

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Repensando a Saúde Mental da Enfermagem: do Invisível ao Estrutural

Gracio Marinho Sobral Santos

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14808>

Submetido em: 2026-01-10

Postado em: 2026-02-04 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Repensando a Saúde Mental da Enfermagem: do Invisível ao Estrutural

Rethinking Nursing Mental Health: From Invisible to Structural

Autor

Gracio Marinho Sobral Santos

Pós-graduando em Data Science e Informática em Saúde
Universidade Anhembi Morumbi – São Paulo, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-8762-7155>

E-mail: gracio.m@gmail.com

Resumo

A saúde mental da enfermagem brasileira permanece marcada pela invisibilidade institucional e pela naturalização da sobrecarga psíquica como parte inerente da profissão¹. Em um cenário pós-pandêmico caracterizado por intensificação do trabalho, precarização de vínculos e aumento expressivo de afastamentos por transtornos mentais², torna-se insuficiente compreender o adoecimento apenas como fragilidade individual. Este ensaio teórico tem como objetivo analisar criticamente as principais teses da obra *A Invisibilidade da Saúde Mental da Enfermagem no Brasil*³, articulando-as com a literatura contemporânea sobre burnout e trabalho em saúde⁴, e propor um deslocamento paradigmático: do invisível ao estrutural. A partir dos três pilares clássicos da síndrome de burnout – exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional⁵, sustenta-se que o adoecimento da enfermagem constitui fenômeno sistêmico, neuroafetivo e ocupacional. Como contribuição original, apresenta-se a metodologia **Arquitetura do Cuidado**, composta por três pilares: **Lex Justa**, **Hospitium Mentis** e **Solidaritas Clínica**³. Argumenta-se que tal modelo supera abordagens reativas e individualizantes, inaugurando uma perspectiva preventiva, ética e estrutural para a saúde mental da enfermagem. Conclui-se que repensar esse campo é condição indispensável

para a segurança do cuidado, a sustentabilidade dos sistemas de saúde e a dignidade do trabalho em enfermagem.

Descritores (DeCS/MeSH): Saúde Mental; Enfermagem; Burnout; Depressão; Condições de Trabalho; Políticas de Saúde.

Resumen

La salud mental de los profesionales de enfermería en Brasil sigue marcada por la invisibilidad institucional y por la normalización de la sobrecarga psíquica como característica inherente de la profesión. En un contexto pospandémico caracterizado por la intensificación del trabajo, la precarización de los vínculos laborales y el aumento significativo de las licencias por trastornos mentales, comprender el sufrimiento únicamente como fragilidad individual resulta insuficiente. Este ensayo teórico tiene como objetivo analizar críticamente las principales tesis de la obra *La Invisibilidad de la Salud Mental de la Enfermería en Brasil*, articulándolas con la literatura contemporánea sobre burnout y trabajo en salud, y proponer un desplazamiento paradigmático: de lo invisible a lo estructural. A partir de los tres pilares clásicos del síndrome de burnout agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización profesional se sostiene que el sufrimiento de la enfermería constituye un fenómeno sistémico, neuroafectivo y ocupacional. Como contribución original, se presenta la metodología **Arquitectura del Cuidado**, compuesta por tres pilares: **Lex Justa, Hospitium Mentis y Solidaritas Clínica**. Se argumenta que este modelo supera enfoques reactivos e individualizantes, inaugurando una perspectiva preventiva, ética y estructural para la salud mental de la enfermería. Se concluye que repensar este campo es condición indispensable para la seguridad del cuidado, la sostenibilidad de los sistemas de salud y la dignidad del trabajo en enfermería.

Palabras clave (DeCS/MeSH): Salud Mental, Enfermería, Burnout, Depresión, Condiciones Laborales, Políticas de Salud, Seguridad del Paciente

Abstract

The mental health of Brazilian nursing professionals remains marked by institutional invisibility and by the normalization of psychological overload as an inherent feature of

the profession¹. In a post-pandemic context characterized by intensified workloads, precarious employment relationships, and a significant increase in leaves due to mental disorders², understanding illness solely as individual vulnerability is no longer sufficient. This theoretical essay aims to critically analyze the main theses of the book *The Invisibility of Nursing Mental Health in Brazil*³, articulating them with contemporary literature on burnout and health work⁴, and to propose a paradigmatic shift: from the invisible to the structural. Based on the three classical pillars of burnout syndrome—emotional exhaustion, depersonalization, and reduced professional accomplishment⁵—it argues that nursing illness is a systemic, neuroaffective, and occupational phenomenon. As an original contribution, the **Care Architecture** methodology is presented, composed of three pillars: **Lex Justa**, **Hospitium Mentis**, and **Clinical Solidaritas**³. It is argued that this model overcomes reactive and individualizing approaches, establishing a preventive, ethical, and structural perspective for nursing mental health. The conclusion emphasizes that rethinking nursing mental health is essential for patient safety, health system sustainability, and the dignity of nursing work.

Keywords (MeSH): Mental Health; Nursing; Burnout, Professional; Depression; Working Conditions; Health Policy.

1. Introdução

A enfermagem constitui a maior força de trabalho em saúde no Brasil e sustenta, de forma contínua, a operacionalidade dos serviços públicos e privados de cuidado¹. Paradoxalmente, trata-se de uma das categorias mais expostas ao sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, uma das mais invisibilizadas quando o tema é saúde mental ocupacional². O adoecimento emocional tende a ser naturalizado como parte inerente da profissão, enquanto afastamentos, licenças prolongadas e abandono precoce da carreira são interpretados como eventos individuais, desvinculados das condições estruturais que os produzem³.

No cenário pós-pandêmico, essa contradição tornou-se ainda mais evidente. A intensificação do trabalho, o subdimensionamento crônico das equipes, a multiplicidade de vínculos empregatícios e a exposição contínua à dor, ao risco e à morte ampliaram de forma significativa a vulnerabilidade psíquica dos profissionais de enfermagem⁴. Estudos recentes indicam crescimento expressivo de quadros de ansiedade, depressão e burnout nessa categoria⁵. Ainda assim, as respostas institucionais permanecem majoritariamente reativas, fragmentadas e individualizantes⁶.

Predomina uma lógica que desloca para o trabalhador a responsabilidade de se adaptar a ambientes cronicamente disfuncionais. Programas pontuais de bem-estar, ações motivacionais isoladas ou encaminhamentos clínicos tardios não enfrentam os determinantes organizacionais do sofrimento⁷. Essa abordagem reforça a invisibilidade institucional do problema e perpetua a compreensão do adoecimento como falha pessoal, e não como expressão de um sistema de trabalho que opera em condições de alto risco neuroafetivo⁸.

É nesse contexto que a obra *A Invisibilidade da Saúde Mental da Enfermagem no Brasil*³ se insere como proposta de ruptura paradigmática. Ao integrar fundamentos da neurociência, da psicodinâmica do trabalho e da ética do cuidado, o livro sustenta que o sofrimento psíquico da enfermagem não decorre de fragilidade individual, mas de exposição prolongada a ambientes que exigem vigilância contínua, tomada rápida de decisões, gestão emocional constante e convivência reiterada com o sofrimento humano⁹. A obra propõe compreender a saúde mental da enfermagem como eixo estratégico para a

segurança do cuidado, a racionalidade econômica do Estado e a sustentabilidade do sistema de saúde¹⁰.

Este ensaio teórico tem como objetivo analisar criticamente as principais teses dessa obra, dialogando com a literatura contemporânea sobre burnout e trabalho em saúde^{5,11}, e propor um deslocamento conceitual: repensar a saúde mental da enfermagem do invisível ao estrutural. Para isso, utiliza-se como eixo interpretativo os três pilares clássicos da síndrome de burnout – exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional¹² – articulados à metodologia autoral **Arquitetura do Cuidado**³.

Ao fazê-lo, busca-se demonstrar que a crise da saúde mental na enfermagem não constitui um problema periférico ou setorial, mas um fenômeno sistêmico que exige respostas estruturais, preventivas e eticamente orientadas. Repensar esse campo implica deslocar o olhar do indivíduo adoecido para os modos de organização do trabalho, reconhecendo que cuidar de quem cuida é condição indispensável para a dignidade profissional, a segurança do paciente e a própria viabilidade do cuidado em saúde¹³.

2. O burnout como fenômeno estrutural na enfermagem

A síndrome de burnout consolidou-se como uma das principais categorias analíticas para compreender o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho em saúde¹⁴. Tradicionalmente descrita a partir de três pilares – exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional¹² –, essa síndrome tem sido frequentemente interpretada como resposta individual ao estresse ocupacional. No entanto, quando aplicada à realidade da enfermagem brasileira, tal leitura revela-se limitada, pois desconsidera o caráter estrutural das condições que produzem o esgotamento¹⁵.

Na enfermagem, o burnout não emerge como evento episódico, mas como resultado previsível de sistemas de trabalho marcados por subdimensionamento crônico, alta demanda emocional, múltiplos vínculos, jornadas extensas e exposição contínua ao sofrimento humano^{2,4}. Esses fatores configuram ambientes de alto risco neuroafetivo, nos quais o desgaste psíquico deixa de ser exceção para tornar-se norma¹⁶. Assim, os três

pilares do burnout devem ser compreendidos não como falhas individuais, mas como indicadores sensíveis de disfunções organizacionais¹⁷.

2.1 Exaustão emocional

A exaustão emocional manifesta-se como sensação persistente de esgotamento físico e psíquico, acompanhada de fadiga cognitiva, irritabilidade e redução da capacidade de concentração¹². Na enfermagem, ela decorre da combinação entre sobrecarga assistencial, imprevisibilidade das demandas, pressão por produtividade e responsabilidade direta sobre vidas humanas^{4,18}. Não se trata apenas de cansaço, mas de um estado prolongado de ativação neurobiológica do estresse.

Do ponto de vista neurocientífico, a exposição contínua a ambientes de alta exigência ativa de forma recorrente os sistemas cerebrais relacionados ao estresse, comprometendo funções como memória operacional, atenção sustentada e tomada de decisão¹⁹. O resultado é um ciclo de desgaste progressivo que afeta tanto o profissional quanto a segurança do cuidado²⁰. A exaustão, nesse contexto, revela a incapacidade estrutural das organizações de saúde em operar dentro dos limites humanos de processamento emocional e cognitivo²¹.

2.2 Despersonalização

A despersonalização expressa-se como distanciamento emocional, endurecimento afetivo e atitude defensiva frente ao outro¹². Longe de representar indiferença moral, esse movimento constitui, frequentemente, uma estratégia psíquica de autoproteção frente à exposição reiterada ao sofrimento²². Em ambientes nos quais não há espaço institucional para elaboração emocional, o profissional aprende a silenciar afetos para continuar funcionando²³.

Na enfermagem, essa resposta é intensificada pela convivência contínua com dor, morte e vulnerabilidade, sem dispositivos formais de acolhimento emocional^{4,24}. O risco é a erosão progressiva do vínculo humano que fundamenta o cuidado, transformando a relação terapêutica em interação mecanizada e defensiva²⁵. A despersonalização, portanto, não constitui falha ética do trabalhador, mas sintoma de sistemas que exigem exposição emocional contínua sem oferecer contenção institucional²⁶.

2.3 Redução da realização profissional

O terceiro pilar manifesta-se como sensação de ineficácia, perda de sentido do trabalho e desvalorização subjetiva¹². Na enfermagem brasileira, esse fenômeno é intensificado por baixos salários, reconhecimento social limitado, escassa participação nas decisões institucionais e ausência de perspectivas de desenvolvimento^{2,27}. Mesmo diante de esforços constantes e de alta complexidade técnica, o profissional vivencia a sensação de invisibilidade³.

Essa perda de sentido fragiliza a identidade profissional e amplia o desejo de afastamento ou abandono da carreira²⁸. O trabalho, que deveria operar como fonte de significado, passa a ser experimentado como espaço de desgaste e frustração²⁹. A redução da realização profissional expõe modelos de gestão que esvaziam o valor simbólico do cuidado e rompem o vínculo entre esforço, reconhecimento e pertencimento³⁰.

Compreendidos em conjunto, os três pilares do burnout funcionam como marcadores organizacionais. A exaustão revela sobrecarga sistêmica; a despersonalização denuncia ausência de espaços de elaboração emocional; a perda de realização profissional expõe estruturas que anulam o sentido do trabalho¹⁷. O burnout, assim, deve ser interpretado como expressão de falha estrutural, e não como fragilidade individual¹⁵.

Esse deslocamento conceitual abre caminho para intervenções que ultrapassam o plano clínico e alcançam o nível institucional e político¹⁶. Em vez de respostas reativas e individualizantes, torna-se possível pensar em dispositivos organizacionais de prevenção contínua. É nesse ponto que emerge a contribuição central deste artigo: a proposição da **Arquitetura do Cuidado** como metodologia estrutural para a saúde mental da enfermagem³.

3. Metodologia: Arquitetura do Cuidado

A contribuição central deste ensaio reside na proposição da **Arquitetura do Cuidado**, metodologia conceitual e organizacional desenvolvida pelo autor³ para enfrentar o sofrimento psíquico na enfermagem a partir de uma lógica estrutural, preventiva e sistêmica. Diferentemente de abordagens reativas, centradas no indivíduo adoecido, essa

arquitetura compreende a saúde mental como variável organizacional estratégica, passível de planejamento, monitoramento e intervenção contínua¹⁶.

A Arquitetura do Cuidado é composta por três pilares interdependentes **Lex Justa (Lei Justa)**, **Hospitium Mentis (Hospitalidade da Mente)** e **Solidaritas Clínica Clínica (Solidariedade Clínica)** que operam de forma integrada. Seu princípio fundamental é transformar sofrimento em informação organizacional, permitindo que sinais precoces de desgaste sejam captados, analisados e convertidos em melhoria de processos³. Assim, o adoecimento deixa de ser evento invisível e tardio para tornar-se indicador legítimo da qualidade institucional¹⁷.

3.1 Lex Justa

A **Lex Justa** constitui o eixo normativo da arquitetura. Trata-se de um princípio de justiça organizacional que assegura condições mínimas de sustentabilidade humana no trabalho: dimensionamento adequado de equipes, proteção ao sono, pausas restaurativas, previsibilidade de jornadas e garantia de segurança psicológica³.

Esse pilar atua diretamente sobre o primeiro eixo do burnout a exaustão emocional¹². Ao reconhecer limites neurobiológicos do desempenho humano¹⁹, a Lex Justa desloca o foco da resiliência individual para a responsabilidade institucional. Ambientes que exigem vigilância contínua, tomada rápida de decisões e gestão emocional intensa não podem operar sob regimes de sobrecarga crônica²¹. A ausência de justiça organizacional produz desgaste previsível e sistemático¹⁵.

A Lex Justa, portanto, não se restringe a normas administrativas, mas estabelece uma ética estrutural do cuidado com quem cuida. Ela traduz em parâmetros organizacionais o reconhecimento de que o corpo e a mente do trabalhador são recursos finitos e estratégicos²⁰.

3.2 Hospitium Mentis

O segundo pilar, **Hospitium Mentis**, constitui um dispositivo institucional de escuta neuroafetiva estruturada. Diferencia-se de iniciativas pontuais de apoio psicológico por operar como política permanente de prevenção³. Seu funcionamento baseia-se em

protocolos claros, confidencialidade, periodicidade definida e registro de indicadores agregados.

O *Hospitium Mentis* responde diretamente ao segundo pilar do burnout a despersonalização¹². Ao criar espaços formais de elaboração emocional, rompe-se a lógica do silenciamento afetivo que caracteriza ambientes de alto risco emocional²³. O sofrimento deixa de ser vivido de forma solitária e clandestina para tornar-se experiência legitimada institucionalmente²⁴.

Além do acolhimento individual, o dispositivo produz dados organizacionais sobre padrões de desgaste, áreas críticas e ciclos de risco. Assim, emoções não são tratadas apenas como fenômenos subjetivos, mas como sinais sistêmicos²⁶. O cuidado emocional passa a integrar a governança institucional, permitindo intervenções antes que o colapso se instale¹⁶.

3.3 Solidaritas Clínica

O terceiro pilar, **Solidaritas Clínica**, opera no plano cultural. Trata-se da formalização de uma ética de cuidado mútuo que integra equipes e gestão por meio de feedbacks estruturados, círculos de cuidado e aprendizagem organizacional³. Seu objetivo é reconstruir o vínculo entre trabalho, pertencimento e sentido.

Esse pilar atua sobre o terceiro eixo do burnout a redução da realização profissional¹². Ao criar espaços de reconhecimento, escuta horizontal e construção coletiva de soluções, a *Solidaritas Clínica* reverte a lógica de isolamento e invisibilidade²⁷. O profissional deixa de ser mero executor de tarefas para tornar-se sujeito participante do processo institucional³⁰.

A cultura de cuidado mútuo fortalece identidades profissionais, reduz o sentimento de ineficácia e restabelece o valor simbólico do trabalho²⁸. Mais do que suporte emocional, a *Solidaritas Clínica* produz coesão organizacional e inteligência coletiva, elementos centrais para a sustentabilidade do cuidado¹³.

Em conjunto, os três pilares constituem uma metodologia aplicada que desloca a saúde mental da enfermagem do campo do invisível para o estrutural. A *Arquitetura do Cuidado* permite que organizações deixem de reagir a crises individuais e passem a operar com

prevenção contínua, ética institucional e racionalidade sistêmica³. Ao fazê-lo, oferece uma resposta concreta à natureza estrutural do burnout na enfermagem brasileira¹⁵.

4. Diálogo com a literatura

Estudos recentes publicados na SciELO no período de 2024 a 2026 confirmam a elevada prevalência de burnout, sofrimento moral e adoecimento psíquico entre profissionais de saúde, especialmente na enfermagem^{5,11,14}. As investigações apontam associação consistente entre sobrecarga laboral, precarização das condições de trabalho, múltiplos vínculos empregatícios e deterioração da saúde mental^{2,4,18}. Contudo, a maior parte dessas análises permanece em um plano predominantemente descritivo.

Ainda que reconheçam o caráter sistêmico do problema, muitos trabalhos limitam-se a mapear prevalências, fatores de risco e impactos clínicos, sem avançar para modelos organizacionais aplicáveis^{15,17}. A ênfase recai sobre diagnósticos epidemiológicos e correlações estatísticas, deixando em aberto a questão central: como transformar esse conhecimento em arquitetura institucional preventiva?

Nesse sentido, a proposta aqui apresentada avança ao oferecer uma metodologia estruturada, com pilares conceituais claros e potencial de operacionalização. A **Arquitetura do Cuidado** não se limita a denunciar o sofrimento, mas o converte em variável organizacional legítima, passível de monitoramento contínuo e intervenção sistêmica^{3,16}. Diferentemente de abordagens centradas no indivíduo, propõe que o burnout seja tratado como falha de design institucional¹⁵.

A literatura recente reconhece que programas isolados de bem-estar, mindfulness ou apoio psicológico têm impacto limitado quando implementados em ambientes estruturalmente adoecedores^{6,21}. A Arquitetura do Cuidado dialoga diretamente com essa constatação ao deslocar o foco da adaptação individual para a transformação organizacional. Seus pilares operam sobre os três eixos clássicos do burnout¹² de forma integrada: a Lex Justa reduz a exaustão estrutural; o Hospitium Mentis previne a despersonalização; a Solidaritas Clínica reconstrói o sentido do trabalho.

Assim, o modelo apresentado ultrapassa o caráter descritivo predominante na produção recente e introduz uma gramática institucional do cuidado com quem cuida. Ele

transforma sofrimento em informação organizacional, permitindo que sinais precoces de desgaste orientem decisões de gestão, políticas internas e processos de trabalho³. Essa abordagem aproxima a saúde mental do campo da governança e da qualidade assistencial, alinhando-se às tendências contemporâneas de segurança do paciente e sustentabilidade dos sistemas de saúde^{13, 20}.

Ao propor uma metodologia aplicada, este ensaio contribui para preencher uma lacuna identificada na literatura: a ausência de modelos estruturais capazes de integrar saúde mental, gestão e ética institucional¹⁶. Mais do que ampliar o diagnóstico do problema, a Arquitetura do Cuidado oferece um caminho conceitual para sua reorganização sistêmica.

5. Considerações finais

Repensar a saúde mental da enfermagem implica deslocá-la do campo do invisível para o estrutural. O sofrimento psíquico desses profissionais não pode mais ser compreendido como fragilidade individual ou como efeito colateral inevitável da profissão. Ele constitui expressão direta de modelos organizacionais que operam em permanente descompasso com os limites neurobiológicos, emocionais e éticos do trabalho humano^{15, 19}.

A análise dos três pilares clássicos da síndrome de burnout – exaustão emocional, despersonalização e redução da realização profissional¹² – evidencia que tais dimensões funcionam como indicadores sensíveis de falhas sistêmicas. Elas revelam sobrecarga estrutural, ausência de dispositivos de elaboração emocional e esvaziamento simbólico do trabalho. Persistir em respostas individualizantes significa perpetuar o ciclo de adoecimento, afastamentos e evasão profissional^{2, 28}.

A **Arquitetura do Cuidado** propõe um deslocamento paradigmático ao transformar sofrimento em informação organizacional. Seus três pilares – **Lex Justa**, **Hospitium Mentis** e **Solidaritas Clínica** – oferecem uma metodologia capaz de integrar saúde mental, gestão e ética institucional. Ao fazê-lo, rompe com a lógica reativa e inaugura uma perspectiva de prevenção contínua, na qual o cuidado com quem cuida torna-se eixo estruturante das organizações de saúde^{3, 16}.

Essa abordagem amplia o campo da enfermagem como ciência, ao incorporar fundamentos da neurociência, da psicodinâmica do trabalho e da governança em saúde.

Mais do que proteger indivíduos, ela contribui para a segurança do paciente, a racionalidade econômica dos sistemas e a sustentabilidade do cuidado^{13,20}. Instituições que ignoram o sofrimento de seus profissionais comprometem não apenas a dignidade do trabalho, mas a qualidade do serviço que oferecem.

Conclui-se que a saúde mental da enfermagem deve ser tratada como política estrutural, e não como ação periférica. Cuidar de quem cuida não é concessão, benefício ou gesto humanitário eventual. É requisito ético, organizacional e civilizatório para qualquer sistema de saúde que se pretenda sustentável, seguro e verdadeiramente humano.

Declarações

Conflito de Interesses:

O autor declara não haver conflito de interesses.

Financiamento:

Esta pesquisa não recebeu financiamento externo.

Declaração Ética:

Este manuscrito não envolve pesquisa com seres humanos ou animais e está em conformidade com os padrões éticos aplicáveis a estudos teóricos e conceituais.

Contribuição do Autor:

O autor é o único responsável pela concepção, desenvolvimento, redação e revisão deste manuscrito.

Disponibilidade de Dados

Este manuscrito constitui um ensaio teórico e conceitual, baseado exclusivamente em revisão bibliográfica, construção analítica e desenvolvimento de modelos originais.

Os conceitos centrais derivam de duas obras previamente publicadas pelo autor *Mente em Movimento* (ISBN 978-65-01-78393-2) e *A Invisibilidade da Saúde Mental da Enfermagem no Brasil* (ISBN 978-65-01-88535-3) e foram posteriormente elaborados a partir de uma formação acadêmica multidisciplinar que inclui neurociência, tecnologia, comunicação, ciência de dados, informática em saúde e ciências humanas.

O estudo não envolve coleta, processamento ou análise de dados empíricos, nem utiliza bases externas, entrevistas, experimentos ou instrumentos de mensuração. Todos os argumentos, fundamentos teóricos e estruturas conceituais estão integralmente contidos no próprio manuscrito.

Dessa forma, a opção correta para esta seção é:

Os dados da pesquisa estão contidos no próprio manuscrito.

Referências

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Perfil da enfermagem no Brasil. Brasília: COFEN; 2023.
2. Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M, et al. Condições de trabalho da enfermagem. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
3. Marinho Sobral Santos G. *A Invisibilidade da Saúde Mental da Enfermagem no Brasil*. Feira de Santana: Autor; 2024.
4. Teixeira CF, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LOM, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet*. 2020;25(9):3465–74.
5. Silva RM, Goulart CT, Lopes LFD, Serrano PM, Guido LA. Burnout e saúde mental em profissionais de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2024;77(2):e20230211.
6. Sousa VEC, Araujo TC. Programas institucionais de bem-estar e limites na prevenção do burnout. *Texto Contexto Enferm*. 2025;34:e20240231.

7. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 2019.
8. Mendes AM, Araújo LK. Sofrimento psíquico e organização do trabalho em saúde. *Psicol Soc*. 2021;33:e023014.
9. Damasio A. *O erro de Descartes*. São Paulo: Companhia das Letras; 2018.
10. World Health Organization. *Mental health at work*. Geneva: WHO; 2022.
11. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MDA. Precarização do trabalho em saúde e impactos psíquicos. *Saude Soc*. 2025;34(1):e240112.
12. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 4th ed. Palo Alto: Mind Garden; 2018.
13. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–8.
14. Organização Mundial da Saúde. *Burn-out an occupational phenomenon*. Geneva: WHO; 2019.
15. Schaufeli WB. Burnout in healthcare: a structural perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(4):360–6.
16. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283(6):516–29.
17. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of burnout. In: Perrewé PL, Ganster DC, editors. *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Oxford: Elsevier; 2017. p. 91–134.
18. Felli VEA, Baptista PCP. Cargas de trabalho e adoecimento da enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230245.
19. McEwen BS. Neurobiological effects of stress. *Dialogues Clin Neurosci*. 2019;21(4):343–51.
20. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety. *BMJ Open*. 2016;6:e011899.
21. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(1):129–46.
22. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002;58(11):1433–41.
23. Hochschild AR. *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press; 2012.
24. Rios IC, Schraiber LB. Sofrimento moral e trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e210378.
25. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado; 2019.
26. Karasek R, Theorell T. *Healthy work*. New York: Basic Books; 2018.
27. Paim JS. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021.
28. Barlem ELD, Lunardi VL, Tomaszewski-Barlem JG. Abandono da profissão de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2022;30:e3541.
29. Morin EM. *Os sentidos do trabalho*. São Paulo: Atlas; 2017.
30. Senge PM. *A quinta disciplina*. Rio de Janeiro: BestSeller; 2019.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.