

SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: FATORES DE RISCO, ESGOTAMENTO PROFISSIONAL E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

MENTAL HEALTH OF HEALTHCARE PROFESSIONALS: RISK FACTORS, OCCUPATIONAL BURNOUT AND PREVENTION STRATEGIES

SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: FACTORES DE RIESGO, AGOTAMIENTO PROFESIONAL Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Ana Carla do Espirito Santo¹
Flávio Eduardo Fernandes Alves²
Washington Luiz Moreira Brum³
Diogo Vicente de Oliveira⁴
Rozenila da Silva Dolzane⁵
Márcia Silva Conceição⁶

RESUMO: Este artigo analisa a saúde mental dos profissionais da saúde, com ênfase nos fatores psicossociais de risco, no esgotamento profissional e nas estratégias de prevenção aplicáveis aos serviços de saúde. Realizou-se revisão narrativa com busca estruturada, atualizada até agosto de 2026, em PubMed/MEDLINE e SciELO, complementada por documentos da Organização Mundial da Saúde e de órgãos oficiais brasileiros. As evidências mostram que sobrecarga, jornadas prolongadas, trabalho em turnos, baixa autonomia, insuficiência de pessoal, violência, assédio, conflitos éticos e suporte organizacional deficiente se associam a pior saúde mental. O burnout deve ser compreendido como fenômeno ocupacional decorrente de estresse crônico de trabalho mal manejado, e não como sinônimo de depressão ou ansiedade, embora possa coexistir com esses quadros. Estudos recentes também relacionam o esgotamento à intenção de deixar o emprego, ao absenteísmo e a piores indicadores de segurança e qualidade assistencial. Conclui-se que a prevenção mais consistente combina mudanças organizacionais, gestão participativa dos riscos psicossociais, apoio de lideranças, acesso confidencial a cuidado em saúde mental e intervenções individuais como complemento, e não substituto, de condições de trabalho adequadas.

1

Palavras-chave: Saúde Mental. Esgotamento Profissional. Pessoal de Saúde.

¹Pós-graduação Lato Sensu em Enfermagem Clínica com Ênfase em Consulta de Enfermagem- Faculdade Focus- Dezembro de 2025

²Mestrando em Ciência e Tecnologia Ambiental pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

³Psicologia – UniverCidade, Pedagogia – Unesa.

⁴Graduação em Medicina, Centro Universitário de João Pessoa, Unipê.

⁵Mestra em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia – UFAM.

⁶Enfermeira/ mestra em ciência da saúde.

ABSTRACT: This article analyzes the mental health of healthcare professionals, emphasizing psychosocial risk factors, occupational burnout, and prevention strategies applicable to healthcare services. A narrative review with a structured search was conducted and updated through August 2026 in PubMed/MEDLINE and SciELO, complemented by documents from the World Health Organization and Brazilian official agencies. Evidence indicates that excessive workload, long working hours, shift work, low job control, understaffing, violence, harassment, ethical conflicts, and poor organizational support are associated with worse mental health. Burnout should be understood as an occupational phenomenon resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed, rather than as a synonym for depression or anxiety, although these conditions may coexist. Recent studies also associate burnout with intention to leave employment, absenteeism, and poorer patient safety and quality-of-care indicators. The review concludes that the most consistent prevention approach combines organizational changes, participatory management of psychosocial risks, supportive leadership, confidential access to mental health care, and individual-level interventions as complementary measures rather than substitutes for adequate working conditions.

Keywords: Mental Health. Burnout. Professional. Health Personnel.

RESUMEN: Este artículo analiza la salud mental de los profesionales de la salud, con énfasis en los factores de riesgo psicosocial, el agotamiento profesional y las estrategias de prevención aplicables a los servicios sanitarios. Se realizó una revisión narrativa con búsqueda estructurada, actualizada hasta agosto de 2026, en PubMed/MEDLINE y SciELO, complementada con documentos de la Organización Mundial de la Salud y de organismos oficiales brasileños. Las evidencias muestran que la sobrecarga, las jornadas prolongadas, el trabajo por turnos, la baja autonomía, la insuficiencia de personal, la violencia, el acoso, los conflictos éticos y el escaso apoyo organizacional se asocian con peor salud mental. El burnout debe entenderse como un fenómeno ocupacional derivado del estrés laboral crónico mal gestionado, y no como sinónimo de depresión o ansiedad, aunque puede coexistir con estos trastornos. Estudios recientes también relacionan el agotamiento con la intención de abandonar el empleo, el ausentismo y peores indicadores de seguridad y calidad asistencial. Se concluye que la prevención más consistente combina cambios organizacionales, gestión participativa de riesgos psicosociales, liderazgo de apoyo, acceso confidencial a atención en salud mental e intervenciones individuales complementarias.

Palabras clave: Salud Mental. Agotamiento Profesional. Personal de Salud.

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde reúne características que o tornam simultaneamente fonte de sentido e espaço de elevada exigência emocional. Cuidar de pessoas em situação de dor, risco, perda funcional, sofrimento psíquico ou ameaça à vida pressupõe responsabilidade técnica, tomada de decisão sob incerteza e contato contínuo com demandas humanas complexas. Quando essas exigências se combinam a equipes insuficientes, jornadas extensas, pressão de tempo, baixa autonomia, violência ocupacional e escassez de recursos, o trabalho pode deixar de ser apenas desafiador e passar a constituir um importante determinante de sofrimento

mental. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece pressão temporal, trabalho em turnos, longas jornadas, falta de apoio e conflitos morais como riscos psicossociais relevantes para estresse, fadiga e esgotamento entre trabalhadores da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b).

A dimensão do problema não se encerrou com a fase aguda da pandemia de COVID-19. Em 2024, a OMS chamou atenção para a persistência de níveis elevados de estresse, burnout e afastamentos na força de trabalho em saúde, associados a déficit de pessoal, remuneração inadequada e ambientes inseguros. Em 2025, o inquérito Mental Health of Nurses and Doctors, realizado em 29 países europeus, analisou 90.171 respostas válidas e mostrou que sintomas de depressão e ansiedade permaneciam frequentes, ao lado de exposição relevante a violência, jornadas prolongadas e trabalho noturno. Entre os resultados divulgados, cerca de um em cada três médicos e um em cada quatro enfermeiros apresentavam sintomas de depressão ou ansiedade, e aproximadamente um em cada dez relatou pensamentos passivos de morte ou autoagressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025). Embora esses números não possam ser automaticamente transpostos para o Brasil, eles demonstram que o sofrimento dos trabalhadores da saúde é um problema estrutural, e não um resíduo episódico da emergência sanitária.

No contexto latino-americano, a revisão sistemática de Vinueza-Solórzano AM, et al. (2023), que reuniu 52 estudos publicados entre 2015 e 2021, identificou como fatores recorrentes de risco para burnout os turnos de trabalho, exigências excessivas, insuficiência de períodos de descanso, mudanças de rotina e violência laboral. Os autores também encontraram elementos protetores associados a suporte social, engajamento e disponibilidade de recursos para o trabalho. No Brasil, Campos FM, et al. (2020), ao avaliarem 3.084 trabalhadores da saúde na Bahia, observaram prevalências de transtornos mentais comuns mais elevadas entre mulheres, especialmente mulheres negras, evidenciando que o adoecimento mental ocupacional também é atravessado por desigualdades de gênero e raça.

Um cuidado conceitual é indispensável. Burnout não deve ser empregado como rótulo genérico para qualquer sofrimento relacionado ao trabalho. Na Classificação Internacional de Doenças, 11^a revisão, a OMS o descreve como fenômeno ocupacional resultante de estresse crônico no trabalho que não foi administrado com êxito, caracterizado por exaustão, maior distanciamento mental ou cinismo em relação ao trabalho e redução da eficácia profissional. A própria classificação ressalta que não se trata de condição médica e que o conceito se refere

especificamente ao contexto ocupacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, insônia e uso problemático de substâncias são fenômenos distintos, embora possam coexistir e compartilhar fatores de risco.

Diante desse cenário, discutir a saúde mental dos profissionais da saúde exige ultrapassar explicações centradas exclusivamente na capacidade individual de “suportar pressão”. O problema envolve organização do trabalho, relações de poder, dimensionamento de equipes, cultura institucional, segurança, reconhecimento, possibilidades de participação e acesso a cuidado quando o sofrimento se instala. Este artigo tem como objetivo analisar os principais fatores de risco para o adoecimento mental e o esgotamento profissional entre trabalhadores da saúde, discutir suas repercussões para indivíduos e serviços e sintetizar estratégias de prevenção com maior respaldo na literatura recente e nas recomendações contemporâneas de saúde ocupacional.

MÉTODOS

Trata-se de revisão narrativa da literatura com busca estruturada, escolhida por permitir a integração de evidências epidemiológicas, revisões sistemáticas, estudos de intervenção e documentos normativos sobre saúde mental no trabalho em saúde. A busca foi atualizada em 7 de agosto de 2026 e concentrou-se nas bases PubMed/MEDLINE e SciELO. Foram utilizados, isoladamente e em combinações, os termos em inglês “health personnel”, “healthcare workers”, “mental health”, “burnout”, “occupational stress”, “moral injury”, “workplace violence”, “organizational intervention” e “well-being”, além de equivalentes em português relacionados a profissionais da saúde, saúde mental, esgotamento profissional, riscos psicossociais e prevenção.

A literatura científica foi complementada por documentos institucionais da Organização Mundial da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e da Fundacentro, especialmente quando a informação dizia respeito à classificação do burnout, a recomendações de saúde mental no trabalho ou ao marco regulatório brasileiro sobre riscos psicossociais. Priorizou-se o período de 2020 a 2026, com inclusão de publicações anteriores quando indispensáveis à definição de conceitos ou à contextualização de políticas. Foram favorecidas revisões sistemáticas e meta-análises, estudos multicêntricos com amostras expressivas e pesquisas brasileiras capazes de acrescentar especificidade sociocultural ao debate.

Foram excluídos textos opinativos sem base empírica, estudos que não distinguiam profissionais da saúde de outras categorias ocupacionais e publicações cujo desfecho não se relacionava diretamente à saúde mental, burnout, estresse ocupacional ou bem-estar no trabalho. A síntese foi organizada em quatro eixos: magnitude e características do adoecimento; fatores de risco psicossociais e organizacionais; repercussões sobre profissionais, equipes e segurança do cuidado; e estratégias de prevenção. Como se trata de revisão narrativa com busca dirigida, não foi realizada meta-análise própria, seleção exaustiva segundo protocolo PRISMA nem avaliação formal do risco de viés de cada estudo. Dessa forma, os resultados devem ser interpretados como síntese crítica do estado recente do conhecimento, e não como estimativa única de prevalência.

Não houve participação direta de seres humanos, uso de dados individualizados ou intervenção com participantes. Foram utilizadas apenas publicações científicas e documentos de acesso público, razão pela qual não se aplicou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MAGNITUDE DO PROBLEMA E ESGOTAMENTO PROFISSIONAL

A literatura recente converge para a ideia de que o adoecimento mental na força de trabalho em saúde possui elevada magnitude, mas sua frequência varia amplamente conforme categoria profissional, país, instrumento de medida, cenário de trabalho e período analisado. Essa heterogeneidade é especialmente importante para o burnout, pois diferentes escalas e pontos de corte produzem estimativas não diretamente comparáveis. Por esse motivo, a interpretação mais segura não consiste em buscar uma “prevalência universal”, mas em observar a repetição de padrões: exaustão elevada, redução do bem-estar, sintomas ansiosos e depressivos, intenção de deixar o trabalho e associação consistente com características adversas do ambiente laboral.

O levantamento da OMS na Europa oferece uma fotografia pós-pandêmica particularmente relevante. A pesquisa foi conduzida entre outubro de 2024 e abril de 2025 e reuniu mais de 90 mil respostas válidas de médicos e enfermeiros. Além da frequência de sintomas de depressão e ansiedade, o estudo mostrou que um terço dos participantes havia sido exposto a bullying ou ameaças violentas no último ano e cerca de 10% relatou violência física e/ou assédio sexual. A análise associou condições inseguras, jornadas extensas e trabalho em turnos a piores indicadores de saúde mental, ao passo que suporte institucional e fatores

protetores no trabalho se relacionaram a melhores resultados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025).

Em hospitais norte-americanos, Aiken LH, et al. (2023) avaliaram 15.738 enfermeiros e 5.312 médicos. Burnout elevado foi identificado em 47% dos enfermeiros e 32% dos médicos; parcelas expressivas também relataram equipes insuficientes, pouco controle sobre a carga de trabalho e baixa confiança na capacidade da gestão de resolver problemas assistenciais. Um aspecto particularmente relevante foi a preferência dos profissionais por intervenções sobre o ambiente e a organização do cuidado — como dimensionamento de pessoal e melhoria das condições de trabalho — em vez de iniciativas centradas apenas em resiliência individual. Esse achado desloca o debate do “profissional que precisa aprender a lidar com o estresse” para a pergunta sobre quais características do serviço estão produzindo sofrimento evitável.

Na América Latina, Vinueza-Solórzano AM, et al. (2023) encontraram, em revisão sistemática, forte recorrência de fatores laborais como turnos, sobrecarga, falta de descanso e violência. A relevância desse resultado está em demonstrar que, embora os sistemas de saúde latino-americanos tenham configurações distintas das instituições europeias e norte-americanas, os mecanismos ocupacionais se repetem. A insuficiência de recursos, a pressão assistencial e a instabilidade organizacional funcionam como contexto no qual vulnerabilidades individuais podem se expressar, mas não podem ser reduzidas a elas.

Quadro 1 - Evidências selecionadas sobre saúde mental, burnout e prevenção em profissionais da saúde

Fonte	Desenho / população	Contribuição principal
Campos FM, et al. (2020)	Estudo transversal; 3.084 trabalhadores da saúde na Bahia	Transtornos mentais comuns mais frequentes entre mulheres, sobretudo mulheres negras; reforça desigualdades de gênero e raça no adoecimento ocupacional.
Vinueza-Solórzano AM, et al. (2023)	Revisão sistemática; 52 estudos latino-americanos	Turnos, excesso de exigências, descanso insuficiente, mudanças de rotina e violência foram fatores de risco recorrentes; suporte e recursos de trabalho apareceram como proteção.
Aiken LH, et al. (2023)	Estudo multicêntrico; 15.738 enfermeiros e 5.312 médicos	Burnout elevado associado a problemas de retenção e segurança; profissionais priorizaram melhorias de pessoal e ambiente sobre programas isolados de resiliência.
Aust B, et al. (2024)	Revisão sistemática; 22 estudos de intervenções organizacionais	68% dos estudos relataram melhora em ao menos um desfecho; evidência mais consistente para modificações de tarefas e trabalho e, em menor grau, flexibilidade de horários.
Li LZ, et al. (2024)	Revisão sistemática e meta-análise; 85 estudos, 288.581 enfermeiros	Burnout associado a pior clima de segurança, mais erros e eventos adversos, menor satisfação do paciente e menor qualidade percebida do cuidado.

Fonte	Desenho / população	Contribuição principal
World Health Organization (2025)	Inquérito MeND; 90.171 respostas válidas em 29 países	Depressão, ansiedade, violência, longas jornadas e turnos permaneceram frequentes; suporte no trabalho associou-se a melhor saúde mental.
Boskma A, et al. (2025)	Revisão sistemática; 54 estudos organizacionais	Resultados heterogêneos e certeza global muito baixa; intervenções precisam partir de diagnóstico local e atacar determinantes específicos do trabalho.
Collett G, et al. (2026)	Revisão sistemática e meta-análise; 99 ensaios randomizados/cluster, 9.330 participantes	Intervenções individuais tiveram efeitos pequenos e variáveis; coaching mostrou benefício provável em alguns domínios para médicos, reforçando uso como complemento.

Fonte: elaborado pelos autores (2026), com base nas publicações citadas.

FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS E ORGANIZACIONAIS

A carga de trabalho é um dos fatores mais consistentes. Ela não se resume ao número de pacientes ou ao total de horas contratadas, mas envolve intensidade, imprevisibilidade, interrupções, pressão de tempo, complexidade dos casos e insuficiência de recursos para responder à demanda. Em serviços com subdimensionamento crônico, o profissional pode iniciar o turno já sabendo que não conseguirá realizar todas as tarefas segundo o padrão de qualidade que considera adequado. O resultado é uma combinação de fadiga e sensação de trabalho inacabado. A OMS inclui sobrecarga, longas jornadas, turnos e baixo controle entre os riscos psicossociais centrais para trabalhadores da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b). Aiken LH, et al. (2023) reforçam esse mecanismo ao mostrar associação entre pouco controle sobre a carga, equipes insuficientes e desfechos de burnout e intenção de saída.

O trabalho em turnos, especialmente noturno ou com alternância frequente de horários, acrescenta desorganização circadiana, redução do tempo de recuperação e dificuldade de conciliar vida familiar e social. Não é apenas a existência de plantões que importa, mas a forma como são organizados: sequências prolongadas, poucas horas de intervalo, trocas imprevisíveis e ausência de descanso protegido favorecem fadiga. Em ambientes nos quais horas extras se tornam recurso permanente para compensar déficit de pessoal, a exceção passa a compor o modelo de funcionamento do serviço. Essa lógica reduz a possibilidade de recuperação e transforma cansaço episódico em exposição ocupacional contínua.

A baixa autonomia e a escassez de recursos também merecem destaque. Profissionais treinados para tomar decisões clínicas podem experimentar forte desgaste quando não dispõem de tempo, pessoal, leitos, materiais ou apoio institucional necessários para executar o cuidado

que julgam adequado. Nessas circunstâncias, o conflito não é apenas entre demanda e capacidade física, mas entre valores profissionais e possibilidades reais de atuação. A literatura utiliza os conceitos de sofrimento moral e lesão moral para descrever parte dessa experiência. Beadle ES, et al. (2024) identificaram, em revisão qualitativa, gatilhos relacionados a restrições organizacionais, decisões conflitantes com valores e falta de apoio. Em meta-análise envolvendo 33 estudos e 31.849 trabalhadores da saúde, Coimbra BM, et al. (2024) encontraram associação moderada entre lesão moral e sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, burnout e ideação suicida.

Violência e assédio constituem outra camada de risco frequentemente normalizada. A exposição pode ocorrer por agressões físicas, ameaças, abuso verbal, assédio sexual, discriminação ou hostilidade entre membros das próprias equipes. O impacto não se limita ao episódio agudo: medo de recorrência, hipervigilância, sensação de desproteção e percepção de que a instituição não responde adequadamente podem prolongar o sofrimento. A pesquisa da OMS de 2025 mostrou que um terço de médicos e enfermeiros relatou bullying ou ameaça violenta no trabalho e 10% violência física e/ou assédio sexual no ano anterior. Instituições que tratam esses eventos como “parte da profissão” reforçam a cultura de silêncio e transferem ao trabalhador a responsabilidade por tolerar situações preveníveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025).

O suporte da liderança pode funcionar como fator de risco ou de proteção. Gestores que oferecem comunicação clara, reconhecem limites da equipe, escutam dificuldades e respondem de forma justa a problemas criam maior segurança psicológica. Em contraste, liderança punitiva, metas desconectadas da capacidade instalada e falta de participação nas decisões aumentam sensação de impotência. Em estudo qualitativo com gestores de Centros de Atenção Psicossocial, Carniato EP e Lucca SR (2024) destacaram a necessidade de escuta dos trabalhadores, análise crítica dos processos de trabalho e espaços coletivos de diálogo para reconhecer e prevenir sofrimento. O achado é coerente com as diretrizes da OMS, que incluem treinamento de gestores e intervenções organizacionais entre as recomendações para saúde mental no trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a).

As desigualdades sociais atravessam essas exposições. Mulheres representam grande parte da força de trabalho em saúde e frequentemente acumulam trabalho remunerado e responsabilidades de cuidado fora dele. Relações raciais, vínculos precários, posição hierárquica e menor poder de negociação também podem modular o risco. No estudo de Campos FM, et al.

(2020), a prevalência de transtornos mentais comuns foi de 23,7% entre mulheres negras, 19,6% entre mulheres não negras, 17,6% entre homens negros e 14,7% entre homens não negros. Embora o desenho transversal não permita atribuir causalidade, a distribuição sugere que políticas universais precisam ser acompanhadas de análise de equidade, sob pena de manter diferenças relevantes ocultas pela média institucional.

Outro elemento é o estigma em torno do sofrimento psíquico dentro das próprias profissões de saúde. Conhecimento técnico não elimina medo de julgamento, preocupação com repercussões na carreira ou receio de ser considerado incapaz para o trabalho. Em serviços altamente hierarquizados, pedir ajuda pode ser interpretado como fragilidade. Por isso, programas de assistência pouco confidenciais ou associados à chefia tendem a ser subutilizados. A proteção da saúde mental requer vias de acesso seguras, sigilosas e não punitivas, capazes de separar cuidado clínico de processos disciplinares, salvo situações nas quais haja risco objetivo à segurança.

REPERCUSSÕES PARA O PROFISSIONAL, A EQUIPE E A SEGURANÇA DO CUIDADO

As consequências do sofrimento ocupacional não se restringem ao bem-estar subjetivo. Exaustão persistente pode comprometer sono, atenção, memória de trabalho e capacidade de recuperação entre turnos. Cinismo e distanciamento emocional podem funcionar inicialmente como tentativa de proteção diante da sobrecarga, mas, quando se tornam padrão, prejudicam relações entre colegas e a experiência do cuidado. Sintomas depressivos e ansiosos podem coexistir com burnout, exigindo avaliação clínica própria, especialmente diante de prejuízo funcional, desesperança ou ideação suicida. A distinção entre fenômenos é importante porque evita tanto a medicalização automática de problemas organizacionais quanto a banalização de transtornos mentais que necessitam tratamento.

Em nível organizacional, burnout está associado a absenteísmo, presenteísmo, insatisfação, intenção de deixar o emprego e rotatividade. A saída de profissionais experientes aumenta a pressão sobre quem permanece, amplia custos de recrutamento e treinamento e pode produzir um ciclo de deterioração: menos pessoal gera maior sobrecarga, que por sua vez aumenta o risco de novas saídas. No estudo de Aiken LH, et al. (2023), hospitais com maiores taxas de burnout e insatisfação entre enfermeiros apresentaram maior rotatividade, enquanto déficits de pessoal, baixo controle sobre a carga e pouca confiança na gestão se associaram a piores desfechos ocupacionais.

A relação com a segurança do paciente é particularmente relevante. Li LZ, et al. (2024) sintetizaram 85 estudos envolvendo 288.581 enfermeiros de 32 países e observaram associação entre burnout e pior clima de segurança, mais infecções relacionadas à assistência, quedas, erros de medicação, eventos adversos e cuidado não realizado, além de menor satisfação do paciente e pior qualidade assistencial percebida pelos profissionais. Esses resultados não significam que todo evento adverso decorra de burnout nem permitem responsabilizar individualmente trabalhadores esgotados. Ao contrário, sugerem que segurança do trabalhador e segurança do paciente compartilham determinantes organizacionais.

Essa interpretação é importante para evitar uma resposta institucional equivocada: oferecer apenas palestra sobre autocuidado em um serviço persistentemente subdimensionado. Intervenções individuais podem ampliar repertório de enfrentamento, mas não eliminam exposição contínua a jornadas excessivas, violência, baixa autonomia ou falta de materiais. Quando a instituição enquadra o adoecimento como falha de resiliência, corre o risco de aumentar culpa e silenciar a discussão sobre processos de trabalho. Prevenção efetiva requer reconhecer o nexo entre organização, saúde do trabalhador e qualidade do cuidado.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO: DO INDIVÍDUO À ORGANIZAÇÃO

As evidências atuais favorecem uma abordagem em camadas. A primeira camada é preventiva e organizacional: identificar fontes de risco, redesenhar o trabalho e reduzir exposição antes que o sofrimento se converta em adoecimento. As Diretrizes da OMS sobre saúde mental no trabalho recomendam intervenções organizacionais voltadas aos fatores psicossociais, com participação dos trabalhadores, avaliação regular dos riscos, treinamento de gestores, educação em saúde mental, intervenções individuais baseadas em evidências e estratégias de retorno ao trabalho para pessoas que se afastaram por condições de saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). Essa estrutura é útil porque evita colocar todas as ações no mesmo nível de prioridade.

No setor saúde, intervenções organizacionais incluem dimensionamento adequado de equipes, revisão de cargas e metas, redução de horas extras crônicas, desenho mais previsível de escalas, pausas protegidas, participação do trabalhador em mudanças de processo, canais de comunicação com resposta efetiva, prevenção da violência e clareza de papéis. A revisão de Aust B, et al. (2024), com 22 estudos, encontrou melhora em pelo menos um desfecho primário em 68% das investigações; as evidências foram mais consistentes para modificações de tarefas e

trabalho e moderadas para flexibilidade de jornada e alterações do ambiente físico. Os autores, porém, destacam heterogeneidade e necessidade de estudos mais robustos.

Uma revisão mais recente de Boskma A, et al. (2025), que incluiu 54 estudos de intervenções dirigidas à organização, chegou a conclusão mais cautelosa. Os efeitos variaram amplamente, a certeza global da evidência foi muito baixa e algumas intervenções produziram resultados neutros ou até desfavoráveis em determinados desfechos. Essa aparente divergência não invalida a prevenção organizacional; mostra que “intervir na organização” não é uma tecnologia única. Uma mudança de escala, reunião de equipe ou programa de liderança só tende a funcionar quando responde a problemas realmente presentes naquele contexto e é acompanhada de implementação adequada. Diagnóstico local e participação dos trabalhadores são, portanto, componentes da própria intervenção.

Intervenções coletivas podem incluir reuniões regulares com segurança psicológica, espaços de escuta, apoio entre pares, revisão de eventos críticos e supervisão clínica em áreas de alta carga emocional. Debriefings obrigatórios e imediatos após eventos traumáticos devem ser utilizados com cautela, mas oportunidades voluntárias de processamento, apoio entre colegas e acesso facilitado a profissionais de saúde mental podem ser úteis. Em serviços como urgência, terapia intensiva, oncologia, cuidados paliativos e saúde mental, nos quais exposição à morte, violência ou sofrimento grave é frequente, as estratégias precisam considerar trauma cumulativo e conflitos morais, não apenas volume de trabalho.

11

No plano individual, intervenções como mindfulness, técnicas de manejo do estresse, atividade física, coaching e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento têm lugar, desde que apresentadas como recursos complementares. Cohen C, et al. (2023) identificaram benefícios em parte dos estudos de intervenções de bem-estar para médicos, enfermeiros e profissionais de áreas afins, mas ressaltaram limitações metodológicas e pouca representação de intervenções organizacionais. Em meta-análise recente de 99 ensaios randomizados ou por conglomerados com 9.330 profissionais, Collett G, et al. (2026) encontrou efeitos pequenos e variáveis das intervenções individuais; coaching profissional mostrou benefício provável em alguns domínios de burnout entre médicos, enquanto os resultados para mindfulness foram menos consistentes. A mensagem prática é que nenhuma técnica individual compensa indefinidamente um ambiente de trabalho adoecedor.

A identificação precoce precisa ser organizada sem transformar rastreamento em vigilância. Instrumentos de burnout, ansiedade ou depressão podem ajudar a mapear

necessidades, mas resultados individuais devem ser protegidos por confidencialidade e vinculados a uma rede de cuidado acessível. Questionários aplicados pela própria chefia, sem garantia de sigilo ou sem possibilidade real de atendimento, podem aumentar desconfiança. Em programas maduros, os dados agregados servem para orientar mudanças do serviço, enquanto situações clínicas individuais seguem fluxo confidencial de avaliação e tratamento.

Quando há transtorno mental estabelecido, a prevenção terciária envolve acesso oportuno a psicoterapia, psiquiatria ou outros cuidados indicados, adaptações temporárias de jornada ou função, acompanhamento durante afastamento e retorno gradual quando necessário. A OMS recomenda cuidado baseado em evidências e intervenções relacionadas ao trabalho para facilitar retorno sustentável, reduzindo sintomas e dias de ausência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). A instituição também deve trabalhar explicitamente contra estigma e discriminação, pois medo de consequências profissionais pode retardar a busca por ajuda.

O papel das lideranças merece atenção específica. Gestores não precisam atuar como terapeutas, mas devem ser capazes de reconhecer sinais de sofrimento, conversar de forma respeitosa, orientar caminhos de apoio e agir sobre fontes de risco sob sua governabilidade. Treinamento gerencial é diferente de ensinar diagnóstico psiquiátrico: trata-se de melhorar comunicação, prevenção de comportamentos abusivos, manejo de conflitos, planejamento de carga, justiça organizacional e resposta a trabalhadores em sofrimento. Lideranças que solicitam feedback e demonstram resposta concreta tendem a favorecer confiança; escuta sem mudança, ao contrário, pode ampliar cinismo institucional.

O CONTEXTO BRASILEIRO E A GESTÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS

No Brasil, a discussão ganhou novo peso regulatório em 2026. A nova redação da Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1), vigente desde 26 de maio de 2026, incorporou expressamente os fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho ao Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. O Ministério do Trabalho e Emprego orienta que riscos como sobrecarga, assédio e falta de suporte sejam identificados e tratados dentro do processo de gerenciamento, e não apenas após o aparecimento de adoecimento (BRASIL, 2026). A mudança é especialmente pertinente ao setor saúde, no qual muitos dos riscos discutidos neste artigo fazem parte da rotina organizacional.

As diretrizes publicadas pela Fundacentro em 2026 reforçam que a avaliação dos riscos psicossociais deve examinar organização e gestão do trabalho e contar com participação efetiva dos trabalhadores. O documento alerta para leituras individualizantes que culpabilizam quem adoece e orienta a construção de medidas capazes de transformar aspectos concretos dos processos de trabalho (MAENO M, et al., 2026). Para serviços de saúde, isso significa que programas de saúde mental precisam dialogar com dimensionamento de pessoal, jornada, violência, assédio, fluxos de comunicação, reconhecimento, autonomia e recursos assistenciais.

A implantação desse enfoque pode enfrentar obstáculos. Nem todo serviço dispõe de equipe de saúde ocupacional estruturada; gestores podem confundir avaliação psicossocial com aplicação isolada de questionários; e trabalhadores podem temer que informações sejam usadas contra eles. A gestão responsável requer combinar métodos — indicadores de afastamento e rotatividade, escuta de equipes, análise de eventos críticos, dados de violência e avaliação do processo de trabalho — e construir planos de ação com prioridades, responsáveis e reavaliação. O objetivo não é produzir uma pontuação de “saúde mental da instituição”, mas reduzir exposições evitáveis e criar mecanismos sustentáveis de apoio.

Nesse sentido, a prevenção do burnout se aproxima da própria gestão da qualidade. Equipes com condições seguras de trabalho, espaço para reportar problemas e possibilidade de recuperação física e emocional tendem a estar mais preparadas para oferecer cuidado seguro. A

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental dos profissionais da saúde é condicionada por uma rede de fatores que ultrapassa características individuais. Sobrecarga, jornadas prolongadas e em turnos, insuficiência de pessoal, violência, baixa autonomia, conflitos éticos, falta de reconhecimento e suporte institucional deficiente aparecem de forma recorrente na literatura como elementos associados a sofrimento, transtornos mentais e esgotamento profissional. Ao mesmo tempo, o burnout deve ser conceitualmente diferenciado de depressão e ansiedade: é um fenômeno ocupacional ligado ao estresse crônico de trabalho, embora possa coexistir com condições clínicas que exigem avaliação e tratamento específicos.

A síntese das evidências indica que intervenções individuais podem produzir benefícios, porém seus efeitos são geralmente modestos e dependem do contexto. A prevenção mais coerente começa pela organização do trabalho: dimensionar equipes, reduzir sobrecarga crônica, melhorar escalas, ampliar autonomia, enfrentar violência e assédio, qualificar lideranças e criar espaços reais de participação. Medidas como *mindfulness*, *coaching*, apoio entre pares e educação em saúde mental podem complementar esse conjunto, desde que não sejam utilizadas para adaptar trabalhadores a condições estruturalmente inadequadas.

A atualização da NR-1 em 2026 torna esse debate ainda mais concreto no Brasil ao incluir os fatores de risco psicossociais no gerenciamento de riscos ocupacionais. Para os serviços de saúde, a oportunidade é transformar saúde mental de pauta reativa em componente permanente da gestão. Isso exige monitorar condições de trabalho, garantir confidencialidade na busca por cuidado, oferecer resposta clínica quando necessária e avaliar se as mudanças implementadas reduzem de fato os fatores que produzem sofrimento. Cuidar de quem trabalha na saúde, nesse sentido, não é um gesto paralelo à assistência: é uma condição para sustentá-la com qualidade, segurança e continuidade.

Como limitação, esta revisão não realizou seleção exaustiva nem avaliação formal de risco de viés, e a literatura disponível apresenta ampla heterogeneidade de instrumentos, profissões e cenários. Novos estudos devem ampliar a avaliação de intervenções organizacionais de longo prazo, incluir profissionais para além de médicos e enfermeiros e produzir evidências específicas sobre serviços brasileiros. Também são necessárias análises que incorporem gênero, raça, vínculo de trabalho e território, permitindo que estratégias de prevenção sejam ajustadas às desigualdades concretas da força de trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

1. AIKEN LH, et al. Physician and Nurse Well-Being and Preferred Interventions to Address Burnout in Hospital Practice: Factors Associated With Turnover, Outcomes, and Patient Safety. *JAMA Health Forum*, 2023; 4(7): e231809. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.1809>.
2. AUST B, et al. The effects of different types of organisational workplace mental health interventions on mental health and wellbeing in healthcare workers: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2024; 97(5): 485-522. <https://doi.org/10.1007/s00420-024-02065-z>.
3. BEADLE ES, et al. Triggers and factors associated with moral distress and moral injury in health and social care workers: a systematic review of qualitative studies. *PLOS ONE*, 2024; 19(6): e0303013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303013>.

4. BOSKMA A, et al. Effectiveness of organization-directed interventions on healthcare professionals' well-being: a systematic review. *EClinicalMedicine*, 2025; 88: 103496. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103496>.
5. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1 (NR-1): disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais. Brasília, DF: MTE, 2026. Disponível em: <<https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-1>>. Acesso em: 7 ago. 2026.
6. CAMPOS FM, et al. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. *Cadernos Saúde Coletiva*, 2020; 28(4): 579-589. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040559>.
7. CARNIATO EP; LUCCA SR. Sofrimento mental dos trabalhadores dos Caps: um olhar da gestão. *Saúde em Debate*, 2024; 48(143): e9170. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241439170P>.
8. COHEN C, et al. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, 2023; 13(6): e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>.
9. COIMBRA BM, et al. Moral injury and mental health among health-care workers during the COVID-19 pandemic: meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2024; 15(1): 2299659. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2299659>.
10. COLLETT G, et al. Efficacy of Individual-Level Interventions to Mitigate the Risk for Burnout Among Health Care Professionals: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of Internal Medicine*, 2026; 179(1): 51-66. <https://doi.org/10.7326/ANNALS-25-00469>.
11. KIRATIPAISARL W; SURAWATTANASAKUL V; SIRIKUL W. Individual and organizational interventions to reduce burnout in resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 2024; 24(1): 1234. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06195-3>.
12. LI LZ, et al. Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 2024; 7(11): e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>.
13. MAENO M, et al. Diretrizes para aplicar a NR-1 com a inclusão dos riscos psicossociais: analisar a organização e gestão do trabalho para intervir. São Paulo: Fundacentro, 2026. <https://doi.org/10.63685/KMPU5696>.
14. VINUEZA-SOLÓRZANO AM, et al. Uma revisão sistemática do burnout em profissionais da saúde na América Latina. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 2023; 23(3): 2616-2624. <https://doi.org/10.5935/rpot/2023.3.24803>.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019. Disponível em:

<<https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>>. Acesso em: 7 ago. 2026.

16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization, 2022a; 134 p. ISBN 978-92-4-005305-2.

17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Occupational health: health workers. Geneva: WHO, 2022b. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>>. Acesso em: 7 ago. 2026.

18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2025; 133 p. WHO/EURO:2025-12709-52483-81031.