

BURNOUT EM CIRURGIÕES: FATORES ASSOCIADOS E IMPACTOS NA SEGURANÇA DO PACIENTE

BURNOUT IN SURGEONS: ASSOCIATED FACTORS AND IMPACTS ON PATIENT SAFETY

BURNOUT EN CIRUJANOS: FACTORES ASOCIADOS E IMPACTOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Philippe Alves do Nascimento¹
Luís Felipe Gonçalves de Souza²
Milton Pereira de Araújo Júnior³
Bárbara Costa Nascimento⁴
Michele Santana de Castro⁵
Luiz Guilherme Roriz de Amorim Marques⁶
Estela Caldas Fleury Borges⁷
Anna Paula Thomé Spenciere⁸
Rafael Beze Souza⁹
Elisa Bizão Rezende Schelini¹⁰

RESUMO: Introdução: o burnout é uma síndrome ocupacional relacionada ao estresse crônico no trabalho, caracterizada por exaustão, distanciamento mental ou cinismo e redução da eficácia profissional. Em cirurgiões, a combinação de alta responsabilidade técnica, decisões intraoperatórias críticas, plantões, privação de sono, pressão por produtividade e exposição a complicações pode favorecer sofrimento ocupacional e impactar a segurança do paciente. Objetivo: analisar fatores associados ao burnout em cirurgiões e seus impactos na segurança do paciente. Metodologia: revisão integrativa, qualitativa e descritiva, com busca estruturada em PubMed, BVS e SciELO, complementada por documentos institucionais e revisões sistemáticas sobre burnout, cirurgia, erro médico e segurança do paciente. Resultados: a literatura aponta prevalência elevada e heterogênea de burnout entre cirurgiões e residentes de cirurgia, com associação a carga de trabalho, desequilíbrio vida-trabalho, menor autonomia, conflitos interpessoais, ambiente organizacional desfavorável, gênero, fase de carreira e exposição a eventos adversos. Burnout relaciona-se a maior relato de erro médico, pior percepção de segurança, redução de profissionalismo, menor satisfação do paciente e risco de pior qualidade assistencial. Conclusão: o burnout em cirurgiões deve ser tratado como problema organizacional e de segurança do paciente, exigindo intervenções sistêmicas, cultura de apoio, gestão adequada de carga de trabalho, liderança efetiva e estratégias de prevenção sustentáveis.

Palavras-chave: Esgotamento Profissional. Cirurgiões. Segurança do Paciente. Erros Médicos. Qualidade da Assistência à Saúde.

¹Médico, Universidade Federal do Vale do São Francisco.

²Médico, Universidade de Rio Verde, Pós graduação em Psiquiatria pela Faculdade Cenbrap.

³Médico, Cirurgião Geral pelo Hospital Felício Rocho.

⁴Médica, Universidade Federal do Cariri.

⁵Médica, Universidade Evangélica de Goiás.

⁶Médico, Universidade Evangélica de Goiás.

⁷Discente em Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

⁸Médica, Centro Universitário de Mineiros.

⁹Médico, Cirurgião Geral, Docente da Universidade de Rio Verde.

¹⁰Médica, Universidade de Federal de Goiás.

ABSTRACT: Introduction: burnout is an occupational syndrome resulting from chronic workplace stress, characterized by exhaustion, mental distancing or cynicism, and reduced professional efficacy. Among surgeons, high technical responsibility, critical intraoperative decisions, on-call duties, sleep deprivation, productivity pressure, and exposure to complications may favor occupational distress and affect patient safety. Objective: to analyze factors associated with burnout in surgeons and its impacts on patient safety. Methodology: integrative, qualitative, and descriptive review, with structured searches in PubMed, BVS, and SciELO, complemented by institutional documents and systematic reviews on burnout, surgery, medical error, and patient safety. Results: the literature indicates high and heterogeneous burnout prevalence among surgeons and surgical trainees, associated with workload, work-life imbalance, reduced autonomy, interpersonal conflicts, unfavorable organizational climate, gender, career stage, and exposure to adverse events. Burnout is related to increased medical error reporting, poorer safety perceptions, reduced professionalism, lower patient satisfaction, and potential deterioration of care quality. Conclusion: burnout in surgeons should be addressed as an organizational and patient safety issue, requiring system-level interventions, supportive culture, workload management, effective leadership, and sustainable prevention strategies.

Keywords: Professional Burnout. Surgeons. Patient Safety. Medical Errors. Quality of Health Care.

RESUMEN: Introducción: el burnout es un síndrome ocupacional relacionado con el estrés crónico en el trabajo, caracterizado por agotamiento, distanciamiento mental o cinismo y reducción de la eficacia profesional. En cirujanos, la alta responsabilidad técnica, las decisiones intraoperatorias críticas, las guardias, la privación del sueño, la presión por productividad y la exposición a complicaciones pueden favorecer sufrimiento ocupacional e impactar la seguridad del paciente. Objetivo: analizar los factores asociados al burnout en cirujanos y sus impactos en la seguridad del paciente. Metodología: revisión integrativa, cualitativa y descriptiva, con búsqueda estructurada en PubMed, BVS y SciELO, complementada por documentos institucionales y revisiones sistemáticas sobre burnout, cirugía, error médico y seguridad del paciente. Resultados: la literatura indica prevalencia elevada y heterogénea de burnout entre cirujanos y residentes de cirugía, asociada con carga laboral, desequilibrio vida-trabajo, menor autonomía, conflictos interpersonales, clima organizacional desfavorable, género, etapa de carrera y exposición a eventos adversos. Conclusión: el burnout en cirujanos debe abordarse como problema organizacional y de seguridad del paciente, exigiendo intervenciones sistémicas, cultura de apoyo, gestión de carga laboral, liderazgo efectivo y estrategias preventivas sostenibles.

Palabras clave: Agotamiento Profesional. Cirujanos. Seguridad del Paciente. Errores Médicos. Calidad de la Atención de Salud.

INTRODUÇÃO

O burnout é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como um fenômeno ocupacional resultante de estresse crônico relacionado ao trabalho que não foi adequadamente administrado, caracterizado por três dimensões principais: exaustão ou esgotamento de energia, distanciamiento mental do trabalho ou sentimentos de negativismo e cinismo relacionados à atividade profissional, e redução da eficácia profissional (WHO, 2019). Embora não seja classificado como diagnóstico médico amplo aplicável a todos os contextos da vida, o burnout possui grande relevância para a área da saúde, pois expressa um padrão de sofrimento ocupacional capaz de comprometer o bem-estar dos profissionais, a qualidade da assistência, a

comunicação clínica, a tomada de decisão e a permanência na carreira. Em medicina, sua importância torna-se ainda maior porque o adoecimento do profissional não permanece restrito ao indivíduo: ele pode repercutir diretamente sobre a relação médico-paciente, o funcionamento das equipes e a segurança dos cuidados prestados.

A prática médica contemporânea está inserida em ambientes de alta complexidade técnica e organizacional. O profissional de saúde precisa lidar simultaneamente com exigências assistenciais, pressão por produtividade, responsabilidade legal, atualização científica contínua, demandas administrativas, prontuários eletrônicos, comunicação com pacientes e familiares, além da necessidade permanente de tomar decisões em cenários de incerteza. Nesse contexto, o burnout não deve ser interpretado como fragilidade pessoal ou mera dificuldade emocional individual. Revisões e relatórios institucionais destacam que o fenômeno surge da interação entre demandas excessivas de trabalho, recursos insuficientes, cultura organizacional, liderança, autonomia, reconhecimento, justiça institucional, carga burocrática e suporte social (WEST et al., 2018; NASEM, 2019). Portanto, compreender o burnout exige abordagem sistêmica, capaz de articular fatores individuais, profissionais e institucionais.

A cirurgia constitui uma das áreas médicas mais vulneráveis ao desenvolvimento de burnout. O exercício cirúrgico combina elevada responsabilidade técnica, necessidade de precisão manual, exposição direta a complicações graves, tomada de decisão rápida, atuação sob pressão, jornadas prolongadas, plantões, privação de sono, demandas acadêmicas, ensino de residentes, cobranças por resultados imediatos e contato recorrente com sofrimento, morte e conflitos médico-legais. Além disso, o cirurgião frequentemente ocupa posição central na coordenação de equipes multiprofissionais, sendo responsável por articular condutas com anesthesiologistas, enfermagem, intensivistas, clínicos, residentes e familiares. Essa multiplicidade de papéis amplia a carga cognitiva e emocional da prática cirúrgica, sobretudo em ambientes com recursos limitados, metas assistenciais intensas ou cultura institucional pouco favorável à comunicação aberta sobre erros e vulnerabilidades (DIMOU; ECKELBARGER; RIAL, 2016; SAUDER et al., 2022).

A formação cirúrgica também contribui para a vulnerabilidade ao burnout. Desde a residência médica, cirurgiões são expostos a longas jornadas, privação de sono, responsabilidade progressiva, avaliações constantes, hierarquia rígida e necessidade de desenvolver competência técnica em cenários reais de alta pressão. Historicamente, a cultura cirúrgica valorizou resistência física, autossuficiência, disponibilidade irrestrita e controle emocional, muitas vezes

interpretando fadiga, sofrimento psíquico ou pedido de ajuda como sinais de fraqueza profissional. Embora mudanças recentes tenham ampliado o debate sobre saúde mental e qualidade de vida, muitos ambientes cirúrgicos ainda preservam expectativas implícitas de desempenho contínuo, baixa tolerância ao erro e dificuldade de reconhecer limites humanos. Essa cultura pode levar à normalização do esgotamento e ao adiamento da busca por suporte, favorecendo a cronificação do sofrimento ocupacional.

Os fatores associados ao burnout em cirurgiões são multifatoriais. Entre os elementos individuais e profissionais, destacam-se idade, fase da carreira, especialidade cirúrgica, carga horária semanal, número de plantões, tempo em centro cirúrgico, volume de pacientes, exposição a complicações, conflito trabalho-família, privação de sono, insatisfação com autonomia profissional e percepção de baixo reconhecimento. Entre os fatores institucionais, destacam-se liderança inadequada, comunicação deficiente, sobrecarga administrativa, sistemas de prontuário pouco eficientes, escassez de equipe, pressão por produtividade, ausência de espaços seguros para discussão de eventos adversos e cultura punitiva diante de falhas. Esses fatores não atuam isoladamente: frequentemente se somam e se retroalimentam, criando ambiente no qual o cirurgião permanece em estado prolongado de alerta, autocobrança e desgaste emocional (WEST et al., 2018; NASEM, 2019).

A literatura aponta que especialidades cirúrgicas podem apresentar taxas expressivas de burnout, embora a frequência varie conforme país, método de avaliação, instrumento utilizado e perfil da amostra. Essa variação metodológica é relevante, pois diferentes estudos utilizam escalas distintas, pontos de corte variados e populações heterogêneas, o que impede interpretações simplistas. Ainda assim, a convergência dos achados indica que cirurgiões, residentes de cirurgia e profissionais envolvidos em procedimentos de alta complexidade constituem grupos de risco para esgotamento ocupacional. A exposição contínua a situações críticas, a responsabilização direta por desfechos perioperatórios e a pressão por desempenho técnico sustentado diferenciam a cirurgia de muitas outras áreas assistenciais, tornando necessário analisar o burnout cirúrgico como fenômeno específico, e não apenas como parte genérica do burnout médico (DIMOU; ECKELBARGER; RIAL, 2016; SAUDER et al., 2022).

A relevância do tema ultrapassa a saúde ocupacional individual. O burnout médico tem sido associado a desfechos relacionados à segurança do paciente, incluindo maior relato de erro médico, pior percepção de segurança nas unidades de trabalho, redução de profissionalismo, menor satisfação do paciente e pior qualidade assistencial percebida (SHANAFELT et al., 2010;

PANAGIOTI et al., 2018; TAWFIK et al., 2018). No caso de cirurgias, essa associação merece atenção especial porque o ato cirúrgico depende de concentração sustentada, julgamento técnico, memória operacional, habilidade psicomotora, comunicação efetiva e tomada de decisão em equipe. A fadiga emocional, a despersonalização e a redução da realização profissional podem interferir nesses domínios, aumentando a chance de falhas de comunicação, atrasos no reconhecimento de complicações, dificuldade de cooperação interdisciplinar e menor adesão a protocolos de segurança.

A segurança do paciente em cirurgia depende de múltiplas barreiras de proteção. Checklists, protocolos de cirurgia segura, marcação de lateralidade, antibioticoprofilaxia adequada, prevenção de tromboembolismo, controle de materiais, comunicação em sala operatória e vigilância pós-operatória são exemplos de práticas que reduzem riscos. Entretanto, nenhuma dessas barreiras opera de forma independente do fator humano. Profissionais exaustos, emocionalmente distantes ou submetidos a sobrecarga persistente podem ter menor capacidade de manter atenção plena, comunicar dúvidas, reconhecer sinais precoces de deterioração ou participar de discussões abertas sobre riscos. Assim, o burnout deve ser compreendido como variável relevante para a cultura de segurança, pois influencia a forma como os profissionais percebem, comunicam e respondem a situações de risco.

5

Além dos impactos diretos sobre o cuidado, o burnout pode comprometer o funcionamento das equipes cirúrgicas. A prática cirúrgica moderna é essencialmente coletiva: envolve cirurgiões, anestesiológicos, instrumentadores, circulantes, enfermeiros, residentes, fisioterapeutas, intensivistas e outros profissionais. A qualidade da interação entre esses membros é determinante para prevenir eventos adversos. Quando há burnout, podem surgir irritabilidade, cinismo, distanciamento, redução da empatia, conflitos interpessoais e menor disposição para comunicação colaborativa. Esses elementos prejudicam o clima de equipe e podem dificultar a construção de ambientes psicológica e tecnicamente seguros. Em cirurgia, onde decisões precisam ser coordenadas rapidamente, pequenas falhas de comunicação podem ter consequências relevantes para o paciente.

Outro aspecto importante é a relação entre burnout, erro médico e culpa profissional. Cirurgias frequentemente vivenciam complicações como eventos emocionalmente intensos, mesmo quando não há erro técnico. A literatura sobre “segunda vítima” descreve o sofrimento do profissional envolvido em evento adverso, complicação grave ou desfecho inesperado, incluindo culpa, ansiedade, insônia, medo de julgamento e perda de confiança. Em ambientes

punitivos ou pouco acolhedores, esse sofrimento pode se agravar, contribuindo para burnout, isolamento e redução da capacidade de aprendizado institucional. A cultura de segurança, portanto, precisa equilibrar responsabilização adequada, transparência e suporte ao profissional, evitando tanto a impunidade quanto a culpabilização individual simplista de problemas sistêmicos.

No campo institucional, o burnout em cirurgiões também repercute sobre absenteísmo, rotatividade, aposentadoria precoce, redução de carga assistencial e intenção de abandonar a profissão. Esses desfechos afetam diretamente a capacidade dos serviços de saúde, especialmente em áreas cirúrgicas de alta demanda. A perda de cirurgiões experientes compromete a continuidade assistencial, a formação de residentes e a estabilidade das equipes. Além disso, a substituição de profissionais, a reorganização de escalas e o aumento da sobrecarga sobre os membros remanescentes podem criar ciclo de retroalimentação: quanto maior o burnout, maior a perda de força de trabalho; quanto maior a perda de força de trabalho, maior a sobrecarga dos profissionais que permanecem. Esse ciclo torna o tema estratégico para gestão hospitalar, planejamento de recursos humanos e qualidade assistencial.

A discussão sobre burnout em cirurgiões também deve considerar que intervenções exclusivamente individuais tendem a produzir benefícios limitados quando aplicadas isoladamente. Estratégias como mindfulness, aconselhamento, atividade física, treinamento em resiliência e suporte psicológico podem ser úteis, mas não substituem mudanças estruturais. A literatura contemporânea enfatiza que a prevenção efetiva do burnout exige intervenções organizacionais, como adequação de carga horária, melhoria de fluxos assistenciais, redução de burocracia desnecessária, fortalecimento de lideranças, promoção de autonomia profissional, criação de canais seguros de comunicação, apoio após eventos adversos e valorização do trabalho em equipe (WEST et al., 2018; NASEM, 2019). Em cirurgia, tais medidas precisam ser adaptadas à realidade do centro cirúrgico, das enfermarias, das urgências e das unidades de terapia intensiva.

Nesse sentido, compreender os fatores associados ao burnout em cirurgiões e seus impactos na segurança do paciente possui relevância científica, assistencial e institucional. Do ponto de vista científico, permite organizar evidências sobre uma condição ocupacional complexa e multifatorial. Do ponto de vista assistencial, contribui para identificar riscos que podem afetar a qualidade do cuidado e a prevenção de eventos adversos. Do ponto de vista institucional, orienta políticas de gestão que não se limitem a responsabilizar o indivíduo, mas

busquem melhorar o ambiente de trabalho, a cultura de segurança e a sustentabilidade da força de trabalho cirúrgica.

Este artigo justifica-se, portanto, pela necessidade de discutir o burnout em cirurgias como fenômeno ocupacional de impacto coletivo, relacionado tanto ao bem-estar profissional quanto à segurança do paciente. Ao analisar os fatores associados ao esgotamento cirúrgico e suas repercussões sobre comunicação, desempenho, qualidade assistencial e risco de erros, busca-se contribuir para uma compreensão mais ampla do problema. A abordagem proposta reconhece que proteger o cirurgião não é apenas medida de cuidado individual, mas também estratégia de segurança assistencial. Serviços cirúrgicos mais saudáveis, organizados e atentos ao fator humano tendem a favorecer decisões mais seguras, equipes mais cooperativas e melhores desfechos para os pacientes.

OBJETIVOS

O objetivo geral desta revisão foi analisar fatores associados ao burnout em cirurgias e seus impactos na segurança do paciente, com ênfase em erro médico, qualidade assistencial, cultura de segurança, comunicação, tomada de decisão e organização do trabalho cirúrgico.

Como objetivos específicos, buscou-se: definir burnout no contexto ocupacional médico; sintetizar fatores individuais, profissionais e organizacionais associados ao burnout em cirurgias; descrever evidências sobre a relação entre burnout, erro médico e segurança do paciente; discutir limitações metodológicas da literatura; e propor implicações práticas para prevenção e manejo institucional.

7

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, de caráter qualitativo e descritivo, elaborada a partir de busca estruturada de literatura científica sobre burnout em cirurgias, fatores associados e impactos na segurança do paciente. A revisão foi planejada para responder a uma pergunta clínica e organizacional estruturada pelo acrônimo PICO, com síntese narrativa dos achados, sem metanálise própria, em razão da heterogeneidade dos delineamentos, dos instrumentos de mensuração do burnout e dos desfechos avaliados nos estudos disponíveis.

Foram consultadas as bases PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO, além de documentos institucionais e revisões sistemáticas relevantes. A busca priorizou estudos publicados em português, inglês ou espanhol, com foco em cirurgias, residentes de cirurgia,

burnout profissional, erro médico, segurança do paciente, qualidade assistencial, cultura de segurança e fatores organizacionais. Estudos clássicos e documentos de referência foram incluídos quando necessários para fundamentação conceitual, mesmo fora do recorte mais recente, por sua relevância histórica e metodológica.

A seleção dos materiais considerou pertinência temática, clareza metodológica, relação direta com cirurgiões ou médicos, aplicabilidade à segurança do paciente e relevância para a discussão de fatores associados. Revisões sistemáticas, metanálises, estudos transversais, estudos observacionais, revisões narrativas estruturadas e relatórios institucionais foram analisados de forma proporcional ao seu delineamento. A avaliação crítica foi narrativa, considerando risco de autorrelato, heterogeneidade dos instrumentos de burnout, possibilidade de causalidade reversa e limitações para inferência causal.

Quadro 1 – Pergunta clínica estruturada pelo PICO

Elemento	Descrição operacional
P - População	Cirurgiões, residentes de cirurgia, cirurgiões em formação e equipes cirúrgicas envolvidas em assistência perioperatória.
I/E - Intervenção ou exposição	Presença de burnout profissional, exaustão emocional, despersonalização, baixa realização profissional ou exposição a fatores ocupacionais associados.
C - Comparação	Cirurgiões sem burnout, profissionais com menor exposição a estressores, ambientes com maior suporte organizacional ou estudos comparativos entre grupos.
O - Desfechos	Erro médico, segurança do paciente, qualidade assistencial, satisfação do paciente, comunicação, profissionalismo, eventos adversos e percepção de cultura de segurança.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão

Critério	Descrição
Inclusão	Estudos em humanos; publicações em português, inglês ou espanhol; estudos sobre burnout em cirurgiões, residentes cirúrgicos ou médicos; estudos sobre associação entre burnout e segurança do paciente; revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais, revisões clínicas e documentos institucionais pertinentes.
Exclusão	Estudos sem relação com burnout ocupacional; textos exclusivamente opinativos sem base científica; estudos centrados apenas em estudantes

	sem interface com cirurgia; publicações sem resumo ou sem dados úteis para extração; duplicatas; materiais sem pertinência direta para segurança do paciente ou fatores associados.
--	---

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

Quadro 3 – Estratégia de busca e descritores utilizados

Fonte	Estratégia de busca	Filtros e critérios
PubMed	"Burnout, Professional" AND surgeons; "surgeon burnout" AND patient safety; "physician burnout" AND medical errors; "surgical trainees" AND burnout.	Humanos; português, inglês ou espanhol; prioridade para revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais e artigos de alta pertinência clínica.
BVS	"Burnout Profissional" AND "Cirurgias"; "Segurança do Paciente" AND "Burnout"; "Erro Médico" AND "Burnout".	Textos com resumo; área da saúde; pertinência para medicina, cirurgia e segurança do paciente.
SciELO	"Burnout" AND "cirurgias"; "síndrome de burnout" AND "segurança do paciente".	Artigos científicos e revisões com aderência ao tema.
Busca complementar	Documentos da OMS, National Academy of Medicine e revisões clássicas sobre burnout médico e segurança do paciente.	Inclusão por relevância conceitual, institucional ou metodológica.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

9

Quadro 4 – Etapas da seleção do material bibliográfico

Etapas	Procedimento
Identificação	Localização de estudos em bases digitais e em documentos institucionais sobre burnout, cirurgia, erro médico e segurança do paciente.
Triagem	Leitura de títulos e resumos para exclusão de materiais sem relação direta com cirurgias, segurança do paciente ou burnout ocupacional.
Elegibilidade	Leitura dos textos potencialmente relevantes, com avaliação de delineamento, população, desfechos e aplicabilidade ao tema.
Inclusão	Seleção dos estudos e documentos com maior relevância para síntese narrativa e discussão crítica.
Síntese	Organização dos achados em eixos: prevalência, fatores associados, impactos na segurança do paciente, limitações metodológicas e implicações práticas.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

RESULTADOS

A literatura selecionada demonstra que o burnout em cirurgiões é prevalente, heterogêneo e multifatorial. Revisões sistemáticas descrevem ampla variação de prevalência entre especialidades, níveis de treinamento e instrumentos de mensuração, o que impede uma estimativa única universal. Ainda assim, a convergência dos estudos indica que a cirurgia está entre os campos médicos de maior risco para exaustão emocional e despersonalização, sobretudo em residentes, cirurgiões jovens e profissionais expostos a jornadas extensas, alta pressão assistencial e baixo suporte institucional (JESUYAJOLU et al., 2022; SAUDER et al., 2022).

Em relação à segurança do paciente, estudos com cirurgiões e metanálises envolvendo médicos de diferentes especialidades mostram associação consistente entre burnout e desfechos assistenciais desfavoráveis. O estudo de Shanafelt et al. (2010), realizado com cirurgiões norte-americanos, demonstrou relação entre burnout e relato de erro médico importante. Metanálise de Panagioti et al. (2018) encontrou associação entre burnout médico e maior risco de incidentes de segurança, pior qualidade de cuidado e menor satisfação do paciente.

Os achados não permitem afirmar que burnout seja causa única de erro cirúrgico. Entretanto, sustentam a interpretação de que o burnout atua como marcador e possível mediador de ambientes de trabalho disfuncionais, nos quais fadiga, sobrecarga, comunicação prejudicada, menor engajamento e menor capacidade de recuperação após eventos adversos podem comprometer a segurança assistencial.

Quadro 5 – Análise dos estudos e documentos incluídos na revisão

Autor/ano	Delineamento	Foco	Principais achados	Contribuição para a revisão
Shanafelt et al., 2010	Estudo observacional com cirurgiões	Burnout e erro médico autorrelatado	Entre 7.905 cirurgiões participantes, 8,9% relataram preocupação com erro médico importante nos três meses anteriores; erro relatado associou-se a maior grau de burnout e pior qualidade de vida mental.	Evidência seminal específica em cirurgiões, conectando burnout e segurança do paciente.
Dimou; Eckelbarger; Riall, 2016	Revisão sistemática	Burnout em cirurgiões	Identificou múltiplos fatores associados, incluindo carga de trabalho, equilíbrio vida-trabalho, satisfação profissional,	Organiza fatores de risco e consequências do burnout no campo cirúrgico.

			especialidade e fase de carreira.	
Panagioti et al., 2018	Revisão sistemática e metanálise	Burnout médico e segurança do paciente	Burnout associou-se a maior risco de incidentes de segurança, menor profissionalismo e menor satisfação dos pacientes.	Amplia a evidência para qualidade assistencial e segurança, além da cirurgia.
Tawfik et al., 2018	Estudo observacional	Burnout, bem-estar e segurança da unidade	Burnout e fadiga associaram-se a relato de erros médicos e pior classificação de segurança nas unidades de trabalho.	Mostra interação entre bem-estar individual e cultura de segurança do ambiente.
de Lima Garcia et al., 2019	Revisão sistemática e metanálise	Burnout e ações de segurança do paciente	A metanálise encontrou relação entre burnout e piores práticas/ações de segurança, reforçando a dimensão organizacional do problema.	Apoia a compreensão do burnout como risco assistencial sistêmico.
Jesuyajolu et al., 2022	Revisão sistemática e metanálise	Prevalência e fatores associados em cirurgiões e residentes	Relatou prevalência global de burnout de 47% em estudos incluídos, com variação entre especialidades e associação com fatores de trabalho e desequilíbrio vida-trabalho.	Fornecer estimativa contemporânea e síntese de fatores associados em cirurgia.
Sauder et al., 2022	Revisão sistemática	Instrumentos, prevalência e fatores em cirurgiões e trainees	Descreveu ampla variação de burnout, com maior vulnerabilidade em residentes de cirurgia geral e influência de idade, gênero e treinamento.	Destaca heterogeneidade conceitual e metodológica na mensuração do burnout cirúrgico.
Shaikh et al., 2022	Revisão sistemática	Burnout durante a pandemia de COVID-19	Identificou taxas variáveis de burnout e fatores pessoais/profissionais, incluindo medo de infecção, redução de casos operatórios, redistribuição de funções e sobrecarga assistencial.	Demonstra como crises sanitárias ampliam fatores de estresse em cirurgia.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

Quadro 6 – Síntese crítica dos achados por eixo analítico

Eixo de análise	Evidências convergentes	Implicações clínicas e organizacionais
Prevalência	As estimativas variam amplamente conforme especialidade, ferramenta de mensuração, país e nível de treinamento.	Evitar interpretar uma prevalência única como universal; monitorar burnout localmente com instrumentos padronizados.

Fatores ocupacionais	Carga de trabalho, plantões, privação de sono, urgência, pressão por produtividade, conflitos, baixo suporte e desequilíbrio vida-trabalho aparecem de modo recorrente.	Intervenções devem priorizar desenho do trabalho, escala, suporte de equipe e redução de demandas evitáveis.
Fase de carreira	Residentes, cirurgiões jovens e profissionais em início de carreira podem apresentar maior vulnerabilidade.	Programas de mentoria, supervisão, apoio psicossocial e cultura de feedback são essenciais.
Segurança do paciente	Burnout associa-se a erro médico autorrelatado, pior percepção de segurança, menor profissionalismo e menor satisfação do paciente.	Burnout deve ser tratado como indicador de risco assistencial, não apenas como sofrimento individual.
Cultura organizacional	Ambientes com liderança frágil, comunicação ruim, baixo reconhecimento e injustiça organizacional favorecem burnout.	Liderança, segurança psicológica e sistemas justos de análise de eventos adversos são componentes preventivos.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

A análise dos estudos indica que o burnout em cirurgia se expressa de modo multidimensional. A exaustão emocional compromete energia e capacidade de recuperação; a despersonalização pode reduzir empatia e qualidade da comunicação; e a baixa realização profissional fragiliza engajamento, pertencimento e satisfação com a prática cirúrgica. Em conjunto, essas dimensões podem afetar etapas críticas da assistência, como avaliação pré-operatória, comunicação com equipe, decisão intraoperatória, passagem de plantão e seguimento pós-operatório.

Entre os fatores associados, destacam-se longas jornadas, imprevisibilidade da rotina, pressão por disponibilidade permanente, responsabilidade por desfechos graves, exposição a complicações, baixa autonomia, excesso de burocracia, assimetria hierárquica, assédio, discriminação e dificuldades de conciliar vida pessoal e carreira cirúrgica. Tais fatores são particularmente relevantes em programas de residência, nos quais a identidade profissional ainda está em formação e o medo de julgamento pode dificultar a busca por ajuda (JOHNSON et al., 2022; SAUDER et al., 2022).

Em segurança do paciente, os resultados convergem para uma relação relevante, mas complexa. O burnout pode prejudicar atenção sustentada, memória operacional, vigilância situacional, comunicação e tolerância ao estresse. Ao mesmo tempo, ambientes inseguros, com eventos adversos frequentes, equipe insuficiente e cultura punitiva, também aumentam burnout. Dessa forma, a relação é provavelmente bidirecional: burnout favorece falhas assistenciais e sistemas inseguros favorecem burnout.

Quadro 7 – Avaliação crítica dos estudos incluídos

Estudo/documento	Força da evidência	Limitações principais	Uso na revisão
Shanafelt et al., 2010	Alta relevância clínica por incluir grande amostra de cirurgiões.	Erro médico e burnout autorrelatados; delineamento observacional limita causalidade.	Fundamenta a associação entre burnout cirúrgico e erro médico.
Panagioti et al., 2018	Metanálise robusta sobre burnout médico e desfechos assistenciais.	Heterogeneidade entre especialidades e instrumentos; nem todos os estudos são cirúrgicos.	Sustenta impacto amplo sobre segurança, profissionalismo e satisfação.
Tawfik et al., 2018	Integra bem-estar médico, unidade de trabalho e segurança.	Autorrelato e desenho transversal; risco de causalidade reversa.	Apoia relação entre burnout individual e cultura de segurança.
Jesuyajolu et al., 2022	Revisão específica em cirurgiões e residentes, com síntese quantitativa.	Alta heterogeneidade de especialidades e ferramentas de burnout.	Fornecer estimativa contemporânea e fatores associados.
Sauder et al., 2022	Revisão ampla sobre burnout em cirurgiões e trainees.	Variação conceitual e metodológica entre estudos incluídos.	Ajuda a discutir mensuração, fatores e vulnerabilidade de trainees.
Shaikh et al., 2022	Revisão sistemática no contexto da pandemia.	Contexto excepcional pode limitar generalização para períodos não pandêmicos.	Mostra como crises institucionais amplificam estressores cirúrgicos.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

DISCUSSÃO

O burnout em cirurgiões deve ser compreendido como resultado da interação entre indivíduo, equipe, instituição e sistema de saúde. A cultura cirúrgica historicamente valoriza resistência física, autocontrole emocional, precisão técnica e disponibilidade. Embora esses atributos sustentem excelência em cenários críticos, eles também podem dificultar o reconhecimento do sofrimento, normalizar jornadas excessivas e reduzir a procura por suporte. Quando o sofrimento é interpretado como fraqueza, a instituição perde oportunidade de identificar riscos assistenciais antes que se transformem em erro, afastamento ou abandono da carreira.

A primeira dimensão relevante é a carga de trabalho. Cirurgiões frequentemente acumulam ambulatorio, centro cirúrgico, visitas em enfermaria, urgências, ensino, pesquisa, administração e resposta a intercorrências. A sobreposição de demandas reduz tempo de recuperação e aumenta fadiga. A fadiga, por sua vez, compromete funções cognitivas necessárias à segurança cirúrgica, como atenção seletiva, memória de trabalho, processamento

de informações, tomada de decisão e comunicação sob pressão (WEST et al., 2018; TAWFIK et al., 2018).

A segunda dimensão é o ambiente organizacional. A literatura sobre burnout médico mostra que fatores como baixa autonomia, liderança inadequada, ausência de reconhecimento, conflitos de equipe, injustiça organizacional e burocracia excessiva são determinantes importantes (NASEM, 2019; HODKINSON et al., 2022). No centro cirúrgico, esses fatores têm impacto adicional porque o cuidado depende de coordenação entre cirurgiões, anestesiológicos, enfermagem, instrumentadores, residentes, perfusionistas e equipes de apoio.

A terceira dimensão é a exposição a eventos adversos. Cirurgiões lidam diretamente com complicações, óbitos, reoperações e resultados inesperados. Após um evento adverso, o profissional pode tornar-se uma “segunda vítima”, experimentando culpa, ansiedade, medo de julgamento e perda de confiança. Em ambientes punitivos, essa experiência pode intensificar burnout e reduzir a transparência na comunicação de eventos, prejudicando o aprendizado institucional. Assim, programas de apoio pós-evento e análise sistêmica de falhas são componentes de segurança do paciente.

A associação entre burnout e erro médico deve ser interpretada com cautela metodológica. Muitos estudos usam autorrelato, o que pode introduzir viés de memória, viés de desejabilidade social e variação individual na percepção de erro. Além disso, estudos transversais não distinguem com precisão se o burnout aumenta o risco de erro, se o erro aumenta burnout, ou se ambos decorrem de um ambiente de trabalho inseguro. Ainda assim, a consistência entre estudos, especialidades e desfechos sustenta a relevância clínica e organizacional da associação (SHANAFELT et al., 2010; PANAGIOTI et al., 2018; DE LIMA GARCIA et al., 2019).

No campo cirúrgico, o impacto sobre segurança do paciente pode ocorrer em múltiplas fases. No pré-operatório, burnout pode reduzir qualidade da avaliação de risco, comunicação de consentimento e planejamento de recursos. No intraoperatório, pode afetar julgamento, tolerância a interrupções, liderança da equipe e resposta a eventos inesperados. No pós-operatório, pode comprometer acompanhamento de sinais de complicação, comunicação com familiares e continuidade assistencial. Portanto, burnout deve ser integrado à análise de risco perioperatório de forma sistêmica.

A despersonalização merece destaque. Essa dimensão do burnout envolve distanciamento emocional, cinismo e redução de envolvimento com pacientes e colegas. Em

cirurgia, pode traduzir-se em comunicação mais fria, menor escuta de preocupações, pior trabalho em equipe e menor abertura a feedback. A segurança do paciente depende de comunicação clara, especialmente em checklist cirúrgico, time-out, passagem de plantão e discussão de complicações. Assim, a despersonalização pode ser uma via plausível entre burnout e falhas de segurança.

A fase de formação cirúrgica é especialmente vulnerável. Residentes enfrentam pressão por desempenho técnico, hierarquias rígidas, competição, medo de erro, plantões, privação de sono e necessidade de demonstrar confiabilidade. Revisões recentes indicam que trainees podem apresentar altas taxas de burnout e que fatores como falta de suporte, discriminação, assédio e desequilíbrio vida-trabalho contribuem para o problema (JOHNSON et al., 2022; SHAIKH et al., 2022; SAUDER et al., 2022). Instituições formadoras devem considerar bem-estar como competência de segurança, e não como benefício acessório.

A pandemia de COVID-19 evidenciou como mudanças abruptas no sistema de saúde podem agravar burnout em equipes cirúrgicas. Redução de volume operatório, redistribuição para unidades clínicas, medo de contaminação, perda de treinamento, incerteza profissional e aumento de demandas emocionais foram descritos em revisões sobre cirurgiões e residentes durante o período pandêmico (SHAIKH et al., 2022). Embora esse contexto tenha sido

As intervenções para burnout devem ser multiníveis. Estratégias individuais, como mindfulness, atividade física, sono, psicoterapia, mentoria e treinamento de resiliência, podem ajudar, mas não substituem mudanças institucionais. Se a carga de trabalho permanece excessiva, se o ambiente é punitivo e se a equipe é insuficiente, intervenções individuais podem transferir ao profissional a responsabilidade por suportar um sistema disfuncional. A literatura contemporânea defende abordagem sistêmica, com redesenho de processos, liderança participativa, redução de tarefas sem valor clínico e cultura de apoio (NASEM, 2019; WEST et al., 2018).

A prevenção também exige indicadores. Hospitais e serviços cirúrgicos podem acompanhar burnout, absenteísmo, rotatividade, eventos adversos, cultura de segurança, tempo de descanso, número de plantões, cancelamentos cirúrgicos, reoperações e percepção de suporte. A análise conjunta desses indicadores evita tratar burnout como dado isolado e permite compreender sua relação com desempenho assistencial.

Por fim, a segurança do paciente e o bem-estar do cirurgião não são objetivos concorrentes. Ao contrário, ambos dependem de sistemas bem desenhados. Um cirurgião exausto, sem suporte e inserido em ambiente de alta pressão e baixa segurança psicológica tem menor margem para lidar com complexidade. A promoção do bem-estar cirúrgico deve ser entendida como investimento em qualidade, continuidade assistencial e proteção do paciente.

Limitações da revisão

A principal limitação desta revisão é a heterogeneidade dos estudos sobre burnout. Diferentes instrumentos, pontos de corte, populações, especialidades e contextos institucionais dificultam comparações diretas. Além disso, muitos estudos utilizam desenho transversal e medidas autorrelatadas, o que limita inferência causal e pode superestimar ou subestimar associações.

Outra limitação é que parte das evidências sobre segurança do paciente envolve médicos de várias especialidades, não exclusivamente cirurgiões. Ainda assim, esses dados são relevantes porque o ambiente cirúrgico compartilha mecanismos centrais com outras áreas médicas, como fadiga, sobrecarga, comunicação, tomada de decisão e cultura de segurança.

16

Implicações para a prática clínica, gestão e pesquisa

Na prática clínica e institucional, serviços cirúrgicos devem reconhecer burnout como marcador de risco organizacional. Recomenda-se implementar rastreamento periódico, canais de apoio confidenciais, programas de mentoria, revisão de escalas, proteção de tempo de descanso, melhoria de fluxos administrativos, fortalecimento de liderança e respostas não punitivas a eventos adversos.

Pesquisas futuras devem priorizar estudos longitudinais que integrem indicadores objetivos de segurança, dados institucionais e mensuração validada de burnout. Também são necessários ensaios pragmáticos de intervenções organizacionais, especialmente em serviços cirúrgicos de alta complexidade, trauma, urgência e residência médica.

Quadro 8 – Matriz operacional de aplicação dos achados

Nível de intervenção	Conduta sugerida	Justificativa científica	Indicadores de acompanhamento
Individual	Oferecer acesso confidencial a cuidado psicológico, sono,	Burnout afeta bem-estar, desempenho,	Escalas de burnout, sintomas depressivos, absenteísmo,

	atividade física, mentoria e suporte pós-evento adverso.	comunicação e permanência na carreira.	afastamentos e satisfação profissional.
Equipe cirúrgica	Fortalecer comunicação, briefing, debriefing, checklist, segurança psicológica e apoio entre pares.	Segurança cirúrgica depende de coordenação, liderança e comunicação efetiva.	Adesão ao checklist, eventos de comunicação, clima de equipe e notificações de quase erro.
Serviço/hospital	Revisar carga de trabalho, escalas, tempo de descanso, tarefas administrativas e disponibilidade de equipe.	Sobrecarga e falta de recursos são fatores associados ao burnout e a falhas assistenciais.	Horas trabalhadas, plantões, rotatividade, tempo de sala, cancelamentos e eventos adversos.
Formação cirúrgica	Implementar mentoria estruturada, feedback seguro, combate a assédio e supervisão adequada.	Residentes e cirurgiões jovens apresentam vulnerabilidade aumentada.	Burnout em residentes, denúncias de assédio, evasão, desempenho formativo e satisfação.
Governança de segurança	Incluir bem-estar cirúrgico em programas de qualidade e segurança do paciente.	Burnout associa-se a erro médico, pior percepção de segurança e menor qualidade assistencial.	Cultura de segurança, erros reportados, reoperações, complicações e satisfação do paciente.

Fonte: elaborado pelos autores, 2026.

A matriz operacional não substitui diretrizes institucionais, mas transforma os achados da revisão em pontos práticos de intervenção. Sua finalidade é demonstrar que o burnout cirúrgico deve ser enfrentado simultaneamente em níveis individual, coletivo e organizacional. Quando o serviço monitora apenas o indivíduo, perde fatores sistêmicos. Quando monitora apenas indicadores de segurança, ignora o estado das equipes que produzem cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O burnout em cirurgiões é uma condição ocupacional multifatorial, associada a exaustão, despersonalização, redução de eficácia profissional e múltiplos fatores do ambiente cirúrgico. A literatura demonstra prevalência elevada e heterogênea, com maior vulnerabilidade em residentes, profissionais jovens e contextos de alta demanda, plantões, pressão por produtividade, conflito interpessoal e baixo suporte institucional.

Os impactos sobre a segurança do paciente são relevantes. Burnout associa-se a maior relato de erro médico, pior percepção de segurança, menor profissionalismo, menor satisfação do paciente e possível redução da qualidade assistencial. Embora a causalidade seja complexa e frequentemente bidirecional, a consistência dos achados sustenta que burnout deve ser tratado como indicador de risco assistencial.

A prevenção exige abordagem sistêmica. Programas de bem-estar devem ir além de intervenções individuais e incluir liderança, cultura de apoio, segurança psicológica, gestão de carga de trabalho, suporte após eventos adversos, combate a assédio e integração entre qualidade assistencial e saúde ocupacional. Proteger o cirurgião, nesse contexto, é também proteger o paciente.

REFERÊNCIAS

1. DE LIMA GARCIA, C. et al. Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina*, Kaunas, v. 55, n. 9, p. 553, 2019. DOI: 10.3390/medicina55090553.
2. DIMOU, F. M.; ECKELBARGER, D.; RIAL, T. S. Surgeon burnout: a systematic review. *Journal of the American College of Surgeons*, v. 222, n. 6, p. 1230-1239, 2016. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.03.022.
3. HODKINSON, A. et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, v. 378, e070442, 2022. DOI: 10.1136/bmj-2022-070442.
4. JESUYAJOLU, D. et al. Burnout among surgeons and surgical trainees: a systematic review and meta-analysis of the prevalence and associated factors. *Surgery in Practice and Science*, v. 10, 100094, 2022. DOI: 10.1016/j.sipas.2022.100094.
5. JOHNSON, J. et al. Burnout in surgical trainees: a narrative review of trends, contributors, consequences and possible interventions. *Indian Journal of Surgery*, v. 84, supl. 1, p. 35-44, 2022. DOI: 10.1007/s12262-021-03047-y.
6. KIRDAR-SMITH, S.; KNIGHT, A.; TWUMASI, R. Burnout among trauma surgeons: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, v. 10, n. 4, e001873, 2025. DOI: 10.1136/tsaco-2025-001873.
7. NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. Taking action against clinician burnout: a systems approach to professional well-being. Washington, DC: National Academies Press, 2019. DOI: 10.17226/25521.
8. PANAGIOTI, M. et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, v. 178, n. 10, p. 1317-1331, 2018. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.3713.
9. SAUDER, M. et al. Comprehensive assessment of burnout among surgical trainees and practicing surgeons: a systematic review. *Journal of Surgical Education*, v. 79, n. 5, p. 1188-1205, 2022. DOI: 10.1016/j.jsurg.2022.04.009.
10. SHAIKH, C. F. et al. Burnout assessment among surgeons and surgical trainees during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Surgical Education*, v. 79, n. 5, p. 1206-1220, 2022. DOI: 10.1016/j.jsurg.2022.04.015.

11. SHANAFELT, T. D. et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, v. 251, n. 6, p. 995-1000, 2010. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3.
12. TAWFIK, D. S. et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 93, n. 11, p. 1571-1580, 2018. DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.05.014.
13. WEST, C. P.; DYRBYE, L. N.; SHANAFELT, T. D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, v. 283, n. 6, p. 516-529, 2018. DOI: 10.1111/joim.12752.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Acesso em: 2 jul. 2026.