

BURNOUT E SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: DETERMINANTES ORGANIZACIONAIS, REPERCUSSÕES ASSISTENCIAIS E DESAFIOS À PROTEÇÃO DO TRABALHADOR

Jádia Elane Oliveira

Doutoranda em Ciências da Saúde, São Luís University (SLU)

Ederson de Paula Nero

Especialização em Saúde do Idoso e Gerontologia, Centro Universitário Única (UNIUNICA)

Karina Lage Vianna Terceiro

Mestra em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Arcanja Dalva Caldeira Santana

Especialização em Saúde Pública, Universidade Tricordiana de Três Corações (UNINCOR)

Vanessa Juliana Rodrigues Pereira

Gestão de Segurança Contra Incêndio e Pânico, Faculdade Famart (FAMART)

Nilza Suarez da Motta

Tecnóloga em Gestão Hospitalar, Universidade Norte do Paraná (UNOPAR)

Marcia Silva de Oliveira

Graduação em Serviço Social

Vânia Gomes de Meira Freitas Gomes

Mestra em Gestão de Cuidados em Saúde, Must University (MUST)

Gilberto Marcio de Castro

Especialização em Saúde do Idoso e Gerontologia, Faculdade Conexão (UNIUNICA)

Rafael Martins de Souza

Mestre em Gestão de Cuidados em Saúde, Must University (MUST)

DOI: <https://doi.org/10.46550/ilustracao.v7i8.766>

Aceito em: 13.08.2026

Resumo: O burnout e o adoecimento mental entre profissionais da saúde constituem desafios relevantes para a saúde do trabalhador, com repercussões que ultrapassam a dimensão individual e alcançam a qualidade da assistência, a segurança do paciente e a proteção do trabalhador. Este estudo teve como objetivo analisar criticamente as evidências científicas acerca do burnout e da saúde mental de profissionais da saúde, com ênfase nos determinantes organizacionais, nas repercussões assistenciais e nos desafios relacionados à proteção da saúde do trabalhador. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, conduzida conforme

as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020). As buscas foram realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS/BVS e Portal de Periódicos CAPES, mediante descritores controlados DeCS/MeSH e operadores booleanos. Foram considerados estudos publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, sendo selecionados 23 estudos para composição do corpus analítico. Os resultados evidenciaram elevada ocorrência de burnout, especialmente entre médicos, enfermeiros e residentes, associada principalmente à sobrecarga laboral, jornadas prolongadas, insuficiência de recursos, precarização das relações de trabalho, violência ocupacional e baixo suporte organizacional. A exaustão emocional destacou-se como manifestação recorrente, relacionada a ansiedade, depressão, absenteísmo, intenção de abandono profissional, comprometimento da segurança do paciente e redução da qualidade da assistência. Conclui-se que o burnout constitui fenômeno multifatorial fortemente relacionado às condições de organização do trabalho, demandando estratégias institucionais e políticas públicas que ultrapassem intervenções centradas exclusivamente na responsabilização individual e fortaleçam a promoção da saúde mental, a valorização profissional e a proteção do trabalhador.

Palavras-chave: Burnout; Saúde mental; Profissionais da saúde; Organização do trabalho; Saúde do trabalhador.

*BURNOUT AND MENTAL HEALTH AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS:
ORGANIZATIONAL DETERMINANTS, IMPACTS ON PATIENT CARE, AND
CHALLENGES TO WORKER PROTECTION*

Abstract: Burnout and mental health issues among healthcare professionals pose significant challenges to workers' health, with repercussions that extend beyond the individual level to affect the quality of care, patient safety, and worker protection. The objective of this study was to critically analyze the scientific evidence regarding burnout and mental health among healthcare professionals, with an emphasis on organizational determinants, implications for patient care, and challenges related to the protection of workers' health. 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). Searches were conducted in the PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS/BVS, and CAPES Journal Portal databases using DeCS/MeSH controlled descriptors and Boolean operators. Studies published between 2021 and 2026 in Portuguese, English, and Spanish were considered, and 23 studies were selected to comprise the analytical corpus. The results revealed a high prevalence of burnout, especially among physicians, nurses, and residents, associated primarily with work overload, long working hours, insufficient resources, precarious working conditions, occupational violence, and low organizational support. Emotional exhaustion stood out as a recurring manifestation, linked to anxiety, depression, absenteeism, intention to leave the profession, compromised patient safety, and reduced quality of care. It is concluded that burnout is a multifactorial phenomenon strongly related to work organization conditions, requiring institutional strategies and public policies that go beyond interventions focused exclusively on individual accountability and instead strengthen mental

health promotion, professional recognition, and worker protection.

Keywords: Burnout; Mental health; Healthcare professionals; Work organization; Occupational health.

*EL AGOTAMIENTO Y LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS:
FACTORES DETERMINANTES ORGANIZATIVOS, REPERCUSIONES EN LA
ATENCIÓN SANITARIA Y RETOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS TRABAJADORES*

Resumen: El agotamiento y los trastornos mentales entre los profesionales sanitarios constituyen retos importantes para la salud laboral, con repercusiones que van más allá de la dimensión individual y afectan a la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la protección del trabajador. El objetivo de este estudio fue analizar críticamente la evidencia científica sobre el agotamiento y la salud mental de los profesionales sanitarios, haciendo hincapié en los factores determinantes organizativos, las repercusiones en la atención sanitaria y los retos relacionados con la protección de la salud de los trabajadores. Se trata de una revisión integradora de la literatura, realizada de acuerdo con las recomendaciones de las Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020). Las búsquedas se realizaron en las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS/BVS y el Portal de Revistas de CAPES, mediante descriptores controlados DeCS/MeSH y operadores booleanos. Se tuvieron en cuenta los estudios publicados entre 2021 y 2026, en portugués, inglés y español, y se seleccionaron 23 estudios para componer el corpus analítico. Los resultados pusieron de manifiesto una elevada incidencia del agotamiento, especialmente entre médicos, enfermeros y residentes, asociada principalmente a la sobrecarga laboral, las jornadas prolongadas, la insuficiencia de recursos, la precariedad de las relaciones laborales, la violencia laboral y el escaso apoyo organizativo. El agotamiento emocional se destacó como una manifestación recurrente, relacionada con la ansiedad, la depresión, el absentismo, la intención de abandonar la profesión, el menoscabo de la seguridad del paciente y la disminución de la calidad de la atención. Se concluye que el agotamiento profesional constituye un fenómeno multifactorial estrechamente relacionado con las condiciones de organización del trabajo, lo que exige estrategias institucionales y políticas públicas que vayan más allá de las intervenciones centradas exclusivamente en la responsabilidad individual y que refuercen la promoción de la salud mental, la valorización profesional y la protección del trabajador.

Palabras clave: Agotamiento profesional; Salud mental; Profesionales sanitarios; Organización del trabajo; Salud laboral.

1 Introdução

O *burnout* e o adoecimento mental entre profissionais da saúde constituem desafios contemporâneos para a saúde do trabalhador e para a organização dos serviços de saúde. A crescente complexidade da assistência, associada à intensificação das demandas

profissionais, à sobrecarga laboral e às exigências relacionadas à qualidade e à segurança do cuidado, tem ampliado a necessidade de compreender os fatores que interferem na saúde mental daqueles que atuam diretamente na prestação de serviços de saúde.

Nesse contexto, o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho não pode ser compreendido exclusivamente como resultado de características individuais, uma vez que se encontra igualmente relacionado às condições concretas de organização, gestão e desenvolvimento das atividades laborais.

A literatura científica evidencia que o *burnout* apresenta natureza multifatorial e resulta da interação entre fatores individuais, ocupacionais, psicossociais e organizacionais. Sobrecarga de trabalho, jornadas prolongadas, insuficiência de recursos humanos e materiais, precarização das relações laborais, baixa participação nos processos decisórios, reduzido reconhecimento profissional e fragilidades na gestão institucional constituem elementos recorrentes na produção científica acerca do adoecimento mental no trabalho em saúde. Essa compreensão desloca a análise de uma perspectiva centrada na vulnerabilidade individual para uma abordagem que considera as condições institucionais e a própria organização do trabalho como dimensões relevantes para a produção e a prevenção do sofrimento ocupacional.

A relevância desse fenômeno ultrapassa, portanto, os limites da saúde individual dos trabalhadores. O adoecimento mental pode repercutir sobre o desempenho profissional, a continuidade do cuidado, o absenteísmo, a intenção de abandono da profissão e a qualidade dos serviços prestados.

Entre as consequências identificadas na literatura, destaca-se ainda o comprometimento da segurança do paciente, considerando que níveis elevados de exaustão emocional podem afetar a concentração, a atenção, a memória operacional e a tomada de decisões no contexto assistencial. Desse modo, a saúde mental dos profissionais configura-se como dimensão diretamente relacionada à qualidade e à segurança da assistência em saúde.

Essa problemática também apresenta implicações para a gestão dos serviços de saúde e para a proteção dos direitos fundamentais. A compreensão do *burnout* como fenômeno associado às condições de trabalho evidencia que estratégias preventivas fundamentadas exclusivamente no fortalecimento da resiliência ou na responsabilização individual dos trabalhadores apresentam limitações quando não são acompanhadas por medidas institucionais voltadas à melhoria das condições laborais, ao fortalecimento da gestão participativa, à promoção da saúde mental e à valorização do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, a proteção da saúde mental dos profissionais relaciona-se à dignidade da pessoa humana, ao direito à saúde e ao direito ao trabalho em condições dignas e seguras.

Embora a produção científica sobre *burnout* e adoecimento mental em profissionais da saúde seja expressiva e crescente, permanecem limitações relacionadas à integração das evidências acerca da magnitude do fenômeno, de seus determinantes ocupacionais e organizacionais, de suas repercussões sobre a assistência e das estratégias de prevenção.

A heterogeneidade metodológica dos estudos e a dispersão das evidências produzidas em diferentes contextos nacionais e internacionais dificultam a construção de uma compreensão integrada do problema e a formulação de recomendações consistentes para a gestão dos serviços de saúde e para as políticas públicas de proteção à saúde do trabalhador. Nesse sentido, torna-se pertinente a realização de sínteses críticas capazes de articular os diferentes eixos da problemática e identificar convergências, divergências e lacunas no conhecimento produzido.

É nesse espaço que se insere a presente investigação. Diferentemente de abordagens que analisam isoladamente a prevalência do *burnout*, seus fatores associados ou suas consequências, este estudo procura integrar quatro dimensões fundamentais: os determinantes organizacionais do adoecimento, as manifestações relacionadas à saúde mental, as repercussões assistenciais e os desafios à proteção do trabalhador.

Essa perspectiva permite compreender o *burnout* não apenas como agravo individual, mas como fenômeno que envolve relações entre organização do trabalho, condições institucionais, saúde mental, qualidade da assistência e responsabilidades de proteção. A integração dessas dimensões constitui a principal contribuição analítica proposta pelo estudo.

Diante desse contexto, formula-se o seguinte problema de pesquisa: quais são as evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional acerca do *burnout* e da saúde mental de profissionais da saúde, especialmente no que se refere aos determinantes organizacionais, às repercussões assistenciais e aos desafios relacionados à proteção do trabalhador?

Para responder a esse questionamento, o estudo tem como objetivo geral analisar criticamente as evidências científicas sobre o *burnout* e a saúde mental de profissionais da saúde, com ênfase nos determinantes organizacionais, nas repercussões assistenciais e nos desafios relacionados à proteção do trabalhador.

Especificamente, busca-se identificar as manifestações e a ocorrência do *burnout* e de outros agravos relacionados à saúde mental; analisar os principais fatores individuais, ocupacionais, psicossociais e organizacionais associados ao adoecimento; examinar suas repercussões para a qualidade da assistência, a segurança do paciente e o desempenho profissional; sistematizar estratégias preventivas e interventivas descritas na literatura; e identificar lacunas que possam orientar novas pesquisas e subsidiar políticas públicas destinadas à promoção da saúde mental e à proteção dos trabalhadores da saúde.

A relevância do estudo reside, portanto, na possibilidade de produzir uma síntese integrada do conhecimento científico sobre uma problemática que envolve simultaneamente saúde do trabalhador, organização dos serviços, qualidade da assistência, segurança do paciente e proteção de direitos.

Ao deslocar a análise de uma perspectiva predominantemente individual para uma compreensão que incorpora as condições organizacionais e institucionais do trabalho, a investigação busca contribuir para o fortalecimento de estratégias de prevenção mais abrangentes e para o desenvolvimento de ambientes laborais compatíveis com a promoção da saúde mental e a valorização dos profissionais da saúde.

2 Fundamentação teórica

2.1 *Burnout*: construção conceitual e compreensão contemporânea do fenômeno

A compreensão do *burnout* passou por importante transformação conceitual ao longo das últimas décadas. As formulações iniciais de Freudenberger (1974) contribuíram para a identificação do esgotamento relacionado ao trabalho, especialmente em contextos profissionais caracterizados por elevada exigência emocional.

Posteriormente, Maslach e Jackson (1981) sistematizaram o fenômeno a partir de três dimensões centrais: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional, estabelecendo uma referência fundamental para a investigação do *burnout* em diferentes categorias ocupacionais. Essa trajetória teórica permitiu superar interpretações exclusivamente descritivas e compreender o fenômeno como resultado de uma relação complexa entre trabalhador e contexto laboral.

Na perspectiva contemporânea, o *burnout* é compreendido como fenômeno especificamente relacionado ao contexto ocupacional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) o inclui na Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11), como fenômeno ocupacional resultante de estresse crônico no trabalho que não foi adequadamente administrado. A definição contempla três dimensões: exaustão ou esgotamento energético; aumento do distanciamento mental em relação ao trabalho, acompanhado de sentimentos de negativismo ou cinismo; e redução da eficácia profissional. A OMS ressalta, entretanto, que o *burnout* não é classificado como uma condição médica em si, mas como fenômeno associado ao contexto laboral.

Essa delimitação é teoricamente relevante porque impede que *burnout* seja utilizado indistintamente como sinônimo de qualquer manifestação de sofrimento psicológico. Embora

possa coexistir com ansiedade, depressão e outras formas de adoecimento mental, o *burnout* apresenta especificidade por estar diretamente relacionado às experiências e condições do trabalho. Tal distinção contribui para uma análise mais rigorosa do fenômeno e evita interpretações que reduzam problemas organizacionais a características individuais dos trabalhadores.

Maslach e Leiter (2016) aprofundam essa perspectiva ao compreenderem o *burnout* como resultado de incompatibilidades persistentes entre o indivíduo e o ambiente de trabalho. Nessa abordagem, o adoecimento não decorre simplesmente de uma suposta fragilidade pessoal, mas de desequilíbrios que podem ocorrer em diferentes dimensões da experiência profissional. O modelo das áreas da vida profissional destaca seis domínios fundamentais: carga de trabalho, controle, recompensa, comunidade, justiça e valores. Quanto maior o descompasso entre o trabalhador e essas dimensões do ambiente ocupacional, maior tende a ser a vulnerabilidade ao *burnout*.

Schaufeli (2021), por sua vez, contribui para uma compreensão processual do fenômeno, enfatizando a deterioração progressiva da relação entre trabalhador e trabalho. Nessa perspectiva, o *burnout* deve ser interpretado como fenômeno dinâmico, no qual as demandas laborais, os recursos disponíveis e as condições organizacionais interagem continuamente. Essa abordagem converge com a literatura que vem deslocando o foco de explicações estritamente individuais para modelos que incorporam a estrutura e a organização do trabalho.

Assim, para os fins desta investigação, o *burnout* é compreendido como fenômeno ocupacional multifatorial, produzido pela interação entre demandas de trabalho, recursos institucionais, relações profissionais, condições organizacionais e características individuais. Essa perspectiva constitui a base conceitual para analisar os determinantes organizacionais e as repercussões assistenciais examinadas na revisão.

2.2 Organização do trabalho e modelos explicativos do adoecimento ocupacional

A compreensão dos determinantes do *burnout* exige considerar que o trabalho em saúde se desenvolve em ambientes caracterizados por elevada complexidade técnica, responsabilidade profissional, exigências emocionais e necessidade permanente de tomada de decisões. Nessas condições, a relação entre demandas e recursos disponíveis torna-se elemento central para compreender a saúde mental dos trabalhadores.

O Modelo Demanda–Controle, desenvolvido por Karasek (1979), constitui importante referência para essa análise ao relacionar as exigências ocupacionais à autonomia do trabalhador. Em contextos caracterizados por elevadas demandas e baixo controle sobre a atividade profissional,

amplia-se a possibilidade de ocorrência de estresse ocupacional e de consequências negativas para a saúde. O modelo contribui, portanto, para evidenciar que o volume de trabalho não deve ser analisado isoladamente, mas em relação à capacidade que o trabalhador possui de participar das decisões, organizar suas atividades e exercer autonomia.

Complementarmente, o Modelo do Desequilíbrio Esforço–Recompensa, associado a Siegrist (1996), chama atenção para a relação entre o esforço despendido pelo trabalhador e as recompensas obtidas. O reconhecimento financeiro, institucional e social, assim como a segurança e as possibilidades de desenvolvimento profissional, constituem dimensões relevantes da experiência laboral. Quando existe discrepância persistente entre esforço e reconhecimento, aumenta-se a possibilidade de sofrimento e desgaste ocupacional.

Outra contribuição particularmente relevante para este estudo é o Modelo Demanda–Recursos do Trabalho (*Job Demands-Resources – JD-R*), desenvolvido por Bakker e Demerouti (2017). O modelo parte do pressuposto de que os ambientes profissionais apresentam diferentes demandas e recursos. As demandas correspondem aos aspectos físicos, psicológicos, sociais ou organizacionais que exigem esforço sustentado; os recursos, por sua vez, contribuem para o alcance dos objetivos, reduzem os custos associados às demandas e favorecem o desenvolvimento profissional.

No trabalho em saúde, essa relação assume particular importância. Sobrecarga, pressão temporal, jornadas extensas, trabalho em turnos, escassez de profissionais e exposição a situações emocionalmente complexas podem constituir demandas significativas. Em contrapartida, autonomia, apoio social, liderança qualificada, reconhecimento, recursos materiais e humanos adequados e participação nos processos decisórios constituem recursos capazes de reduzir os efeitos negativos dessas demandas.

A OMS reconhece justamente a pressão temporal, a falta de controle, as jornadas prolongadas, o trabalho em turnos e a insuficiência de suporte como importantes fatores de risco psicossocial para estresse, burnout e fadiga entre trabalhadores da saúde.

Desse modo, os modelos teóricos convergem para uma premissa fundamental deste estudo: o *burnout* não pode ser adequadamente explicado sem considerar a relação entre exigências ocupacionais e recursos disponíveis. A análise dos determinantes organizacionais constitui, portanto, elemento indispensável para compreender o adoecimento mental dos profissionais da saúde.

2.3 Determinantes organizacionais e psicossociais da saúde mental dos profissionais da saúde

A saúde mental relacionada ao trabalho resulta da interação entre fatores individuais, organizacionais, institucionais e sociais. Por essa razão, a análise do *burnout* exige superar perspectivas que atribuam ao trabalhador a responsabilidade exclusiva pela administração das pressões profissionais. A organização do trabalho, as práticas gerenciais, a cultura institucional e as relações socioprofissionais constituem dimensões fundamentais do processo saúde-doença ocupacional.

A perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, especialmente em Dejours (2015), contribui para ampliar essa compreensão ao considerar o trabalho como espaço de construção da identidade, reconhecimento e realização humana. Entretanto, quando as condições organizacionais impõem ritmos excessivos, ausência de autonomia, fragmentação das atividades, controle permanente e precarização das relações profissionais, o trabalho pode tornar-se fonte de sofrimento psíquico. Para o autor, o sofrimento não decorre apenas da quantidade de trabalho, mas também da impossibilidade de o trabalhador mobilizar sua inteligência prática, exercer autonomia, atribuir sentido à atividade e obter reconhecimento.

A literatura contemporânea converge com essa perspectiva ao identificar diferentes fatores organizacionais associados ao *burnout* (Ridolfi *et al.*, 2026). Entre eles, destacam-se sobrecarga laboral, insuficiência de recursos humanos e materiais, jornadas prolongadas, baixo controle sobre o trabalho, precarização das relações laborais, ausência de reconhecimento, fragilidades na liderança, comunicação inadequada e reduzido suporte institucional.

Estudos recentes de síntese também identificam *bullying* no trabalho, estresse ocupacional e comunicação deficiente como fatores associados ao burnout entre profissionais da saúde, enquanto ambientes de apoio, dimensionamento adequado e recursos organizacionais aparecem como fatores protetivos (Ridolfi *et al.*, 2026)..

Nesse contexto, o modelo das seis áreas da vida profissional de Maslach e Leiter (2016) oferece importante instrumento interpretativo. Carga de trabalho excessiva compromete a capacidade de recuperação; baixo controle reduz autonomia e participação; recompensas insuficientes fragilizam o reconhecimento; relações comunitárias deterioradas favorecem conflitos e isolamento; injustiças organizacionais produzem sentimentos de desrespeito e desvalorização; e conflitos de valores comprometem a identificação do trabalhador com a finalidade do trabalho.

Os fatores psicossociais também desempenham papel relevante. Conflitos interpessoais, violência ocupacional, assédio moral, insegurança psicológica, sofrimento moral, baixa cooperação e ausência de apoio social podem potencializar os efeitos das demandas

organizacionais. Entretanto, características individuais, como experiência profissional, estratégias de enfrentamento e resiliência, devem ser compreendidas como elementos que podem modular a intensidade do fenômeno, e não como explicação suficiente para sua ocorrência.

Essa distinção é particularmente importante para o presente estudo. Se o *burnout* é interpretado exclusivamente como incapacidade individual de lidar com o estresse, as respostas institucionais tendem a concentrar-se em intervenções direcionadas ao trabalhador. Se, ao contrário, é compreendido como fenômeno relacionado à organização do trabalho, a prevenção passa a exigir transformações nas condições que produzem e sustentam o sofrimento.

2.4 *Burnout*, qualidade da assistência e segurança do paciente

As repercussões do *burnout* ultrapassam a saúde individual dos trabalhadores e alcançam a qualidade dos serviços de saúde. A relação entre bem-estar profissional e qualidade assistencial constitui uma das dimensões mais relevantes para compreender o burnout como problema organizacional e de saúde pública.

A literatura científica apresenta evidências consistentes de associação entre *burnout* e piora de indicadores relacionados à qualidade e à segurança da assistência. Meta-análise envolvendo 82 estudos e mais de 210 mil profissionais de saúde identificou relações negativas entre burnout e qualidade e segurança dos cuidados.

Evidências mais recentes reforçam essa relação (Ridolfi *et al.*, 2026). Uma revisão sistemática e metanálise envolvendo 85 estudos, 288.581 enfermeiros e 32 países identificou associação entre *burnout* e menor cultura de segurança, menor avaliação de segurança, maior frequência de determinados eventos relacionados à segurança do paciente, menor satisfação dos pacientes e pior avaliação da qualidade do cuidado.

Entre médicos, também foram identificadas associações entre *burnout* e maior ocorrência de incidentes de segurança, pior qualidade do cuidado relacionada ao profissionalismo e menor satisfação dos pacientes. Esses resultados sustentam a compreensão de que a saúde mental dos profissionais não constitui dimensão periférica da assistência, mas componente relacionado ao funcionamento e à segurança dos sistemas de saúde.

No âmbito do artigo analisado, essa relação é especialmente relevante porque o *burnout* é compreendido como fenômeno cujos efeitos alcançam a continuidade do cuidado, a qualidade assistencial, a segurança do paciente, o desempenho institucional e a sustentabilidade dos serviços.

A associação, contudo, deve ser interpretada com rigor metodológico. A existência de relação entre *burnout* e qualidade ou segurança assistencial não autoriza, por si só, afirmar causalidade direta em todos os contextos. A heterogeneidade dos desenhos, instrumentos e

indicadores utilizados nos estudos impõe cautela interpretativa. A própria literatura destaca a necessidade de estudos prospectivos para aprofundar a compreensão dos mecanismos envolvidos.

Essa ressalva é essencial para um artigo de revisão integrativa, pois preserva a distinção entre associação, plausibilidade teórica e causalidade. O referencial teórico, portanto, sustenta a hipótese de que o *burnout* e a qualidade assistencial estão relacionados, sem transformar essa relação em causalidade universal.

2.5 Burnout, proteção do trabalhador e dimensão jurídico-social

A discussão sobre *burnout* entre profissionais da saúde também pode ser analisada a partir da perspectiva da proteção da saúde do trabalhador e dos direitos fundamentais. O adoecimento relacionado às condições de trabalho não representa apenas uma questão clínica ou administrativa; envolve igualmente responsabilidades institucionais e estatais relacionadas à proteção da saúde e à garantia de condições laborais dignas.

O referencial desenvolvido no artigo compreende que os efeitos do *burnout* alcançam dimensões como o direito fundamental à saúde, o direito ao trabalho digno, a dignidade da pessoa humana, a proteção da saúde do trabalhador e a efetividade das políticas públicas.

Essa abordagem encontra respaldo na perspectiva internacional de saúde ocupacional. A OMS reconhece que ambientes de trabalho caracterizados por excesso de demandas, baixo controle, insegurança e condições inadequadas constituem riscos para a saúde mental. A organização também recomenda intervenções organizacionais que atuem diretamente sobre as condições e ambientes de trabalho, em vez de restringir a resposta ao indivíduo.

No caso dos profissionais da saúde, a dimensão coletiva dessa proteção torna-se ainda mais evidente. A OMS destaca que condições inseguras de trabalho, insuficiência de pessoal, baixos níveis de suporte e ambientes excessivamente estressantes estão associados ao sofrimento mental dos trabalhadores da saúde. Em consulta técnica de 2024, a organização ressaltou que sintomas de ansiedade, depressão e *burnout* permaneceram relevantes entre trabalhadores da saúde após o período mais crítico da pandemia.

A proteção jurídica e institucional do trabalhador, nessa perspectiva, não deve ser reduzida à reparação posterior do dano. Ela pressupõe prevenção dos riscos psicossociais, promoção de ambientes de trabalho seguros, participação dos trabalhadores, condições laborais adequadas, reconhecimento profissional e mecanismos institucionais de cuidado.

Assim, a dimensão jurídico-social amplia o alcance da discussão: proteger a saúde mental dos profissionais da saúde significa também proteger a qualidade do cuidado oferecido à população. Equipes submetidas a condições laborais inadequadas podem enfrentar maior

sofrimento, absenteísmo e rotatividade, comprometendo a capacidade institucional de assegurar assistência contínua e segura. Por essa razão, o *burnout* assume natureza simultaneamente sanitária, organizacional, social e jurídico-institucional.

2.6 Estratégias institucionais de prevenção e promoção da saúde mental

A compreensão do *burnout* como fenômeno multidimensional produz consequências diretas para a formulação das estratégias de prevenção. Se os determinantes do adoecimento estão distribuídos entre diferentes níveis estrutural, organizacional, psicossocial e individual, respostas exclusivamente individuais mostram-se insuficientes para enfrentar a complexidade do problema.

O referencial adotado neste estudo sustenta que intervenções baseadas exclusivamente em resiliência, técnicas individuais de manejo do estresse ou estratégias de autocuidado podem oferecer benefícios pontuais, mas apresentam limitações quando não são acompanhadas de modificações nas condições de trabalho.

A literatura internacional converge com essa perspectiva. A OMS recomenda intervenções organizacionais direcionadas à redução das cargas de trabalho, reorganização de horários, melhoria da comunicação e fortalecimento do trabalho em equipe, além de medidas de acomodação e suporte aos trabalhadores que apresentam problemas de saúde mental.

No âmbito organizacional, destacam-se medidas como dimensionamento adequado das equipes, reorganização das jornadas, distribuição equilibrada das cargas assistenciais, ampliação da autonomia, liderança participativa, comunicação transparente, reconhecimento profissional e apoio institucional. O artigo analisado identifica esses elementos como componentes importantes de uma abordagem preventiva integrada.

A prevenção deve, portanto, ser incorporada à governança das organizações de saúde, deixando de ser uma ação episódica e reativa. A promoção da saúde mental precisa integrar planejamento institucional, gestão de pessoas, avaliação de riscos psicossociais e políticas permanentes de valorização dos trabalhadores. Tal perspectiva aproxima a saúde ocupacional da gestão da qualidade e da segurança do paciente.

A evidência também favorece intervenções organizacionais. Revisões e metanálises sobre estratégias destinadas a reduzir *burnout* entre médicos indicam a relevância de intervenções dirigidas à própria organização do trabalho, além das intervenções individuais.

Nesse sentido, o artigo propõe uma abordagem multinível, organizada em quatro dimensões: estrutural, organizacional, psicossocial e individual.

No nível estrutural, destacam-se políticas públicas, financiamento e valorização do trabalho em saúde; no organizacional, condições adequadas de trabalho, dimensionamento, liderança participativa, justiça organizacional e segurança psicológica; no psicossocial, prevenção da violência, fortalecimento das equipes, apoio institucional e espaços de escuta; e, no individual, promoção da saúde mental, educação permanente e suporte psicológico.

Essa abordagem não significa desconsiderar a responsabilidade individual. Ao contrário, reconhece que estratégias de enfrentamento, autocuidado e desenvolvimento de competências podem atuar como recursos importantes. O ponto central é que tais estratégias não devem substituir a responsabilidade institucional pela organização saudável do trabalho.

2.7 Síntese crítica do referencial teórico

A análise integrada das perspectivas apresentadas permite compreender o *burnout* como um fenômeno multidimensional, ocupacional e sistêmico, cuja manifestação decorre da interação entre demandas laborais, recursos organizacionais, condições psicossociais, características individuais e fatores institucionais.

A contribuição de Maslach e Jackson (1981) permite compreender as dimensões clássicas do *burnout*; Maslach e Leiter (2016) ampliam a análise para as incompatibilidades entre trabalhador e ambiente de trabalho; Karasek (1979) evidencia a relação entre demanda e controle; Siegrist (1996) enfatiza o equilíbrio entre esforço e recompensa; Bakker e Demerouti (2017) articulam demandas e recursos; e Dejours (2015) contribui para compreender o papel da organização do trabalho, do reconhecimento, da autonomia e das relações socioprofissionais na produção do sofrimento. O manuscrito original já apresenta essa articulação como fundamento de seu modelo conceitual.

A síntese teórica permite, portanto, estabelecer a seguinte cadeia interpretativa: condições estruturais e institucionais → organização do trabalho → demandas e recursos ocupacionais → fatores psicossociais → desequilíbrio entre demandas e recursos → *burnout* e adoecimento mental → repercussões sobre trabalhadores, assistência e segurança do paciente → necessidade de respostas institucionais e políticas públicas.

Esse encadeamento é particularmente importante porque impede que o referencial teórico trate o *burnout* como fenômeno isolado. A literatura e o próprio corpus da pesquisa indicam que sobrecarga laboral, insuficiência de recursos, precarização, violência ocupacional, apoio institucional insuficiente e fragilidades da gestão aparecem articulados na produção do adoecimento.

Consequentemente, a prevenção precisa ocorrer em múltiplos níveis. O modelo teórico adotado pelo artigo articula determinantes estruturais, organizacionais, psicossociais e individuais e os relaciona ao desequilíbrio entre demandas e recursos, ao desenvolvimento do *burnout* e às repercussões assistenciais e jurídicas. Essa síntese fornece a base conceitual para interpretar os resultados da revisão integrativa sem reduzir o fenômeno a uma explicação individualizante. Ao mesmo tempo, permite estabelecer uma conexão direta entre saúde mental do trabalhador, organização dos serviços, qualidade assistencial, segurança do paciente e proteção de direitos, eixo que constitui a principal contribuição teórica do artigo.

3 Metodologia

A presente investigação caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, natureza exploratória e descritivo-analítica, desenvolvida com o propósito de sistematizar e analisar criticamente as evidências científicas acerca do *burnout* e da saúde mental de profissionais da saúde, com ênfase nos determinantes organizacionais, nas repercussões assistenciais e nos desafios relacionados à proteção do trabalhador.

A escolha desse delineamento justifica-se pela possibilidade de integrar conhecimentos provenientes de diferentes perspectivas e desenhos metodológicos, permitindo uma compreensão abrangente de fenômenos complexos que articulam dimensões individuais, ocupacionais, organizacionais, assistenciais e jurídico-sociais.

A revisão integrativa foi conduzida com base nas etapas metodológicas propostas por Whitemore e Knafl (2005), Mendes, Silveira e Galvão (2008) e Souza, Silva e Carvalho (2010), complementadas pelas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA 2020). Embora o PRISMA tenha sido originalmente desenvolvido para aprimorar a transparência de revisões sistemáticas, suas recomendações foram utilizadas neste estudo como referência para a descrição do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão das evidências, sem descaracterizar o delineamento de revisão integrativa adotado. Essa opção metodológica permite conferir maior transparência, rastreabilidade e reprodutibilidade ao percurso de seleção dos estudos.

3.1 Questão norteadora e delimitação da investigação

A questão norteadora foi elaborada a partir do problema de pesquisa apresentado na introdução e orientou as etapas subsequentes de busca, seleção e análise do material científico. Formulou-se a seguinte questão: quais são as evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional acerca do *burnout* e da saúde mental de profissionais da saúde,

especialmente no que se refere aos determinantes organizacionais, às repercussões assistenciais e aos desafios relacionados à proteção do trabalhador?

A questão foi operacionalizada a partir de quatro eixos analíticos articulados: a) ocorrência e manifestações do *burnout* e do adoecimento mental; b) determinantes individuais, ocupacionais, organizacionais e psicossociais; c) repercussões para a qualidade da assistência, segurança do paciente e desempenho profissional; e d) estratégias institucionais de prevenção e promoção da saúde mental. Essa estrutura mantém correspondência direta com o objetivo geral e com os objetivos específicos estabelecidos na investigação.

O recorte temporal compreendeu estudos publicados entre 2021 e 2026, período selecionado em razão da intensificação das investigações sobre saúde mental e *burnout* entre profissionais da saúde no período posterior à pandemia da Covid-19 e da consolidação do reconhecimento do *burnout* como fenômeno ocupacional na CID-11. O recorte possibilita privilegiar evidências contemporâneas relacionadas às transformações recentes nas condições de trabalho e na organização dos serviços de saúde. A opção por esse intervalo é coerente com o período informado no resumo e na caracterização do corpus analítico.

3.2 Fontes de informação e estratégia de busca

A busca bibliográfica foi realizada nas bases *PubMed/MEDLINE*, *SciELO*, *LILACS/BVS* e Portal de Periódicos CAPES, selecionadas em razão de sua relevância para a recuperação de estudos relacionados à saúde, saúde coletiva, saúde do trabalhador, saúde mental e organização dos serviços de saúde. O material analisado informa essas quatro bases como fontes efetivamente utilizadas e as mantém de forma consistente no resumo e nos resultados.

Foram empregados descritores controlados provenientes dos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), articulados a palavras-chave livres relacionadas ao objeto da investigação. Entre os principais termos utilizados, encontram-se *burnout*, *occupational burnout*, *mental health*, *health personnel*, *healthcare workers*, *patient safety*, *occupational health*, *psychosocial risks*, *workplace mental health*, *health systems* e *quality of care*, bem como seus correspondentes em português e espanhol. As estratégias foram combinadas mediante operadores booleanos e submetidas a testes e ajustes destinados a ampliar a recuperação de estudos pertinentes ao problema investigado.

A utilização de vocabulários controlados em associação com termos livres teve como finalidade equilibrar sensibilidade e especificidade da busca, contemplando tanto a terminologia padronizada das bases quanto as diferentes formas de descrição empregadas na literatura científica. A estratégia foi orientada pelos eixos conceituais do estudo, articulando termos

referentes ao fenômeno do *burnout*, à saúde mental, à população de profissionais da saúde, aos riscos psicossociais e às repercussões assistenciais.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram estabelecidos previamente critérios de elegibilidade destinados a garantir a pertinência temática e a qualidade do corpus. Foram considerados elegíveis estudos publicados entre 2021 e 2026, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponibilizados integralmente e que abordassem *burnout*, sofrimento psíquico ou adoecimento mental entre profissionais da saúde, contemplando, quando pertinentes ao problema de pesquisa, determinantes organizacionais e psicossociais, repercussões sobre a assistência ou estratégias de prevenção.

Foram considerados estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos, além de revisões sistemáticas e metanálises pertinentes à questão investigada.

O protocolo originalmente elaborado também registra a consideração de documentos técnicos produzidos por organismos internacionais de reconhecida autoridade científica, como a Organização Mundial da Saúde, a Organização Internacional do Trabalho e a *National Academy of Medicine*.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos publicados em anais de eventos, dissertações, teses, capítulos de livros, estudos duplicados, publicações sem acesso ao texto completo e trabalhos sem aderência direta aos objetivos da investigação. A exclusão de documentos sem pertinência temática teve como finalidade preservar a correspondência entre o corpus selecionado, a questão norteadora e os objetivos do estudo.

3.4 Processo de identificação, triagem e seleção dos estudos

O processo de seleção foi desenvolvido em etapas sucessivas. Inicialmente, foram identificados os registros recuperados nas bases de dados selecionadas. Em seguida, procedeu-se à identificação e eliminação de duplicidades e à triagem inicial mediante leitura dos títulos e resumos. Os estudos potencialmente pertinentes foram encaminhados para leitura integral, etapa em que se verificou a aplicação definitiva dos critérios de elegibilidade.

O percurso de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão foi organizado segundo as recomendações do PRISMA 2020 e representado por meio de fluxograma, de modo a explicitar o processo de seleção e permitir o acompanhamento do percurso metodológico. O corpus final da revisão foi constituído por 23 estudos, conforme registrado no resumo e posteriormente confirmado na seção de resultados.

A seleção procurou preservar a aderência entre o corpus e os eixos investigativos estabelecidos, evitando que a quantidade de estudos prevalecesse sobre sua pertinência científica. Dessa forma, a inclusão final foi condicionada à capacidade do estudo de contribuir para pelo menos uma das dimensões analíticas centrais: determinantes organizacionais e psicossociais, manifestações do adoecimento, repercussões assistenciais ou estratégias de prevenção e proteção da saúde do trabalhador.

3.5 Avaliação da qualidade metodológica

Considerando a heterogeneidade dos desenhos metodológicos presentes no corpus, a qualidade dos estudos incluídos foi avaliada por meio do *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), versão 2018, instrumento destinado à apreciação crítica de estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos. A utilização do MMAT foi prevista no protocolo justamente em razão da diversidade metodológica encontrada nas pesquisas relacionadas ao *burnout* e à saúde mental dos profissionais da saúde.

A avaliação metodológica foi considerada etapa distinta da seleção temática. Assim, a pertinência de um estudo para responder à questão norteadora não foi confundida com sua qualidade metodológica. Essa distinção permite qualificar a interpretação dos achados e reconhecer que diferentes delineamentos possuem potencialidades e limitações próprias.

A análise crítica também considerou as características do delineamento, população investigada, instrumentos empregados para avaliação do *burnout* ou de outros agravos de saúde mental, principais variáveis ou categorias analisadas e consistência das conclusões apresentadas pelos autores. Tal procedimento contribui para reduzir interpretações descontextualizadas e permite considerar a heterogeneidade metodológica na síntese das evidências.

3.6 Extração, organização e análise dos dados

Após a seleção definitiva, os estudos foram organizados em uma matriz de análise destinada à sistematização das informações relevantes para a investigação. Foram consideradas, conforme a pertinência de cada estudo, informações referentes a autoria, ano de publicação, país ou contexto de realização, categoria profissional investigada, delineamento metodológico, população, instrumentos utilizados, principais achados, determinantes associados ao *burnout*, repercussões assistenciais e estratégias preventivas.

A análise foi conduzida de forma qualitativa, descritiva e interpretativa, mediante identificação de convergências, divergências e lacunas entre os estudos. Em razão da heterogeneidade dos delineamentos, instrumentos e populações investigadas, não foi realizada

agregação estatística dos resultados. A síntese procurou preservar as especificidades dos estudos e, simultaneamente, identificar padrões recorrentes capazes de responder à questão norteadora.

Os achados foram posteriormente agrupados em categorias analíticas derivadas da articulação entre o problema de pesquisa e o referencial teórico: 1) magnitude e manifestações do burnout e do adoecimento mental; 2) determinantes organizacionais, ocupacionais e psicossociais; 3) repercussões sobre qualidade da assistência, segurança do paciente e desempenho profissional; e 4) estratégias institucionais de prevenção e promoção da saúde mental.

Essa categorização possibilitou estabelecer uma conexão direta entre o referencial teórico e os resultados da revisão, evitando que a discussão se limitasse à descrição individualizada dos estudos. A literatura selecionada foi interpretada à luz dos modelos de Maslach e Leiter, Dejours, Karasek, Siegrist e Bakker e Demerouti, bem como da perspectiva de proteção da saúde do trabalhador desenvolvida no referencial teórico. O próprio protocolo do artigo estabelece um modelo analítico composto por dimensões interdependentes de determinantes, processos de adoecimento, repercussões sistêmicas e mecanismos institucionais de proteção.

3.7 Modelo conceitual de análise

Como estratégia de integração entre referencial teórico, metodologia e interpretação dos resultados, a investigação adotou um Modelo Conceitual Integrado de Proteção da Saúde Mental dos Profissionais da Saúde. O modelo foi elaborado a partir da síntese crítica dos referenciais utilizados no estudo e organizado em quatro dimensões interdependentes: determinantes estruturais e organizacionais; processos de adoecimento; repercussões sistêmicas; e mecanismos institucionais de proteção.

No plano analítico, os determinantes estruturais e organizacionais compreendem condições de financiamento, políticas públicas, governança, liderança, carga de trabalho, disponibilidade de recursos e justiça organizacional. Esses elementos interagem com fatores psicossociais e individuais e podem produzir desequilíbrio persistente entre demandas e recursos, processo relacionado ao desenvolvimento do burnout. As repercussões são analisadas em relação à saúde dos trabalhadores, à qualidade assistencial, à segurança do paciente, ao absenteísmo, à rotatividade e à sustentabilidade dos serviços.

O modelo não foi empregado como instrumento de mensuração, mas como estrutura analítica para organização e interpretação das evidências. Sua finalidade foi possibilitar a articulação entre os resultados empíricos encontrados na literatura e as dimensões teóricas discutidas no estudo, especialmente a relação entre organização do trabalho, adoecimento mental, qualidade da assistência e proteção do trabalhador.

3.8 Aspectos éticos e limitações metodológicas

Por utilizar exclusivamente fontes documentais e científicas de domínio público, sem coleta direta de informações junto a seres humanos, a pesquisa não envolveu participantes ou dados pessoais identificáveis. O manuscrito registra, nesse sentido, a dispensa de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, fundamentada na Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde. Foram observados, contudo, princípios de integridade científica, transparência metodológica, honestidade acadêmica e rigor técnico.

Entre as limitações metodológicas, destaca-se a heterogeneidade dos estudos incluídos, especialmente quanto aos delineamentos, instrumentos de avaliação, populações profissionais, contextos institucionais e critérios empregados para identificação e classificação do *burnout*. Essa heterogeneidade pode contribuir para a variação das estimativas encontradas na literatura e exige cautela na comparação direta dos resultados.

Outra limitação refere-se ao recorte temporal e linguístico estabelecido, que restringe a abrangência da literatura potencialmente recuperável. Além disso, por se tratar de revisão integrativa, os resultados dependem da qualidade e das características metodológicas dos estudos primários incluídos, não permitindo estabelecer, isoladamente, relações causais definitivas entre condições organizacionais e *burnout*.

Essas limitações não invalidam a síntese produzida, mas delimitam o alcance das conclusões. O estudo, portanto, privilegia uma interpretação crítica e integrada das evidências, sem extrapolar os resultados para afirmações universais ou causalidades que não possam ser sustentadas pelo conjunto dos estudos analisados.

4 Resultados e discussões

A análise dos 23 estudos que compuseram o corpus evidenciou que o *burnout* entre profissionais da saúde constitui um fenômeno multidimensional, cuja ocorrência não pode ser dissociada das condições concretas de organização do trabalho. A síntese dos estudos foi estruturada em quatro categorias analíticas previamente definidas: magnitude e manifestações do *burnout* e do adoecimento mental; determinantes organizacionais, ocupacionais e psicossociais; repercussões sobre a qualidade da assistência, a segurança do paciente e o desempenho profissional; e estratégias institucionais de prevenção e promoção da saúde mental.

Essa organização permitiu ultrapassar uma leitura meramente descritiva dos estudos e estabelecer relações entre os achados empíricos e os modelos teóricos adotados na investigação.

A literatura analisada converge, de maneira geral, para a compreensão de que o *burnout* não constitui exclusivamente uma resposta individual ao estresse, mas resulta da interação entre demandas ocupacionais, recursos institucionais, relações socioprofissionais e condições de organização do trabalho.

A interpretação é coerente com o modelo conceitual adotado no estudo, segundo o qual condições estruturais e institucionais influenciam a organização do trabalho, esta produz diferentes configurações de demandas e recursos e, quando se estabelece um desequilíbrio persistente, aumentam as possibilidades de adoecimento, com repercussões que alcançam trabalhadores, serviços e usuários.

4.1 Magnitude e manifestações do *burnout* e do adoecimento mental

Os resultados sintetizados no corpus apontam elevada ocorrência de *burnout* entre profissionais da saúde, com destaque para médicos, enfermeiros e residentes. Embora a heterogeneidade dos instrumentos, populações e critérios diagnósticos impeça a apresentação de uma estimativa única de prevalência, existe convergência quanto à relevância do fenômeno e à recorrência da exaustão emocional entre os grupos profissionais investigados. O manuscrito identifica ainda associação do *burnout* com manifestações de ansiedade e depressão, absenteísmo, intenção de abandono profissional e comprometimento do desempenho ocupacional.

A predominância da exaustão emocional é particularmente significativa porque evidencia o caráter cumulativo do desgaste produzido por ambientes profissionais submetidos a elevadas exigências. Na perspectiva clássica de Maslach e Jackson, a exaustão constitui uma das dimensões centrais do *burnout*, acompanhada pelo distanciamento ou despersonalização e pela redução da realização profissional. Entretanto, os resultados da revisão sugerem que a análise contemporânea do fenômeno exige ampliar essa concepção para além de seus componentes individuais, considerando as condições que sustentam o desgaste ao longo do tempo.

Nesse aspecto, os achados aproximam-se da formulação de Maslach e Leiter, para quem o *burnout* emerge de incompatibilidades persistentes entre o trabalhador e o ambiente laboral. O modelo das seis áreas da vida profissional, carga de trabalho, controle, recompensa, comunidade, justiça e valores, permite interpretar os resultados de maneira mais abrangente, uma vez que os problemas identificados no corpus não se restringem ao volume de tarefas, mas envolvem autonomia, reconhecimento, relações profissionais, justiça organizacional e identificação com o trabalho.

Essa interpretação também encontra correspondência com Schaufeli, cuja abordagem enfatiza o caráter processual do *burnout* e a deterioração progressiva da relação entre indivíduo

e trabalho. Assim, a ocorrência de exaustão emocional não deve ser interpretada apenas como manifestação final de um problema psicológico, mas como possível expressão de um processo de desgaste associado à persistência de demandas elevadas e à insuficiência de recursos laborais.

Os resultados também permitem estabelecer uma distinção importante entre *burnout* e outros agravos de saúde mental. Embora ansiedade e depressão apareçam associadas ao fenômeno, o *burnout* permanece conceitualmente vinculado ao contexto ocupacional. Essa distinção é relevante porque evita a medicalização ou individualização de problemas cuja gênese pode estar relacionada à organização institucional do trabalho. O próprio referencial do artigo destaca que o *burnout* é compreendido como fenômeno ocupacional e não como sinônimo de qualquer forma de sofrimento psicológico.

A análise permite, portanto, sustentar que a magnitude do *burnout* entre profissionais da saúde não deve ser avaliada exclusivamente mediante indicadores individuais de sofrimento. Sua relevância científica e institucional decorre também da capacidade de produzir efeitos sobre o funcionamento das equipes, a permanência dos profissionais nos serviços e a qualidade do cuidado. Nesse sentido, o fenômeno deve ser compreendido como indicador potencial da qualidade das condições psicossociais e organizacionais do trabalho.

4.2 Determinantes organizacionais, ocupacionais e psicossociais

Entre os resultados mais consistentes da revisão destaca-se a associação entre *burnout* e condições inadequadas de organização do trabalho. Sobrecarga laboral, jornadas prolongadas, trabalho em turnos, pressão temporal, insuficiência de recursos humanos e materiais, baixo controle sobre as atividades, precarização das relações laborais, fragilidades na liderança, comunicação inadequada e baixo suporte institucional aparecem como elementos recorrentes na literatura analisada.

Esse conjunto de achados é particularmente relevante porque desloca o centro explicativo do *burnout* da esfera individual para a relação entre demandas e recursos ocupacionais. Na perspectiva do modelo *Job Demands-Resources*, as demandas correspondem aos aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais que exigem esforço continuado, enquanto os recursos contribuem para o alcance dos objetivos profissionais, reduzem os custos associados às demandas e favorecem o desenvolvimento no trabalho. O corpus analisado confirma a pertinência dessa interpretação ao revelar que a sobrecarga se torna especialmente problemática quando acompanhada por insuficiência de pessoal, baixa autonomia, escasso reconhecimento e reduzido apoio institucional.

O Modelo Demanda–Controle de Karasek acrescenta outra dimensão explicativa. A existência de demandas elevadas não necessariamente produz o mesmo efeito em todos os contextos; o impacto tende a ser agravado quando os profissionais possuem reduzida capacidade de controle sobre sua atividade. Os resultados da revisão, ao evidenciarem baixa participação nos processos decisórios, fragilidades de autonomia e problemas de gestão, reforçam a importância dessa relação entre exigência e controle.

De maneira complementar, o Modelo do Desequilíbrio Esforço–Recompensa, de Siegrist, contribui para explicar por que determinadas condições de trabalho podem produzir sofrimento mesmo quando os profissionais apresentam elevado comprometimento com suas atividades. Quando esforço, responsabilidade e exigências permanecem elevados sem correspondente reconhecimento, segurança, recompensa ou possibilidade de desenvolvimento, instala-se uma condição de desequilíbrio que pode potencializar o desgaste ocupacional.

A contribuição da Psicodinâmica do Trabalho amplia ainda mais essa interpretação. Os resultados identificados no corpus envolvendo ausência de reconhecimento, conflitos interpessoais, violência ocupacional, assédio moral, baixa cooperação e insegurança psicológica indicam que o sofrimento não decorre simplesmente da quantidade de trabalho. Ele também está relacionado à maneira como o trabalho é organizado, às possibilidades de autonomia, à construção de sentido e às relações de reconhecimento. O manuscrito destaca, nesse sentido, que a organização do trabalho pode transformar-se em fonte de sofrimento quando impõe ritmos excessivos, fragmentação das atividades, controle permanente e precarização das relações profissionais.

Os achados também permitem estabelecer uma distinção entre fatores de risco e fatores de proteção. Sobrecarga, escassez de pessoal, violência ocupacional, comunicação deficiente e baixo suporte institucional aparecem como elementos potencialmente associados ao adoecimento; em sentido contrário, autonomia, apoio social, liderança qualificada, reconhecimento, recursos adequados, dimensionamento das equipes e participação nas decisões aparecem como recursos protetivos.

Essa oposição é teoricamente relevante porque demonstra que a prevenção do *burnout* não depende apenas da redução das demandas. É necessário ampliar e qualificar os recursos disponíveis aos trabalhadores. Uma organização pode apresentar elevada complexidade assistencial sem necessariamente produzir níveis equivalentes de sofrimento quando dispõe de mecanismos de suporte, autonomia, reconhecimento, comunicação e participação. O problema, portanto, não reside simplesmente na existência de demandas, mas no desequilíbrio persistente entre aquilo que o trabalho exige e aquilo que a organização oferece para que essas exigências sejam enfrentadas.

Nesse ponto reside uma das principais contribuições interpretativas da revisão: os fatores organizacionais não aparecem isoladamente, mas em configuração sistêmica. Sobrecarga, insuficiência de recursos, precarização, violência ocupacional e fragilidades da gestão tendem a reforçar-se mutuamente, produzindo um ambiente no qual os mecanismos individuais de enfrentamento tornam-se progressivamente insuficientes. O próprio modelo conceitual do estudo organiza essa relação entre determinantes estruturais e organizacionais, fatores psicossociais, desequilíbrio entre demandas e recursos e desenvolvimento do *burnout*.

4.3 Repercussões do *burnout* sobre a qualidade da assistência e a segurança do paciente

A terceira categoria revelou que os efeitos do *burnout* ultrapassam a dimensão individual e alcançam o funcionamento dos serviços de saúde. Os estudos analisados relacionam o fenômeno a prejuízos no desempenho profissional, absenteísmo, intenção de abandono da profissão, continuidade do cuidado, qualidade assistencial e segurança do paciente.

A relação entre *burnout* e qualidade assistencial é particularmente importante para a compreensão do fenômeno como problema organizacional. Evidências sintetizadas no próprio artigo apontam associação entre burnout e piora de indicadores de qualidade e segurança. Uma metanálise anteriormente discutida no manuscrito reuniu 82 estudos e mais de 210 mil profissionais de saúde, identificando relações negativas entre burnout e qualidade e segurança dos cuidados. Evidências mais recentes, envolvendo 85 estudos, 288.581 enfermeiros e 32 países, também apontaram associação com menor cultura de segurança, pior avaliação da segurança, determinados eventos relacionados à segurança do paciente, menor satisfação dos pacientes e pior avaliação da qualidade do cuidado.

Entre médicos, o manuscrito também registra associações com maior ocorrência de incidentes de segurança, problemas relacionados ao profissionalismo e menor satisfação dos pacientes. Esses resultados reforçam uma questão central: a saúde mental dos trabalhadores não constitui uma dimensão periférica da qualidade assistencial, mas integra as condições necessárias para o funcionamento seguro dos sistemas de saúde.

Entretanto, a interpretação desses resultados exige cautela. A associação entre *burnout* e indicadores assistenciais não permite estabelecer, em todos os contextos, uma relação causal direta. A heterogeneidade dos delineamentos, instrumentos de avaliação e indicadores utilizados pelos estudos impede conclusões universais. O próprio manuscrito reconhece essa limitação e ressalta a necessidade de estudos prospectivos capazes de aprofundar os mecanismos que conectam burnout, organização do trabalho e resultados assistenciais.

Em vez de afirmar que o *burnout* necessariamente provoca eventos adversos, é metodologicamente mais consistente sustentar que existe evidência convergente de associação entre níveis elevados de *burnout* e indicadores desfavoráveis de qualidade e segurança. A plausibilidade do mecanismo é reforçada pela própria natureza da exaustão emocional: trabalhadores submetidos a elevado desgaste podem apresentar redução da atenção, concentração, memória operacional e capacidade decisória, aspectos relevantes para atividades assistenciais complexas.

A repercussão sistêmica também ocorre por mecanismos indiretos. Absenteísmo, rotatividade e intenção de abandono profissional podem reduzir a estabilidade das equipes e aumentar a pressão sobre os trabalhadores que permanecem nos serviços. Produz-se, assim, um possível ciclo de retroalimentação: condições inadequadas favorecem *burnout*; o *burnout* contribui para afastamentos e intenção de saída; a redução ou instabilidade das equipes aumenta as demandas dos profissionais remanescentes; e o aumento das demandas pode aprofundar o risco de adoecimento.

Esse mecanismo é particularmente relevante para a sustentabilidade dos serviços de saúde. O *burnout*, portanto, não deve ser compreendido somente como um problema de saúde ocupacional, mas como fenômeno capaz de afetar simultaneamente a força de trabalho, a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a capacidade institucional de manter serviços contínuos.

4.4 Estratégias institucionais de prevenção e promoção da saúde mental

A quarta categoria revelou uma convergência importante: intervenções exclusivamente individuais são insuficientes para enfrentar determinantes predominantemente organizacionais. Estratégias como autocuidado, treinamento de resiliência, técnicas de manejo do estresse e suporte psicológico podem desempenhar papel relevante, especialmente na proteção individual, mas não substituem mudanças nas condições concretas de trabalho.

Essa constatação representa uma consequência direta dos resultados anteriores. Se os principais fatores associados ao *burnout* incluem sobrecarga, jornadas prolongadas, insuficiência de pessoal, baixo controle, violência ocupacional, comunicação inadequada e baixo suporte institucional, uma estratégia preventiva coerente precisa atuar justamente sobre essas dimensões.

No nível organizacional, destacam-se o dimensionamento adequado das equipes, reorganização das jornadas, distribuição equilibrada das cargas assistenciais, ampliação da autonomia, fortalecimento da liderança participativa, comunicação transparente, reconhecimento profissional, justiça organizacional e criação de mecanismos de apoio. Essas medidas não devem

ser implementadas como ações isoladas, mas integradas ao planejamento e à governança dos serviços de saúde.

Os resultados também sustentam a necessidade de uma abordagem multinível. O modelo proposto pelo estudo organiza as respostas em quatro dimensões: estrutural, organizacional, psicossocial e individual. No plano estrutural, situam-se políticas públicas, financiamento e valorização do trabalho em saúde; no organizacional, condições de trabalho, dimensionamento, liderança, justiça organizacional e segurança psicológica; no psicossocial, prevenção da violência, fortalecimento das equipes, apoio institucional e espaços de escuta; e, no individual, promoção da saúde mental, educação permanente e suporte psicológico.

Essa abordagem permite superar uma falsa dicotomia entre responsabilidade individual e responsabilidade institucional. O trabalhador continua sendo sujeito ativo no cuidado de sua própria saúde, mas sua capacidade de enfrentamento está condicionada aos recursos disponibilizados pela organização. Autocuidado e resiliência podem funcionar como recursos complementares; contudo, tornam-se respostas insuficientes quando mobilizados para compensar estruturalmente jornadas excessivas, equipes subdimensionadas, violência, precarização e ausência de reconhecimento.

Uma implicação importante para a gestão é que a saúde mental deve ser incorporada aos mecanismos permanentes de governança organizacional. Isso significa integrar avaliação de riscos psicossociais, gestão de pessoas, planejamento das jornadas, indicadores de absenteísmo e rotatividade, mecanismos de escuta dos trabalhadores e indicadores de segurança do paciente. Nessa perspectiva, a prevenção do burnout deixa de ser uma ação reativa, acionada somente depois do adoecimento, e passa a constituir componente da gestão da qualidade e da segurança assistencial.

4.5 Burnout, proteção do trabalhador e responsabilidade institucional

Os resultados permitem ainda ampliar a discussão para a dimensão jurídico-social da saúde do trabalhador. Quando o *burnout* está relacionado a condições organizacionais persistentes e previsíveis, a proteção da saúde mental não pode ser reduzida ao tratamento posterior do trabalhador adoecido. A prevenção dos riscos psicossociais passa a integrar uma responsabilidade institucional mais ampla relacionada à criação de ambientes laborais seguros, dignos e sustentáveis.

Essa interpretação desloca a discussão do plano exclusivamente clínico para o campo da governança institucional. A proteção do trabalhador envolve condições adequadas de trabalho, participação nos processos decisórios, reconhecimento, segurança psicológica e mecanismos

permanentes de cuidado. Consequentemente, a proteção da saúde mental dos profissionais possui relação direta com a proteção da qualidade do cuidado prestado à população.

A dimensão jurídico-social não significa transformar toda ocorrência de *burnout* em consequência jurídica automática das condições laborais. Tal conclusão ultrapassaria as evidências produzidas pela revisão. O resultado mais consistente é reconhecer que a prevenção de riscos psicossociais integra a responsabilidade institucional de promover ambientes de trabalho seguros e saudáveis, enquanto eventuais consequências jurídicas dependem da demonstração dos elementos específicos de cada situação.

Nesse sentido, a principal contribuição dessa dimensão está em articular três níveis que frequentemente aparecem separados na literatura: proteção do trabalhador, qualidade assistencial e responsabilidade organizacional. O adoecimento do profissional pode afetar o serviço e o usuário; simultaneamente, as condições institucionais que favorecem o adoecimento podem comprometer o próprio dever de proteção da saúde do trabalhador. O *burnout* passa, assim, a ser compreendido como fenômeno simultaneamente sanitário, organizacional, social e jurídico-institucional.

4.6 Síntese integradora: do determinante organizacional à repercussão sistêmica

A integração dos resultados permite propor uma interpretação sistêmica do *burnout* entre profissionais da saúde. A evidência sintetizada sugere uma cadeia analítica na qual condições estruturais e institucionais influenciam a organização do trabalho; a organização do trabalho determina a configuração das demandas e dos recursos; o desequilíbrio persistente entre demandas e recursos potencializa fatores psicossociais de risco; esses processos favorecem o *burnout* e outros agravos de saúde mental; e o adoecimento repercute sobre o trabalhador, a equipe, a assistência, a segurança do paciente e a sustentabilidade dos serviços.

Essa cadeia não deve ser interpretada como modelo causal linear e determinístico.

Trata-se de uma estrutura interpretativa destinada a organizar relações recorrentes identificadas na literatura. Os efeitos podem ser mediados por características individuais, estratégias de enfrentamento, experiências profissionais, recursos sociais e características específicas dos contextos institucionais. Além disso, a própria relação entre *burnout* e resultados assistenciais pode ser bidirecional: ambientes que prejudicam a saúde mental podem comprometer a assistência, enquanto contextos assistenciais caracterizados por elevada pressão e resultados adversos também podem intensificar o sofrimento profissional.

Essa perspectiva permite uma leitura comparativa dos principais modelos teóricos empregados no estudo. Maslach e Leiter explicam o fenômeno a partir das incompatibilidades entre trabalhador e ambiente; Karasek enfatiza a combinação entre demanda e controle; Siegrist evidencia o desequilíbrio entre esforço e recompensa; o modelo JD-R articula demandas e recursos; e Dejours acrescenta as dimensões de reconhecimento, autonomia, sentido e relações socioprofissionais. Em vez de serem modelos concorrentes, os resultados indicam que eles podem ser compreendidos como lentes complementares para diferentes níveis do mesmo fenômeno.

A principal contribuição do estudo emerge justamente dessa integração. O *burnout* não é reduzido à exaustão emocional, tampouco exclusivamente à sobrecarga ou à vulnerabilidade individual. Ele é interpretado como resultado de uma configuração relacional entre estrutura, organização do trabalho, demandas, recursos, relações psicossociais e características individuais, cujos efeitos ultrapassam o trabalhador e alcançam a assistência e a própria sustentabilidade institucional.

4.7 Implicações para a gestão dos serviços de saúde e para as políticas públicas

Os resultados apresentam implicações diretas para a gestão. Primeiramente, indicam que políticas institucionais de saúde mental precisam abandonar uma perspectiva predominantemente reativa e incorporar mecanismos permanentes de identificação e gestão dos riscos psicossociais. Em segundo lugar, demonstram que indicadores de saúde dos trabalhadores podem ser articulados aos indicadores de qualidade e segurança do paciente, uma vez que os diferentes componentes integram um mesmo sistema organizacional.

Do ponto de vista da gestão de pessoas, isso implica monitorar não apenas afastamentos e diagnósticos, mas também sobrecarga, horas trabalhadas, dimensionamento das equipes, rotatividade, percepção de apoio, autonomia, reconhecimento, violência ocupacional e segurança psicológica. A utilização desses indicadores pode permitir que a organização identifique condições de risco antes da consolidação de processos de adoecimento.

No âmbito das políticas públicas, os resultados reforçam a necessidade de medidas relacionadas ao financiamento, dimensionamento adequado das equipes, valorização profissional, regulação das condições de trabalho e incorporação dos riscos psicossociais às políticas de saúde do trabalhador. O artigo já estabelece que a prevenção precisa ocorrer em níveis estrutural, organizacional, psicossocial e individual, articulando políticas públicas, governança institucional e estratégias de cuidado.

Essa perspectiva também produz uma implicação ética: não é suficiente exigir dos profissionais maior capacidade de adaptação diante de ambientes de trabalho persistentemente inadequados. A promoção da resiliência individual pode ser importante, mas não deve funcionar como mecanismo de transferência da responsabilidade organizacional para o trabalhador.

4.8 Limitações e lacunas identificadas pela revisão

A interpretação dos resultados deve considerar as limitações do próprio corpus. Os estudos apresentam heterogeneidade quanto aos delineamentos, instrumentos utilizados, populações investigadas, contextos institucionais e critérios empregados para identificar burnout. Essa heterogeneidade limita comparações diretas entre estimativas e impede a realização de uma síntese estatística agregada.

O recorte temporal e linguístico também restringe a abrangência da literatura recuperável. Além disso, por se tratar de revisão integrativa, a força das conclusões depende das características metodológicas dos estudos incluídos. Consequentemente, os resultados permitem identificar padrões de associação e relações teoricamente plausíveis, mas não autorizam estabelecer causalidade definitiva entre determinadas condições organizacionais e *burnout*.

Essas limitações, contudo, não diminuem a relevância da síntese. Ao contrário, evidenciam lacunas importantes para pesquisas futuras. São necessários estudos longitudinais capazes de investigar temporalmente a relação entre mudanças organizacionais e evolução do burnout; pesquisas multicêntricas que utilizem instrumentos comparáveis; investigações que integrem indicadores de saúde dos trabalhadores e segurança do paciente; e avaliações de intervenções organizacionais com acompanhamento de médio e longo prazo.

Outra lacuna refere-se à necessidade de ampliar a investigação para além das categorias profissionais mais frequentemente estudadas. Embora médicos, enfermeiros e residentes apareçam com destaque, a complexidade dos sistemas de saúde exige maior atenção a outras categorias profissionais e às relações interprofissionais que estruturam o cuidado.

Em síntese, a revisão demonstra que o enfrentamento do *burnout* exige uma mudança de paradigma: da responsabilização predominantemente individual para uma perspectiva de responsabilidade compartilhada e governança da saúde mental, na qual trabalhadores, gestores e formuladores de políticas atuem sobre os determinantes estruturais, organizacionais e psicossociais do adoecimento. Essa conclusão é compatível com o modelo conceitual integrado proposto pelo estudo e preserva os limites metodológicos próprios de uma revisão integrativa.

5 Considerações finais

A presente revisão integrativa analisou as evidências científicas acerca do *burnout* e da saúde mental de profissionais da saúde, com ênfase nos determinantes organizacionais, nas repercussões sobre a assistência e nos desafios relacionados à proteção do trabalhador. A análise dos 23 estudos que compuseram o corpus evidencia que o *burnout* deve ser compreendido como um fenômeno ocupacional multifatorial, cuja expressão está relacionada à interação entre condições de trabalho, demandas profissionais, recursos institucionais e fatores psicossociais.

Os achados apontam convergência quanto à presença de sobrecarga laboral, jornadas prolongadas, insuficiência de recursos, precarização das relações de trabalho, violência ocupacional, fragilidades na liderança e reduzido suporte institucional como elementos associados ao sofrimento e ao desgaste dos profissionais.

A exaustão emocional aparece entre as manifestações mais recorrentes, acompanhada de repercussões sobre a saúde mental, o absenteísmo, a intenção de abandono profissional e a experiência laboral. Esses resultados reforçam a necessidade de compreender o *burnout* para além de características individuais, considerando as condições concretas nas quais o trabalho em saúde é realizado.

A síntese também evidencia que as repercussões do *burnout* ultrapassam a dimensão individual e podem alcançar a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a sustentabilidade dos serviços de saúde. Entretanto, em razão da heterogeneidade dos delineamentos, instrumentos e populações dos estudos analisados, tais relações devem ser interpretadas como associações identificadas na literatura, e não como demonstração universal de causalidade. Essa delimitação é fundamental para preservar o rigor interpretativo da revisão e evitar conclusões que ultrapassem a evidência disponível.

Nesse sentido, os resultados sustentam a compreensão de que a promoção da saúde mental dos profissionais da saúde constitui dimensão relevante da qualidade e da segurança dos serviços. As estratégias de enfrentamento não devem se restringir ao indivíduo, mas integrar ações institucionais relacionadas à organização do trabalho, dimensionamento de recursos, liderança, comunicação, reconhecimento profissional, prevenção da violência ocupacional e fortalecimento das redes de apoio. A prevenção, portanto, requer respostas articuladas entre gestão dos serviços, políticas de saúde do trabalhador e mecanismos institucionais de proteção.

Como contribuição analítica, o estudo propõe compreender o fenômeno a partir da articulação entre determinantes estruturais e organizacionais, processos de adoecimento, repercussões sistêmicas e mecanismos institucionais de proteção. Esse modelo não pretende constituir instrumento de mensuração ou estabelecer relações causais, mas oferecer uma estrutura

para interpretar a interação entre organização do trabalho, saúde mental, qualidade assistencial e proteção do trabalhador.

As limitações identificadas decorrem, principalmente, da heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, das diferenças entre instrumentos e critérios utilizados para caracterização do *burnout*, das distintas populações profissionais e dos contextos institucionais investigados. Somam-se a essas limitações o recorte temporal e linguístico adotado, que restringe o universo de evidências potencialmente recuperáveis. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados dentro dos limites próprios de uma revisão integrativa e não permitem generalizações irrestritas.

Diante dessas limitações, pesquisas futuras devem priorizar estudos longitudinais e multicêntricos, com maior comparabilidade entre instrumentos e procedimentos de avaliação, além de investigações capazes de acompanhar as relações entre condições organizacionais, *burnout*, saúde mental, absenteísmo, rotatividade, qualidade assistencial e segurança do paciente. Também se mostra necessária a ampliação de estudos de intervenção que avaliem, de forma sistemática, os efeitos de mudanças na organização do trabalho e de estratégias institucionais de promoção e proteção da saúde mental.

Conclui-se que o enfrentamento do burnout entre profissionais da saúde demanda uma abordagem organizacional, institucional e sistêmica, sem desconsiderar a dimensão individual do fenômeno. Mais do que ampliar ações de cuidado dirigidas exclusivamente ao trabalhador, é necessário produzir condições de trabalho capazes de reduzir riscos psicossociais, fortalecer recursos institucionais e favorecer ambientes laboralmente saudáveis. Nessa perspectiva, a proteção da saúde mental dos profissionais constitui não apenas uma questão de saúde do trabalhador, mas também um componente relevante para a qualidade, a segurança e a sustentabilidade da assistência em saúde.

Referências

BAKKER, Arnold B.; DEMEROUTI, Evangelia. Job demands-resources theory: taking stock and looking forward. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, DC, v. 22, n. 3, p. 273-285, 2017.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016.

DEJOURS, Christophe. **Le choix: souffrir au travail n'est pas une fatalité.** Paris: Bayard, 2015.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, v. 30, n. 1, p. 159-165, 1974.

HONG, Quan Nha *et al.* The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. **Education for Information**, v. 34, n. 4, p. 285-291, 2018.

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.

LI, Lambert Zixin *et al.* Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 11, e2443059, 2024.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, v. 2, n. 2, p. 99-113, 1981.

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.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

PAGE, Matthew J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, London, v. 372, n. 71, 2021.

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.

SALYERS, Michelle P. *et al.* The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis. **Journal of General Internal Medicine**, v. 32, n. 4, p. 475-482, 2017.

SCHAUFELI, Wilmar B. The burnout enigma solved? Scandinavian **Journal of Work, Environment & Health**, v. 47, n. 3, p. 169-170, 2021.

SIEGRIST, Johannes. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 1, n. 1, p. 27-41, 1996.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão

integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Burn-out an occupational phenomenon**. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all**. Geneva: World Health Organization, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Protecting health and care workers' mental health and well-being**: technical consultation meeting. Geneva: World Health Organization, 2024.