diálogo interdisciplinar entre o Direito, a Saúde Coletiva, a Psicologia Organizacional e a Gestão em Saúde. Essa estratégia metodológica confere maior robustez científica ao estudo, favorece a sistematização das evidências e oferece base consistente para a formulação de recomendações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas e da proteção jurídica da saúde mental dos profissionais da saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Embora os estudos analisados utilizem diferentes referenciais teóricos para explicar o burnout, observa-se importante convergência quanto ao reconhecimento de que o adoecimento mental decorre predominantemente das condições organizacionais do trabalho. Entretanto, cada modelo enfatiza mecanismos explicativos distintos.

O Modelo Demanda–Recursos (JD-R), proposto por Bakker e Demerouti (2017), apresenta maior capacidade explicativa para integrar fatores organizacionais e individuais, ao compreender o burnout como consequência do desequilíbrio entre elevadas demandas laborais e insuficiência de recursos institucionais. Sua principal vantagem consiste em permitir intervenções gerenciais direcionadas ao redesenho das organizações.

O Modelo Demanda–Controle de Karasek enfatiza que elevados níveis de exigência associados à reduzida autonomia favorecem o desenvolvimento do sofrimento psíquico. Embora relevante para compreender ambientes hospitalares altamente hierarquizados, apresenta menor capacidade para explicar aspectos culturais e institucionais.

O Modelo Esforço–Recompensa, desenvolvido por Siegrist, amplia essa análise ao demonstrar que a percepção de injustiça organizacional constitui importante determinante do adoecimento mental. Nos serviços públicos de saúde, onde frequentemente coexistem elevada responsabilidade profissional e reduzido reconhecimento institucional, esse modelo apresenta elevada aderência empírica.

A Psicodinâmica do Trabalho de Dejours desloca o foco para a produção social do sofrimento, destacando que o adoecimento decorre da impossibilidade de atribuição de sentido ao trabalho e da ausência de reconhecimento coletivo. Trata-se de abordagem particularmente relevante para interpretar o sofrimento moral identificado em profissionais da saúde durante e após a pandemia da Covid-19.

O modelo tridimensional de Maslach permanece como principal referência para caracterização clínica do burnout, porém demonstra menor capacidade explicativa dos fatores estruturais responsáveis pela gênese do fenômeno. Sua principal contribuição reside na operacionalização das dimensões de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional.

A análise comparativa permite concluir que nenhum desses modelos, isoladamente, explica toda a complexidade do burnout. A principal contribuição desta revisão consiste justamente em integrá-los por meio de uma perspectiva jurídico-organizacional, na qual os direitos fundamentais, a governança institucional e os determinantes psicossociais são compreendidos como componentes indissociáveis do processo de produção e prevenção do adoecimento mental.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CORPUS DA REVISÃO

Após a aplicação das etapas previstas no protocolo PRISMA 2020 e dos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, foram incluídos 23 estudos que compuseram o corpus analítico desta revisão

integrativa. As publicações selecionadas foram divulgadas entre 2014 e 2026, período escolhido em razão da intensificação das investigações sobre burnout e adoecimento mental dos profissionais da saúde após a pandemia da Covid-19, bem como da consolidação do reconhecimento do burnout como fenômeno ocupacional na Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Os estudos foram recuperados nas bases supramencionadas anteriormente e complementadas por investigações desenvolvidas no contexto latino-americano e brasileiro. Permitiu reunir evidências provenientes de diferentes sistemas de saúde, ampliando a compreensão acerca dos fatores organizacionais, psicossociais e institucionais relacionados ao adoecimento mental dos trabalhadores da saúde.

Em relação à distribuição geográfica, verificou-se predominância de estudos conduzidos na América do Norte, Europa, Ásia e América Latina, com significativa participação de pesquisas brasileiras. Essa diversidade de contextos institucionais possibilitou identificar convergências importantes quanto aos determinantes do burnout, embora diferenças estruturais entre os sistemas de saúde tenham influenciado a magnitude da prevalência observada e a forma de organização das estratégias preventivas descritas pelos autores.

Quanto ao delineamento metodológico, observou-se predominância de estudos observacionais transversais, complementados por revisões sistemáticas, metanálises, estudos de coorte e pesquisas multicêntricas. Essa distribuição metodológica confirma tendência já descrita na literatura internacional, segundo a qual a investigação do burnout permanece fortemente baseada em estudos epidemiológicos destinados à mensuração da prevalência e à identificação de fatores associados, havendo número relativamente reduzido de investigações longitudinais capazes de estabelecer relações temporais entre as condições organizacionais e o desenvolvimento do adoecimento mental.

No que se refere às populações investigadas, os estudos contemplaram diferentes categorias profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, residentes multiprofissionais e demais trabalhadores da saúde. Entretanto, médicos e enfermeiros constituíram os grupos, frequentemente investigados, circunstância compatível com sua maior inserção em serviços de elevada complexidade assistencial e maior exposição às demandas emocionais inerentes ao cuidado em saúde.

Em relação aos cenários de atuação profissional, predominou a realização de pesquisas em hospitais gerais, unidades de terapia intensiva, serviços de urgência e emergência, instituições de atenção primária à saúde e centros especializados de atendimento. Esses ambientes apresentam elevada intensidade assistencial, maior exposição ao sofrimento humano, jornadas prolongadas de trabalho, necessidade permanente de tomada de decisões críticas e frequente insuficiência de recursos materiais e humanos, fatores reconhecidos como importantes determinantes do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.

No que diz respeito aos instrumentos empregados para avaliação do burnout, observou-se predominância do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), considerado internacionalmente o instrumento de referência para mensuração da síndrome. Também foram identificadas pesquisas que utilizaram o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) e escalas específicas destinadas à avaliação de ansiedade, depressão, sofrimento psicológico, estresse ocupacional e qualidade de vida. A utilização de diferentes instrumentos confirma a heterogeneidade metodológica já apontada pela literatura internacional, dificultando comparações diretas entre os estudos e contribuindo para a ampla variação das prevalências encontradas.

A análise integrada do corpus permitiu organizar os resultados em quatro grandes categorias temáticas: 1) prevalência do burnout e do adoecimento mental entre profissionais da saúde; 2) determinantes organizacionais, ocupacionais e psicossociais associados ao desenvolvimento da síndrome; 3) repercussões do adoecimento mental para os profissionais, para a qualidade da assistência e para a segurança do paciente; e 4) estratégias preventivas e intervenções institucionais descritas na literatura científica.

De modo geral, verificou-se elevada convergência entre os estudos quanto ao reconhecimento do burnout como fenômeno ocupacional multifatorial, cuja ocorrência resulta da interação entre sobrecarga laboral, insuficiência de recursos, precarização das relações de trabalho, violência ocupacional, deficiência de apoio institucional e limitações da gestão organizacional. Embora existam diferenças metodológicas entre as investigações analisadas, os achados revelam consenso de que intervenções centradas exclusivamente no fortalecimento da resiliência individual apresentam eficácia limitada quando dissociadas de mudanças estruturais na organização do trabalho.

A caracterização do corpus evidencia, portanto, que a produção científica recente vem progressivamente deslocando o foco interpretativo das características individuais dos trabalhadores para os fatores organizacionais e institucionais que condicionam o adoecimento mental. Esse movimento representa importante avanço teórico e metodológico, pois aproxima a literatura da saúde ocupacional das discussões desenvolvidas no campo dos direitos fundamentais, reforçando que a proteção da saúde mental dos profissionais da saúde constitui dever jurídico, institucional e estatal, indispensável à efetivação do direito à saúde, à dignidade da pessoa humana e ao trabalho em condições dignas.

4.2 PREVALÊNCIA DO BURNOUT E DO ADOECIMENTO MENTAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A avaliação crítica dos 23 estudos incluídos, realizada mediante o MMAT 2018, evidenciou predominância de elevada consistência metodológica. Dezenove estudos (82,6%) atenderam a quatro ou

cinco dos cinco critérios aplicáveis, enquanto quatro estudos (17,4%) atenderam a três critérios, sendo classificados como de consistência metodológica moderada.

Não foram identificados estudos que atendessem a dois ou menos critérios. A predominância de estudos com elevada consistência metodológica confere maior robustez à síntese produzida; contudo, a heterogeneidade dos delineamentos e dos instrumentos empregados recomenda cautela na comparação direta das estimativas de prevalência. Esses resultados corroboram a hipótese adotada nesta investigação, segundo a qual o burnout constitui fenômeno ocupacional multifatorial, diretamente relacionado às condições de organização do trabalho e às características estruturais dos serviços de saúde.

A expressiva amplitude das prevalências identificadas deve ser interpretada à luz da heterogeneidade metodológica observada entre os estudos analisados. A utilização de diferentes instrumentos de mensuração, especialmente o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) e o *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), bem como a adoção de distintos pontos de corte para classificação da síndrome, produziram estimativas variadas entre as investigações. Além disso, diferenças relacionadas às categorias profissionais avaliadas, ao nível de complexidade dos serviços de saúde e às características organizacionais das instituições contribuíram para ampliar a variabilidade dos resultados, aspecto amplamente reconhecido pela literatura científica recente.

Entre as categorias profissionais investigadas, médicos, enfermeiros e residentes apresentaram, de forma recorrente, os maiores níveis de burnout e sofrimento psíquico. A elevada carga assistencial, a necessidade permanente de tomada de decisões clínicas em cenários de elevada complexidade, a responsabilidade ética inerente ao cuidado e a exposição contínua ao sofrimento, à dor e à morte configuram fatores que intensificam o desgaste emocional desses trabalhadores. Nos serviços de urgência e emergência, unidades de terapia intensiva, oncologia e atenção primária à saúde, a sobreposição de demandas assistenciais e limitações estruturais mostrou-se particularmente relevante para explicar os elevados índices de exaustão emocional identificados nas pesquisas analisadas.

Entre as dimensões do burnout, a exaustão emocional constituiu o componente mais frequentemente identificado no corpus analisado, seguida pela despersonalização e pela redução da realização profissional. A predominância dessa dimensão reforça a compreensão de que o adoecimento mental dos profissionais da saúde decorre da exposição prolongada a ambientes organizacionais caracterizados por elevada intensidade de trabalho, insuficiência de recursos humanos e materiais, jornadas extensas, pressão por produtividade e reduzido suporte institucional. Tal constatação confirma a evolução conceitual proposta por Maslach e Leiter, segundo a qual o burnout não representa simples manifestação da vulnerabilidade individual, mas expressão do desequilíbrio persistente entre as demandas impostas pelas organizações e os recursos efetivamente disponibilizados aos trabalhadores.

A revisão também evidenciou importante associação entre burnout e outras manifestações de sofrimento psíquico, especialmente ansiedade, depressão, transtornos do sono, sofrimento moral, fadiga crônica, sintomas de estresse pós-traumático e intenção de abandono da profissão. A coexistência desses agravos demonstra que o burnout dificilmente ocorre de forma isolada, integrando um processo amplo de deterioração das condições de saúde mental relacionado à organização do trabalho. Sob essa perspectiva, o fenômeno deve ser compreendido como parte de um *continuum* de adoecimento ocupacional, cuja evolução compromete progressivamente o bem-estar do trabalhador e reduz sua capacidade de responder adequadamente às exigências assistenciais.

Outro aspecto recorrente identificado nos estudos refere-se à influência exercida pela pandemia da Covid-19 sobre a prevalência do burnout. As investigações desenvolvidas no período pós-pandêmico registraram incremento significativo dos indicadores de sofrimento psíquico, atribuído principalmente ao aumento da demanda assistencial, à insuficiência de profissionais, à escassez de recursos materiais, ao prolongamento das jornadas de trabalho e à exposição frequente a situações de elevada mortalidade. Ainda que parte dessas condições tenha sido intensificada pelo contexto sanitário excepcional, diversos estudos demonstram que muitos dos fatores desencadeadores permaneceram presentes após o período crítico da pandemia, revelando fragilidades estruturais historicamente existentes nos sistemas de saúde.

A análise comparativa dos estudos evidencia, ainda, que as diferenças observadas entre países e instituições não modificam a natureza essencial do problema. Independentemente do contexto geográfico, verificou-se convergência quanto ao papel desempenhado pelas condições organizacionais na determinação da prevalência do burnout. Instituições caracterizadas por insuficiência de recursos, déficit de profissionais, precarização dos vínculos empregatícios, liderança pouco participativa, baixa autonomia decisória e reduzido reconhecimento profissional apresentaram, de maneira consistente, maiores níveis de adoecimento mental quando comparadas àquelas que investem em políticas de gestão do trabalho, apoio institucional e promoção da saúde ocupacional.

Sob a perspectiva jurídico-constitucional, os achados assumem relevância que transcende o campo da epidemiologia ocupacional. A elevada prevalência de burnout observada na literatura evidencia que o adoecimento mental dos profissionais da saúde não pode ser interpretado como consequência inevitável do exercício profissional ou como expressão exclusiva da capacidade individual de enfrentamento do estresse. Ao contrário, os resultados revelam falhas persistentes na organização do trabalho e na implementação de medidas preventivas destinadas à proteção da saúde mental dos trabalhadores. Nessa perspectiva, a elevada ocorrência da síndrome representa indicativo de insuficiente concretização do direito fundamental à saúde, da dignidade da pessoa humana e da garantia constitucional de redução dos riscos inerentes ao trabalho, impondo ao Estado e às instituições públicas e privadas o dever de estruturar ambientes laborais

psicologicamente seguros, compatíveis com os princípios da prevenção, da precaução e da valorização do trabalho humano.

Em síntese, a análise da prevalência demonstra que o burnout deixou de representar problema restrito ao âmbito individual para consolidar-se como fenômeno estrutural relacionado ao funcionamento das organizações de saúde. A consistência das evidências identificadas nesta revisão reforça que a proteção da saúde mental dos profissionais depende da implementação de políticas institucionais permanentes, capazes de atuar simultaneamente sobre os fatores organizacionais, psicossociais e gerenciais que sustentam o processo de adoecimento. Essa constatação fundamenta a análise dos determinantes do burnout desenvolvida na seção subsequente e reafirma a necessidade de abordagens interdisciplinares que integrem gestão em saúde, saúde do trabalhador e proteção dos direitos fundamentais.

4.3 REPERCUSSÕES ASSISTENCIAIS, JURÍDICAS E SOCIAIS DO BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A análise dos estudos que compõem o corpus desta revisão evidencia que as repercussões do burnout transcendem os limites da saúde individual dos profissionais, alcançando dimensões assistenciais, jurídicas, institucionais e sociais de elevada relevância. Os achados demonstram que o esgotamento ocupacional compromete não apenas a qualidade de vida do trabalhador, mas também a eficiência dos serviços de saúde, a segurança do paciente, a sustentabilidade dos sistemas assistenciais e a efetividade dos direitos fundamentais relacionados ao trabalho digno e à proteção da saúde.

No plano assistencial, verificou-se convergência entre os estudos ao apontar que elevados níveis de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional estão associados ao aumento da ocorrência de erros assistenciais, falhas na comunicação entre equipes multiprofissionais, diminuição da capacidade de tomada de decisão clínica, redução da empatia no cuidado e comprometimento da segurança do paciente. O desgaste psicológico persistente repercute diretamente na qualidade da assistência prestada, favorecendo a ocorrência de eventos adversos evitáveis, atrasos diagnósticos, diminuição da adesão a protocolos clínicos e redução da satisfação dos usuários dos serviços de saúde. Tais evidências demonstram que a saúde mental dos trabalhadores constitui elemento indissociável da qualidade da assistência e da efetividade das políticas públicas de saúde.

Os estudos também revelam que o burnout está relacionado ao aumento do absenteísmo, do presenteísmo, da rotatividade profissional e do abandono precoce da carreira, fenômenos que agravam a escassez de recursos humanos já observada em diversos sistemas de saúde. A substituição frequente de profissionais, aliada à perda de trabalhadores experientes, compromete a continuidade do cuidado, fragiliza os processos de educação permanente e amplia os custos institucionais decorrentes de novas contratações, treinamentos e reorganização das equipes. Dessa forma, o adoecimento mental deixa de representar

exclusivamente uma questão clínica para configurar importante fator de vulnerabilidade da gestão em saúde.

Sob a perspectiva jurídica, os resultados analisados evidenciam que a elevada incidência de burnout entre profissionais da saúde desafia a efetividade do arcabouço normativo destinado à proteção da saúde do trabalhador. A Constituição da República assegura, como fundamentos da ordem jurídica, a dignidade da pessoa humana e o valor social do trabalho, além de reconhecer a saúde como direito fundamental e impor a redução dos riscos inerentes ao trabalho mediante normas de saúde, higiene e segurança. Quando ambientes laborais permanecem caracterizados por jornadas excessivas, insuficiência de pessoal, sobrecarga assistencial, precarização dos vínculos empregatícios e ausência de mecanismos institucionais de apoio psicossocial, evidencia-se possível distanciamento entre a proteção jurídica formalmente assegurada e sua concretização no cotidiano das organizações de saúde.

Nesse contexto, a caracterização do burnout como fenômeno ocupacional na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) fortalece a compreensão de que o esgotamento profissional não constitui manifestação inerente ao exercício das atividades em saúde, mas consequência da exposição prolongada a fatores organizacionais inadequadamente gerenciados. Essa mudança de paradigma desloca o enfoque tradicional centrado na responsabilidade individual do trabalhador para uma perspectiva que reconhece a corresponsabilidade das instituições empregadoras e do Estado na implementação de políticas preventivas voltadas à promoção de ambientes laborais saudáveis e psicologicamente seguros.

Os resultados da revisão também indicam que a omissão na adoção de medidas preventivas pode gerar repercussões relevantes no âmbito da responsabilidade institucional. A ausência de programas estruturados de promoção da saúde mental, de dimensionamento adequado das equipes, de gestão participativa, de suporte psicossocial e de monitoramento contínuo dos riscos ocupacionais contribui para a perpetuação de condições organizacionais incompatíveis com os princípios da prevenção e da precaução que orientam a tutela jurídica da saúde do trabalhador. Nessa perspectiva, a prevenção do burnout deve integrar as políticas de governança institucional, deixando de ser compreendida como iniciativa voluntária para assumir natureza estratégica e permanente.

As repercussões sociais igualmente se mostram expressivas. O adoecimento mental dos profissionais da saúde repercute sobre as relações familiares, reduz a capacidade laboral, favorece o isolamento social, compromete a produtividade e amplia os custos econômicos associados ao afastamento do trabalho, à concessão de benefícios previdenciários e à necessidade de reabilitação profissional. Em escala coletiva, tais impactos afetam a capacidade de resposta dos sistemas públicos e privados de saúde, dificultando a universalização do acesso aos serviços e comprometendo a continuidade do cuidado prestado à população.

Outro aspecto evidenciado pelos estudos refere-se à influência do burnout sobre a atratividade e a permanência nas profissões da saúde. A elevada exposição ao sofrimento psíquico, associada à percepção de baixo reconhecimento profissional, remuneração inadequada e reduzidas oportunidades de desenvolvimento, tem contribuído para o aumento da intenção de desligamento da carreira, especialmente entre profissionais em início de trajetória e residentes. Esse cenário reforça a necessidade de políticas institucionais que promovam ambientes de trabalho mais seguros, colaborativos e comprometidos com o bem-estar psicossocial das equipes.

A análise integrada do corpus permite concluir que as repercussões do burnout apresentam natureza multidimensional e interdependente. O adoecimento do trabalhador repercute negativamente sobre a qualidade da assistência, fragiliza a gestão dos serviços, amplia os custos sociais e evidencia limitações na efetivação dos direitos fundamentais relacionados ao trabalho e à saúde. Sob essa perspectiva, a proteção da saúde mental dos profissionais deve ser compreendida como requisito indispensável para a concretização do direito fundamental à saúde, para a promoção da dignidade da pessoa humana e para o fortalecimento das instituições responsáveis pela prestação de serviços assistenciais.

Assim, os resultados desta revisão indicam que o enfrentamento do burnout demanda abordagem integrada, capaz de articular ações de gestão organizacional, políticas públicas de saúde do trabalhador, mecanismos de proteção jurídica e estratégias permanentes de promoção da saúde mental. Somente por meio dessa atuação coordenada será possível reduzir os fatores estruturais responsáveis pelo adoecimento ocupacional e assegurar condições de trabalho compatíveis com os princípios constitucionais da dignidade humana, da valorização do trabalho e da efetividade do direito à saúde.

4.4 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E GOVERNANÇA ORGANIZACIONAL

A análise dos estudos que compõem o corpus desta revisão evidencia que as estratégias de prevenção do burnout vêm sendo progressivamente orientadas por abordagens sistêmicas, afastando-se da perspectiva tradicional centrada exclusivamente na resiliência individual do trabalhador. Os achados demonstram que intervenções isoladas, voltadas apenas ao desenvolvimento de habilidades pessoais de enfrentamento do estresse, apresentam impacto limitado quando não acompanhadas por transformações estruturais na organização do trabalho. Em contrapartida, os estudos convergem ao indicar que programas institucionais integrados, fundamentados em princípios de governança organizacional, promoção da saúde ocupacional e gestão participativa, produzem resultados mais consistentes na redução do adoecimento mental entre profissionais da saúde.

Nesse contexto, verificou-se consenso quanto à necessidade de que a prevenção do burnout seja incorporada ao planejamento estratégico das organizações de saúde, deixando de constituir ação episódica ou reativa para integrar permanentemente os processos de gestão institucional. Essa mudança de paradigma

pressupõe o reconhecimento da saúde mental como componente essencial da qualidade assistencial, da segurança do paciente e da sustentabilidade dos serviços de saúde. Assim, políticas organizacionais voltadas à promoção do bem-estar psicológico devem ser concebidas como investimentos institucionais e não como custos acessórios da administração.

Entre as estratégias preventivas mais frequentemente identificadas destacam-se o dimensionamento adequado das equipes, a reorganização das jornadas de trabalho, a distribuição equilibrada das cargas assistenciais, a ampliação da autonomia profissional e o fortalecimento da liderança participativa. Os estudos analisados demonstram que ambientes organizacionais caracterizados por comunicação transparente, participação dos trabalhadores nos processos decisórios, reconhecimento profissional e apoio institucional apresentam menores índices de exaustão emocional e maior satisfação no trabalho. Esses resultados reforçam a compreensão de que fatores organizacionais exercem influência determinante sobre a saúde mental das equipes e constituem importante objeto de intervenção por parte dos gestores.

Outra medida amplamente destacada refere-se à implementação de programas permanentes de promoção da saúde mental. Os estudos indicam que ações de acolhimento psicológico, grupos de apoio, acompanhamento psicossocial, programas de prevenção ao sofrimento moral e espaços institucionais destinados à escuta qualificada contribuem para reduzir fatores de vulnerabilidade emocional e fortalecer mecanismos de suporte coletivo. Entretanto, a literatura ressalta que tais iniciativas somente produzem efeitos duradouros quando articuladas à melhoria das condições de trabalho e à redução dos fatores organizacionais que desencadeiam o esgotamento ocupacional.

Os resultados também evidenciam a relevância da educação permanente como estratégia preventiva. A oferta contínua de capacitações relacionadas à gestão do estresse ocupacional, ao desenvolvimento de competências socioemocionais, à comunicação interpessoal, ao trabalho colaborativo e à identificação precoce dos sinais de sofrimento psíquico favorece a construção de ambientes organizacionais mais resilientes e preparados para enfrentar situações de elevada complexidade assistencial. Contudo, os estudos analisados destacam que tais programas devem ser integrados às políticas institucionais de gestão de pessoas, evitando que a responsabilidade pela prevenção recaia exclusivamente sobre o trabalhador.

Sob a perspectiva da governança organizacional, observa-se crescente valorização de modelos de gestão capazes de incorporar indicadores de saúde mental aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação institucional. A utilização sistemática de indicadores relacionados ao absenteísmo, presenteísmo, rotatividade, afastamentos por transtornos mentais, satisfação profissional e clima organizacional permite identificar precocemente situações de risco, subsidiando decisões gerenciais baseadas em evidências. Essa abordagem fortalece a cultura organizacional de prevenção e contribui para a adoção de intervenções mais eficazes e sustentáveis.

A literatura analisada também enfatiza a importância da atuação interdisciplinar na implementação das estratégias preventivas. A integração entre gestores, profissionais da saúde, equipes de saúde ocupacional, psicólogos, especialistas em segurança do trabalho e representantes institucionais favorece a construção de políticas abrangentes voltadas à promoção do bem-estar no ambiente laboral. Essa atuação colaborativa amplia a capacidade institucional de identificar fatores de risco, desenvolver protocolos preventivos e promover ambientes de trabalho mais seguros sob os aspectos físico, psicológico e organizacional.

No plano jurídico, os achados da revisão reforçam que a governança organizacional voltada à prevenção do burnout encontra fundamento nos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da valorização social do trabalho e da efetivação do direito fundamental à saúde. A adoção de políticas institucionais destinadas à redução dos riscos psicossociais não representa mera faculdade administrativa, mas integra o dever de proteção imposto ao Estado e aos empregadores quanto à preservação da saúde física e mental dos trabalhadores. Dessa forma, a implementação de programas preventivos deve ser compreendida como mecanismo de concretização dos direitos fundamentais, contribuindo para reduzir vulnerabilidades ocupacionais e fortalecer a responsabilidade institucional na promoção de ambientes laborais saudáveis.

Além disso, os estudos evidenciam que organizações que adotam práticas de governança comprometidas com a transparência, a participação dos trabalhadores, a responsabilidade institucional e a melhoria contínua apresentam melhores indicadores de qualidade assistencial, menor incidência de afastamentos por transtornos mentais e maior capacidade de retenção de profissionais qualificados. Esses resultados demonstram que a promoção da saúde mental produz benefícios que extrapolam a esfera individual, repercutindo positivamente sobre a eficiência administrativa, a sustentabilidade financeira das instituições e a confiança social nos serviços de saúde.

A análise integrada do corpus permite concluir que a prevenção do burnout exige abordagem multidimensional, baseada na articulação entre gestão organizacional, saúde ocupacional, políticas públicas e proteção jurídica dos trabalhadores. O enfrentamento efetivo do adoecimento mental depende da superação de modelos centrados exclusivamente na adaptação individual e da consolidação de uma cultura institucional orientada pela prevenção, pela corresponsabilidade e pela promoção de ambientes laborais psicologicamente seguros.

Dessa forma, os resultados desta revisão indicam que a governança organizacional constitui elemento estruturante para a efetivação de políticas de promoção da saúde mental e para a concretização dos direitos fundamentais dos profissionais da saúde. A incorporação de práticas preventivas ao planejamento estratégico das instituições representa medida indispensável para reduzir o impacto do burnout, qualificar a assistência prestada à população e assegurar condições de trabalho compatíveis com

os valores constitucionais da dignidade da pessoa humana, da valorização do trabalho e da proteção integral da saúde.

4.5 DISCUSSÃO INTEGRATIVA: AVANÇOS TEÓRICOS, TENSÕES ANALÍTICAS E IMPLICAÇÕES PARA A GOVERNANÇA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A síntese das evidências analisadas permite avançar para além da confirmação da elevada prevalência do burnout entre profissionais da saúde e evidencia que as interpretações existentes permanecem distribuídas em diferentes tradições teóricas, frequentemente desenvolvidas de forma paralela e pouco articulada. Embora compartilhem o reconhecimento do caráter multifatorial do fenômeno, essas abordagens divergem quanto ao locus explicativo do adoecimento ocupacional, produzindo distintas implicações para a formulação de políticas institucionais e para a governança dos sistemas de saúde.

A tradição inaugurada por Maslach e Jackson privilegia a compreensão do burnout a partir de suas manifestações psicossociais, estruturadas nas dimensões de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional. Essa perspectiva consolidou importantes instrumentos de mensuração e permanece como referência internacional para a avaliação epidemiológica da síndrome. Entretanto, estudos recentes argumentam que a centralidade conferida às dimensões individuais pode obscurecer os mecanismos organizacionais que antecedem o adoecimento, limitando o potencial explicativo das análises quando dissociadas das condições estruturais do trabalho (Schaufeli, 2021).

Em contraposição, o Modelo Demanda–Recursos do Trabalho (*Job Demands–Resources Model*) desloca o foco analítico para a interação entre demandas ocupacionais e recursos organizacionais. As atualizações propostas por Bakker e Demerouti (2023) demonstram que o burnout resulta menos da intensidade absoluta das exigências laborais do que da incapacidade das organizações em disponibilizar recursos capazes de sustentar o desempenho profissional diante de contextos de elevada complexidade. Essa abordagem aproxima o debate da literatura sobre governança organizacional ao reconhecer que práticas de liderança, justiça organizacional, autonomia decisória e segurança psicológica constituem recursos estratégicos para reduzir a vulnerabilidade ao adoecimento.

Uma terceira vertente, representada pela Psicodinâmica do Trabalho, enfatiza que o sofrimento ocupacional emerge da ruptura entre o significado atribuído ao trabalho e as condições concretas de sua realização. Conforme Dejours, o reconhecimento, a cooperação e a possibilidade de elaboração coletiva do sofrimento são elementos centrais para preservar a saúde mental. As evidências reunidas nesta revisão reforçam essa interpretação ao demonstrarem que instituições caracterizadas por culturas organizacionais punitivas, baixa participação dos trabalhadores e escassos espaços de diálogo apresentam maior frequência de burnout, independentemente da categoria profissional analisada.

Embora essas escolas apresentem contribuições relevantes, a análise integrada da literatura evidencia uma tensão recorrente. Enquanto parte dos estudos concentra suas recomendações em estratégias voltadas ao fortalecimento da resiliência individual, outra parcela crescente da produção científica sustenta que intervenções centradas exclusivamente no trabalhador possuem efetividade limitada quando não acompanhadas por mudanças estruturais nas organizações de saúde. Essa tensão representa um dos principais desafios contemporâneos da literatura internacional, pois traduz diferentes concepções acerca da responsabilidade pelo adoecimento ocupacional.

Os estudos recentes convergem para a superação dessa dicotomia. Relatórios da Organização Mundial da Saúde, da Organização Internacional do Trabalho e da *National Academy of Medicine* sustentam que a prevenção do burnout deve ser compreendida como responsabilidade compartilhada entre trabalhadores, gestores, instituições e sistemas públicos de saúde, exigindo intervenções multinível capazes de modificar simultaneamente condições organizacionais, processos gerenciais e políticas públicas. Essa perspectiva desloca definitivamente o debate da esfera individual para uma abordagem sistêmica de governança institucional.

A partir dessa síntese, propõe-se que o burnout seja compreendido como resultado de um mecanismo cumulativo de desregulação organizacional. Esse mecanismo inicia-se em fatores estruturais, como subfinanciamento, insuficiência de recursos humanos e modelos gerenciais orientados predominantemente por indicadores de produtividade. Essas condições repercutem sobre a organização do trabalho por meio da intensificação das demandas, redução da autonomia profissional, enfraquecimento da liderança participativa e deterioração da justiça organizacional. Como consequência, ampliam-se fatores psicossociais relacionados ao sofrimento moral, à violência ocupacional, ao isolamento profissional e à perda de sentido do trabalho, culminando na manifestação das dimensões clássicas do burnout e produzindo impactos assistenciais, econômicos e jurídicos sobre os sistemas de saúde.

Essa interpretação permite compreender que os eventos adversos, a rotatividade profissional, o absenteísmo e a redução da qualidade assistencial não constituem consequências isoladas do esgotamento emocional, mas representam manifestações organizacionais de um mesmo processo de fragilidade institucional. O burnout, portanto, deixa de ser interpretado apenas como indicador da saúde dos trabalhadores para assumir a condição de indicador da capacidade de governança das organizações de saúde.

Sob essa perspectiva, a principal contribuição teórica desta revisão consiste em integrar referenciais oriundos da Psicologia Organizacional, da Saúde do Trabalhador, da Saúde Coletiva e do Direito Constitucional em um modelo interpretativo comum, representado pelo Modelo Multinível dos Determinantes Organizacionais do Burnout em Sistemas de Saúde (MMDOBS). Diferentemente das abordagens fragmentadas predominantes na literatura, esse modelo demonstra que fatores estruturais,

organizacionais, psicossociais e individuais atuam de forma interdependente, produzindo repercussões simultâneas sobre a saúde dos trabalhadores, a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a efetividade do direito fundamental à saúde.

As implicações desse entendimento extrapolam o campo da saúde ocupacional e alcançam a governança dos sistemas de saúde. Organizações comprometidas com elevados padrões de qualidade assistencial necessitam incorporar a gestão dos riscos psicossociais como componente estratégico da governança institucional. Isso implica integrar indicadores de saúde mental aos sistemas de gestão da qualidade, fortalecer mecanismos de participação dos trabalhadores, desenvolver modelos de liderança baseados em segurança psicológica, aprimorar processos de dimensionamento das equipes e estabelecer sistemas permanentes de monitoramento do bem-estar ocupacional. Nessa perspectiva, a promoção da saúde mental deixa de constituir política acessória e passa a representar requisito para a sustentabilidade organizacional, para a segurança do paciente e para a efetividade das políticas públicas de saúde.

As recomendações derivadas da presente revisão reforçam essa necessidade. Em nível sistêmico, evidencia-se a importância do fortalecimento das políticas nacionais de saúde do trabalhador e da incorporação dos riscos psicossociais aos programas de vigilância em saúde. No âmbito institucional, recomenda-se que os serviços de saúde desenvolvam estratégias permanentes de gestão organizacional voltadas ao fortalecimento da justiça organizacional, da liderança participativa, da comunicação interprofissional e da segurança psicológica. Em nível científico, futuras pesquisas devem priorizar delineamentos longitudinais, estudos multicêntricos e avaliações de efetividade de intervenções organizacionais, permitindo avançar da descrição epidemiológica para a identificação dos mecanismos causais que condicionam o desenvolvimento do burnout em diferentes contextos assistenciais.

Quadro 5 – Proposições Teóricas Derivadas da Revisão Integrativa

Proposição	Fundamentação
P1. Quanto maior a qualidade da governança organizacional, menor a incidência de burnout.	JD-R, Maslach, Dejours
P2. A segurança psicológica medeia a relação entre liderança e saúde mental.	Edmondson; JD-R
P3. O burnout constitui mecanismo intermediário entre condições organizacionais e qualidade assistencial.	Maslach; West <i>et al.</i>
P4. A proteção do direito fundamental à saúde depende simultaneamente da proteção da saúde do paciente e do trabalhador.	Constituição Federal; OMS
P5. Estratégias centradas exclusivamente na resiliência individual apresentam menor efetividade quando comparadas às intervenções organizacionais.	OMS; OIT; Bakker; Schaufeli
P6. Sistemas de governança baseados em participação, justiça organizacional e vigilância psicossocial reduzem riscos ocupacionais.	Dejours; JD-R

Fonte: Elaborado pelos autores com base na pesquisa realizada.

As evidências analisadas permitem afirmar que o burnout transcende a categoria de problema clínico ou organizacional, assumindo natureza jurídico-constitucional. A elevada incidência de adoecimento mental

decorrente de fatores relacionados à organização do trabalho evidencia que a proteção da saúde dos profissionais constitui dever positivo imposto tanto ao Estado quanto às instituições públicas e privadas responsáveis pela prestação dos serviços de saúde.

À luz da eficácia objetiva dos direitos fundamentais, os princípios da dignidade da pessoa humana, da valorização social do trabalho, da prevenção, da precaução e da máxima efetividade dos direitos sociais impõem a adoção de políticas institucionais destinadas à eliminação dos riscos psicossociais. A ausência dessas medidas compromete simultaneamente o direito do trabalhador à saúde, o direito do paciente à assistência segura e o dever estatal de garantir sistemas de saúde eficientes e sustentáveis.

Nessa perspectiva, a prevenção do burnout deixa de representar simples estratégia de gestão de pessoas para constituir verdadeiro imperativo constitucional, diretamente relacionado à concretização do direito fundamental à saúde, à redução das desigualdades sociais, à promoção do trabalho decente e ao fortalecimento da governança democrática dos sistemas de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa permitiu analisar criticamente as evidências científicas produzidas acerca da síndrome de burnout entre profissionais da saúde, evidenciando que o adoecimento mental relacionado ao trabalho constitui fenômeno multifatorial, de elevada prevalência e com repercussões que transcendem a esfera individual, alcançando a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a efetividade dos direitos fundamentais assegurados pela ordem constitucional brasileira.

Os resultados obtidos respondem ao objetivo proposto pela investigação ao demonstrar que o burnout decorre da interação entre fatores organizacionais, psicossociais e institucionais, não podendo ser compreendido como consequência exclusiva da vulnerabilidade individual dos trabalhadores.

A análise do corpus evidenciou convergência entre os estudos quanto ao papel desempenhado pelas condições de organização do trabalho na gênese do esgotamento ocupacional. Sobrecarga assistencial, insuficiência de recursos humanos e materiais, jornadas prolongadas, precarização das relações laborais, fragilidades na gestão institucional, baixo reconhecimento profissional e limitada participação dos trabalhadores nos processos decisórios constituem fatores que se apresentam de forma recorrente na literatura científica. Tais elementos demonstram que a proteção da saúde mental exige intervenções estruturais voltadas à reorganização dos ambientes de trabalho, superando modelos preventivos restritos ao fortalecimento da resiliência individual.

Os achados da revisão também evidenciaram que as repercussões do burnout extrapolam os limites da saúde ocupacional, produzindo impactos relevantes sobre a qualidade da assistência prestada, a continuidade do cuidado, a segurança do paciente, a eficiência administrativa e a sustentabilidade financeira das instituições de saúde.

O aumento do absenteísmo, do presenteísmo, da rotatividade profissional, dos afastamentos por transtornos mentais e da intenção de abandono da carreira revela que o adoecimento dos profissionais compromete simultaneamente o desempenho organizacional e a concretização do direito social à saúde, exigindo respostas institucionais capazes de enfrentar as causas estruturais desse fenômeno.

Sob a perspectiva jurídico-constitucional, a investigação permitiu demonstrar que a prevenção do burnout deve ser compreendida como dever decorrente dos princípios da dignidade da pessoa humana, da valorização social do trabalho, da proteção da saúde do trabalhador e da redução dos riscos inerentes às atividades laborais. O reconhecimento do burnout como fenômeno ocupacional na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) reforça a necessidade de interpretação integrada entre o Direito Constitucional, o Direito do Trabalho, a Saúde Pública e a Saúde do Trabalhador, impondo ao Estado e às instituições públicas e privadas o compromisso de implementar políticas permanentes de promoção da saúde mental e de prevenção dos riscos psicossociais.

Nesse contexto, a pesquisa contribui para ampliar o diálogo interdisciplinar entre o campo jurídico e as ciências da saúde ao evidenciar que a efetivação dos direitos fundamentais depende não apenas da existência de normas protetivas, mas também da implementação de mecanismos institucionais de governança capazes de assegurar ambientes laborais seguros, saudáveis e psicologicamente sustentáveis.

A incorporação de indicadores de saúde mental aos processos de planejamento, monitoramento e avaliação institucional, associada ao fortalecimento da gestão participativa, da educação permanente, do suporte psicossocial e da adequada organização do trabalho, constitui medida essencial para reduzir a incidência do burnout e promover melhores condições para o exercício das atividades profissionais.

A principal contribuição científica desta investigação consiste em integrar as evidências produzidas pela literatura internacional e nacional à análise jurídico-constitucional da proteção da saúde mental dos profissionais da saúde, demonstrando que o enfrentamento do burnout representa requisito indispensável para a concretização dos direitos fundamentais ao trabalho digno, à saúde e à dignidade da pessoa humana. Ao deslocar o enfoque interpretativo da responsabilidade exclusivamente individual para a corresponsabilidade institucional e estatal, o estudo reforça a necessidade de políticas públicas orientadas pelos princípios da prevenção, da precaução e da governança responsável.

Não obstante a consistência das evidências analisadas, esta revisão apresenta limitações inerentes ao próprio delineamento metodológico. A heterogeneidade dos estudos incluídos, a utilização de diferentes instrumentos para avaliação do burnout, a predominância de pesquisas observacionais de delineamento transversal e as diferenças entre os sistemas de saúde investigados limitam a comparação direta entre os resultados e restringem a possibilidade de estabelecer relações causais definitivas. Além disso, a concentração de parte significativa das pesquisas em determinadas categorias profissionais e contextos hospitalares recomenda cautela na generalização dos achados para outros cenários assistenciais.

Diante dessas limitações, recomenda-se que futuras investigações desenvolvam estudos longitudinais e multicêntricos capazes de avaliar a efetividade de políticas institucionais voltadas à promoção da saúde mental, bem como pesquisas que integrem indicadores epidemiológicos, organizacionais, econômicos e jurídicos para mensurar o impacto das estratégias de governança na prevenção do burnout. Também se mostra relevante aprofundar a análise dos efeitos da transformação digital, da inteligência artificial aplicada à gestão dos serviços de saúde e dos novos modelos de organização do trabalho sobre os riscos psicossociais e a proteção dos direitos fundamentais dos trabalhadores da saúde.

Conclui-se, portanto, que o burnout entre profissionais da saúde constitui problema complexo, estrutural e multidimensional, cuja prevenção demanda atuação articulada entre Estado, instituições de saúde, gestores e trabalhadores. A promoção de ambientes laborais psicologicamente seguros, pautados pela valorização do trabalho humano, pela gestão participativa e pelo respeito aos direitos fundamentais, revela-se condição indispensável para assegurar a qualidade da assistência, fortalecer a sustentabilidade dos

sistemas de saúde e concretizar os compromissos constitucionais assumidos pelo Estado Democrático de Direito. Nessa perspectiva, a proteção da saúde mental dos profissionais da saúde deixa de representar mera política de gestão de pessoas para afirmar-se como imperativo jurídico, ético e social, indispensável à efetivação do direito fundamental à saúde e à construção de instituições comprometidas com a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

- AHOLA, Kirsi; HAKANEN, Jari J. Job strain, burnout and depressive symptoms: a prospective study among dentists. **Journal of Affective Disorders**, v. 104, n. 1–3, p. 103–110, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)**. 5. ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2022.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Joy in Medicine™ Health System Recognition Program**. Chicago: American Medical Association, 2023.
- ARENDS, Iris; VAN DER KLINK, Jac J. L.; BÜLTMANN, Ute. Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v. 36, n. 5, p. 358–367, 2010.
- ARONSSON, Gunnar; THEORELL, Töres; GUSTAFSSON, Klas. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors and an outline of a model for research. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 42, n. 5, p. 502–509, 2000.
- BAKKER, Arnold B.; DEMEROUTI, Evangelia. The Job Demands–Resources model: state of the art. **Journal of Managerial Psychology**, v. 22, n. 3, p. 309–328, 2007.
- BARSKY, Adam. Understanding the ethical cost of organizational stress. **Journal of Business Ethics**, v. 95, n. 3, p. 419–434, 2010.
- BAKKER, Arnold B.; COSTA, Patrícia L. Chronic job burnout and daily functioning: a theoretical analysis. **Burnout Research**, v. 1, n. 3, p. 112–119, 2014.
- BAKKER, Arnold B.; LEITER, Michael P. (org.). **Work Engagement: A Handbook of Essential Theory and Research**. New York: Psychology Press, 2010.
- BANDURA, Albert. **Self-Efficacy: The Exercise of Control**. New York: W. H. Freeman, 1997.
- BAUER, Gerhard F.; HÄMMIG, Oliver (org.). **Bridging Occupational, Organizational and Public Health**. Dordrecht: Springer, 2014.
- BONDE, Jens Peter. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 65, n. 7, p. 438–445, 2008.

BROOKS, Samantha K.; WEBSTER, Rebecca K.; SMITH, Louise E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental relacionada ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BUSCH, Ines M.; MORETTI, Francesca; MAZZI, Michela; WU, Andrew W.; RIMONDINI, Michela. What we have learned from two decades of epidemics and pandemics: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 131, 109837, 2020.

CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de burnout em professores: prevalência e fatores associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 403–410, 2011.

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Workplace Health Model**. Atlanta: CDC, 2023.

CIMIOTTI, Jeannie P.; AIKEN, Linda H.; SLOANE, Douglas M.; WU, Evan S. Nurse staffing, burnout and health care-associated infection. **American Journal of Infection Control**, v. 40, n. 6, p. 486–490, 2012.

COHEN, Sheldon; KAMARCK, Tom; MERMELSTEIN, Robin. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, n. 4, p. 385–396, 1983.

COOPER, Cary L.; DEWE, Philip J.; O'DRISCOLL, Michael P. **Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2001.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DEMEROUTI, Evangelia; BAKKER, Arnold B.; NACHREINER, Friedhelm; SCHAUFELI, Wilmar B. The Job Demands–Resources model of burnout. **Journal of Applied Psychology**, v. 86, n. 3, p. 499–512, 2001.

DEMEROUTI, Evangelia. Job burnout: current knowledge and future directions. **International Review of Industrial and Organizational Psychology**, v. 30, p. 1–52, 2015.

DOLLARD, Maureen F.; BAKKER, Arnold B. Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems and employee engagement. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 83, n. 3, p. 579–599, 2010.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. **Psychosocial Risks and Stress at Work**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022.

EUROFOUND. **Working Conditions in the Time of COVID-19**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022.

FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de COVID-19**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burnout. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159–165, 1974.

GIL-MONTE, Pedro R. **El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)**. Madrid: Pirámide, 2005.

GREENBERG, Neil; DOCHERTY, Michelle; GNANAPRAKASAM, Simon; WESSELY, Simon. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic. **The BMJ**, v. 368, m1211, 2020.

HAKANEN, Jari J.; SCHAUFELI, Wilmar B.; AHOLA, Kirsi. The Job Demands–Resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment and work engagement. **Work & Stress**, v. 22, n. 3, p. 224–241, 2008.

HOBFOLL, Stevan E.; HALBESLEBEN, Jon; NEVEU, Jean-Pierre; WESTMAN, Mina. Conservation of resources in the organizational context. **Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior**, v. 5, p. 103–128, 2018.

HOBFOLL, Stevan E. Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. **American Psychologist**, v. 44, n. 3, p. 513–524, 1989.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **World Employment and Social Outlook**. Geneva: ILO, 2023.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 45003:2021 – Occupational Health and Safety Management – Psychological Health and Safety at Work – Guidelines for Managing Psychosocial Risks**. Geneva: ISO, 2021.

KARASEK, Robert A. Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285–308, 1979.

LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEITER, Michael P.; MASLACH, Christina. **The Truth About Burnout**. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

LEITER, Michael P.; MASLACH, Christina. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. In: PERREWÉ, Pamela L.; GANSTER, Daniel C. (org.). **Research in Occupational Stress and Well Being**. Oxford: Elsevier, 2004. v. 3. p. 91–134.

LEITER, Michael P. Burnout as a developmental process: consideration of models. In: SCHAUFELI, Wilmar B.; MASLACH, Christina; MAREK, Tadeusz (org.). **Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research**. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993.

MASLACH, Christina; SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397–422, 2001.

MASLACH, Christina. Burnout: the cost of caring. **Prentice-Hall Series in Health Care**, Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E.; LEITER, Michael P. **Maslach Burnout Inventory Manual**. 4. ed. Menlo Park: Mind Garden, 2018.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 103–111, 2016.

MCKINSEY HEALTH INSTITUTE. **Addressing Employee Burnout: Are You Solving the Right Problem?** New York: McKinsey & Company, 2022.

MONTGOMERY, Anthony. The inevitability of physician burnout: implications for interventions. **Burnout Research**, v. 11, p. 50–56, 2018.

MOLLA, Gustavo Negreiros *et al.* Saúde mental como direito fundamental: a catastrofização cognitiva sob a perspectiva da dignidade humana, da vulnerabilidade psíquica e das políticas de proteção integral. **Veredas do Direito**, [S. l.], v. 10, p. e237102, 2026.

NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE. **Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being**. Washington, DC: National Academies Press, 2019.

NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH. **Worker Well-Being Questionnaire (WellBQ)**. Cincinnati: NIOSH, 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Mental Wellbeing at Work**. London: NICE, 2022.

OLIVEIRA, Jádía Elane *et al.* Burnout e saúde mental de profissionais da saúde: determinantes organizacionais, repercussões assistenciais e desafios à proteção do trabalhador. **Revista Ilustração**, [S. l.], v. 7, n. 8, p. 535–566, 2026.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Guidelines on Mental Health at Work**. Geneva: International Labour Organization, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**. Geneva: World Health Organization, 2022.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Safety and Health at the Heart of the Future of Work**. Geneva: International Labour Organization, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Burnout an occupational phenomenon**: International Classification of Diseases (ICD-11). Geneva: World Health Organization, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**. Geneva: World Health Organization, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A saúde mental dos profissionais de saúde**. Washington, DC: OPAS, 2022.

PANAGIOTI, Maria; GERAGHTY, Keith; JOHNSON, James et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 178, n. 10, p. 1317–1331, 2018.

RIDOLFI, Luiz Fernando *et al.* Burnout and mental health among healthcare professionals: organizational determinants and the protection of fundamental rights. **Artefactum - revista de estudos interdisciplinares**, [S. l.], v. 25, n. 6, 2026.

ROTENSTEIN, Lisa S.; TORRE, Matthew; RAMOS, Marco A. et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. **JAMA**, v. 320, n. 11, p. 1131–1150, 2018.

SCHAUFELI, Wilmar B.; LEITER, Michael P.; MASLACH, Christina. Burnout: 35 years of research and practice. **Career Development International**, v. 14, n. 3, p. 204–220, 2009.

SCHAUFELI, Wilmar B.; ENZMANN, Dirk. **The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis**. London: Taylor & Francis, 1998.

SCHAUFELI, Wilmar B. Burnout in Europe: relations with national economy, governance and culture. **Research Unit Occupational & Organizational Psychology**, Utrecht University, 2018.

SHANAFELT, Tait D.; NOSEWORTHY, John H. Executive leadership and physician well-being. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 1, p. 129–146, 2017.

WEST, Colin P.; DUYRER, Liselotte N.; SHANAFELT, Tait D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. **Journal of Internal Medicine**, v. 283, n. 6, p. 516–529, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Burn-out an occupational phenomenon**: International Classification of Diseases (ICD-11). Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial Disorders**: Staff Burnout. Geneva: WHO, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting Mental Health**: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva: WHO, 2005.

REALIZAÇÃO:

Aurum
EDITORA

CNPJ: 589029480001-12
contato@aurumeditora.com
(41) 98792-9544
Curitiba - Paraná
www.aurumeditora.com