

SÍNDROME DE BURNOUT, RISCOS PSICOSSOCIAIS E SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES: ESTRATÉGIAS INTEGRADAS PARA PROMOÇÃO DO BEM- ESTAR ORGANIZACIONAL E PREVENÇÃO DO AFASTAMENTO LABORAL

**BURNOUT SYNDROME, PSYCHOSOCIAL RISKS AND WORKERS' MENTAL
HEALTH: INTEGRATED STRATEGIES FOR PROMOTING ORGANIZATIONAL
WELL-BEING AND PREVENTING WORK DISABILITY**

Ciências Biológicas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

30/08/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/787974824](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/787974824)

Neidivânia Medeiros da Nóbrega¹

Delane Martins Viveiros²

Michely da Silva Pacheco³

Carlos Ruiz da Silva⁴

Daniela Moleiro⁵

Saul de Melo Ibiapina Neres⁶

Fabio Antonio da Silva Arruda⁷

Andréa Aparecida de Souza Alves⁸

José Francisco de Sousa⁹

RESUMO

As transformações contemporâneas nas relações de trabalho, caracterizadas pela intensificação das demandas produtivas, incorporação de tecnologias digitais, conectividade permanente, mudanças nas formas de contratação e reestruturações organizacionais, ampliaram a relevância dos fatores de risco psicossociais para a saúde dos trabalhadores. O presente estudo analisa, mediante revisão sistemática qualitativa com síntese narrativa, as relações entre burnout, riscos psicossociais, transtornos mentais, capacidade para o trabalho e afastamento laboral, bem como as evidências relativas às estratégias de prevenção e promoção da saúde mental ocupacional. Foram priorizadas revisões sistemáticas, metanálises, estudos longitudinais, diretrizes internacionais e documentos normativos relacionados à saúde do trabalhador. Os resultados demonstram que altas demandas psicológicas, desequilíbrio entre esforço e recompensa, baixo controle sobre o trabalho, liderança inadequada, violência, assédio, insegurança laboral e insuficiência de suporte estão associados a maior risco de sofrimento mental e afastamentos relacionados a transtornos mentais. O burnout, definido pela Organização Mundial da Saúde como fenômeno ocupacional decorrente do estresse crônico no trabalho não administrado adequadamente, apresenta relações com exaustão, cinismo, redução da eficácia profissional e diminuição da capacidade laboral, embora não deva ser confundido automaticamente com depressão ou outros transtornos psiquiátricos. As evidências indicam que intervenções individuais podem reduzir sintomas, mas estratégias organizacionais voltadas à modificação das condições de trabalho são indispensáveis para atuar sobre as fontes do risco. No Brasil, a inclusão expressa dos fatores psicossociais relacionados ao trabalho no Gerenciamento de Riscos Ocupacionais da NR-1 reforça a necessidade de identificação,

avaliação e controle sistemáticos desses fatores. Conclui-se que a prevenção eficaz do adoecimento e do afastamento requer integração entre medicina do trabalho, segurança e saúde ocupacional, gestão organizacional, participação dos trabalhadores, liderança, vigilância epidemiológica, programas de retorno ao trabalho e atenção em saúde mental, superando abordagens centradas exclusivamente na capacidade individual de enfrentar ambientes organizacionalmente adversos.

Palavras-chave: Medicina do trabalho; saúde mental; síndrome de burnout; riscos psicossociais; saúde ocupacional; afastamento laboral.

ABSTRACT

Contemporary transformations in labor relations, characterized by intensified productivity demands, digital technologies, permanent connectivity, changing employment arrangements, and organizational restructuring, have increased the relevance of psychosocial risk factors to workers' health. This study analyzes, through a qualitative systematic review with narrative synthesis, the relationships among burnout, psychosocial risks, mental disorders, work ability, and sickness absence, as well as evidence regarding prevention and occupational mental health promotion strategies. Systematic reviews, meta-analyses, longitudinal studies, international guidelines, and occupational health regulations were prioritized. Findings indicate that high psychological demands, effort-reward imbalance, low job control, inadequate leadership, workplace violence, harassment, job insecurity, and insufficient social support are associated with increased risks of mental health problems and sickness absence due to mental disorders. Burnout, defined by the World Health Organization as an occupational phenomenon resulting from chronic workplace stress that has not

been successfully managed, is related to exhaustion, cynicism, reduced professional efficacy, and impaired work ability, although it should not automatically be equated with depression or other psychiatric disorders. Evidence indicates that individual interventions may reduce symptoms; however, organizational strategies addressing working conditions are essential to modify the sources of psychosocial risk. In Brazil, the explicit inclusion of work-related psychosocial risk factors within the Occupational Risk Management framework of Regulatory Standard NR-1 strengthens the need for their systematic identification, assessment, and control. Effective prevention of mental health deterioration and work disability requires integration among occupational medicine, occupational safety and health, organizational management, worker participation, leadership, epidemiological surveillance, return-to-work programs, and mental health care, moving beyond approaches focused exclusively on workers' individual ability to cope with adverse organizational environments.

Keywords: Occupational medicine; mental health; burnout; psychosocial risks; occupational health; sickness absence.

1. INTRODUÇÃO

O trabalho ocupa posição ambivalente na determinação da saúde mental. Pode representar fonte de renda, autonomia, identidade, inserção social, desenvolvimento profissional e senso de utilidade, constituindo elemento potencialmente protetor para a saúde psíquica. Entretanto, condições inadequadas de organização do trabalho podem produzir ou agravar sofrimento, especialmente quando exigências intensas e persistentes não são acompanhadas por recursos, controle, reconhecimento, suporte e condições suficientes para execução das atividades. Essa perspectiva impede

tanto a patologização de qualquer experiência de cansaço profissional quanto a interpretação segundo a qual dificuldades relacionadas ao trabalho seriam exclusivamente resultado de vulnerabilidades individuais. A Organização Mundial da Saúde reconhece entre os riscos psicossociais cargas excessivas, ritmo intenso, jornadas longas ou inflexíveis, falta de controle, cultura organizacional negativa, suporte insuficiente, supervisão autoritária, violência, assédio, discriminação, ambiguidade de funções, insegurança no emprego e conflito entre trabalho e vida pessoal.

A transformação tecnológica intensificou algumas dessas questões sem produzir efeitos necessariamente uniformes. Ferramentas digitais ampliaram flexibilidade e autonomia em determinados contextos, mas também tornaram tecnicamente possível prolongar a disponibilidade profissional para além do espaço físico do trabalho. Mensagens, plataformas de comunicação, aplicativos corporativos e atividades remotas podem dissolver fronteiras anteriormente mais claras entre jornada e descanso. Essa conectividade não é, por si só, prejudicial; seu significado depende da cultura organizacional, das expectativas explícitas ou implícitas de disponibilidade, da autonomia do trabalhador e da possibilidade real de recuperação. Organizações que oferecem flexibilidade acompanhada de autonomia podem produzir resultados diferentes daquelas em que dispositivos digitais funcionam como extensão permanente das demandas laborais.

A discussão sobre burnout surge dentro desse cenário, mas exige precisão conceitual. A Organização Mundial da Saúde classifica o burnout na CID-11 como um fenômeno ocupacional e não como uma condição médica autônoma. Sua definição refere-se ao resultado do estresse crônico no local de trabalho que não foi

administrado com sucesso e compreende três dimensões: exaustão ou depleção de energia, aumento do distanciamento mental do trabalho ou sentimentos de negativismo e cinismo e redução da eficácia profissional. A própria definição restringe o termo ao contexto ocupacional, razão pela qual sua utilização para descrever exaustão decorrente de qualquer domínio da vida não corresponde ao conceito adotado pela OMS.

A diferenciação entre burnout e transtornos mentais é igualmente necessária. Sintomas de exaustão, perda de motivação, alterações de sono, concentração reduzida e sofrimento podem coexistir com depressão, ansiedade ou outros quadros psiquiátricos, mas os conceitos não são equivalentes. Maslach e Leiter (2016) destacam a especificidade ocupacional do burnout e sua relação com incompatibilidades persistentes entre indivíduo e trabalho, enquanto revisões posteriores ressaltam dificuldades de definição e mensuração que explicam grande parte da variação encontrada nas estimativas de prevalência. A utilização de diferentes instrumentos e pontos de corte pode produzir percentuais radicalmente distintos em uma mesma população, tornando inadequado comparar prevalências sem examinar o método empregado.

Essa cautela é particularmente relevante em pesquisas realizadas durante e após a pandemia de COVID-19. Uma revisão sistemática sobre trabalhadores da saúde encontrou estimativas de burnout variando entre 14,7% e 76%, com predomínio de estudos transversais e diversidade significativa dos instrumentos de mensuração. Os autores identificaram justamente a falta de padronização como obstáculo à comparação dos resultados. Assim, números de prevalência devem ser apresentados como estimativas específicas

de determinada população e metodologia, e não como frequência universal do burnout em uma categoria profissional.

A discussão contemporânea também se afasta progressivamente de um modelo que atribui sofrimento ocupacional à falta de resiliência individual. Características pessoais podem modificar a forma de responder às demandas, mas não eliminam o papel causal ou agravante da organização do trabalho. Um profissional altamente resiliente permanece vulnerável quando submetido persistentemente a volume de trabalho incompatível com o tempo disponível, conflitos de função, ausência de apoio, violência, assédio ou falta de recursos essenciais. Intervenções centradas exclusivamente em meditação, relaxamento, psicoterapia ou treinamento individual podem gerar benefícios, mas tornam-se eticamente e tecnicamente insuficientes quando as fontes do risco permanecem inalteradas.

Esse deslocamento possui respaldo empírico. Uma revisão sistemática e metanálise publicada no *JAMA Psychiatry* avaliou estudos prospectivos que relacionavam estressores psicossociais ocupacionais ao afastamento por transtorno mental diagnosticado. Entre 130.056 trabalhadores incluídos nas metanálises, baixa recompensa esteve associada a risco 76% maior de afastamento por transtorno mental; desequilíbrio esforço-recompensa, a aumento de 66%; *job strain*, a 47%; baixo controle, a 25%; e altas demandas psicológicas, a 23%. Embora associações observacionais não demonstrem que todos os casos tenham origem exclusivamente ocupacional, a consistência dos achados longitudinais demonstra que a organização do trabalho não pode ser tratada como elemento periférico da prevenção.

Uma revisão sistemática publicada em 2026 reforçou essa conclusão ao analisar 30 estudos longitudinais sobre fatores psicossociais e afastamento laboral. Liderança de baixa qualidade, bullying e violência apareceram entre fatores de risco, enquanto oportunidades de desenvolvimento e suporte social figuraram entre elementos protetores. Os autores descreveram o afastamento como fenômeno multifatorial, influenciado simultaneamente por dimensões relacionadas ao conteúdo do trabalho, ao contexto organizacional e às relações interpessoais. Essa perspectiva é particularmente adequada à medicina do trabalho porque evita atribuir incapacidade exclusivamente ao diagnóstico clínico e exige considerar a interação entre estado de saúde e exigências concretas da atividade.

No Brasil, a relevância do tema tornou-se ainda mais evidente em razão das mudanças regulatórias recentes. A Portaria MTE nº 1.419/2024 reformulou o capítulo 1.5 da NR-1 e incluiu expressamente os fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho dentro do Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Após prorrogação, a nova redação entrou em vigor em 26 de maio de 2026. O próprio Ministério do Trabalho e Emprego disponibilizou guia específico sobre fatores psicossociais em 2025 e manual de interpretação do capítulo 1.5 em 2026. O tema deixou, portanto, de ocupar apenas o campo das iniciativas voluntárias de bem-estar corporativo e passou a integrar de maneira expressa o sistema de gerenciamento de riscos ocupacionais.

Os dados previdenciários brasileiros também demonstram a relevância da incapacidade relacionada à saúde mental, embora devam ser interpretados cuidadosamente. Informe da Previdência Social sobre benefícios associados ao Capítulo V da CID-10

contabilizou 1.724.653 concessões por incapacidade entre 2021 e 2025, das quais aproximadamente 98% correspondiam a benefícios temporários. A maior parte foi registrada como benefício previdenciário comum, enquanto uma proporção muito menor foi classificada como acidentária. Esses números não permitem afirmar que todos os afastamentos tenham sido produzidos pelo trabalho; pelo contrário, mostram também que a caracterização do nexo ocupacional constitui questão distinta da existência do transtorno mental. Ainda assim, indicam a magnitude da incapacidade associada aos transtornos mentais na população trabalhadora.

O Ministério da Saúde reconhece os transtornos mentais relacionados ao trabalho dentro da vigilância em saúde do trabalhador e inclui manifestações como ansiedade, sofrimento emocional e burnout entre os eventos que podem ter como elementos causais fatores relacionados à organização e gestão do trabalho. A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, atualizada nos últimos anos, também explicita diversos fatores psicossociais ocupacionais. Isso reforça a necessidade de que profissionais de saúde avaliem a história ocupacional e as condições concretas de trabalho em vez de analisar sintomas mentais de forma completamente dissociada da atividade profissional.

A questão norteadora deste estudo é, portanto: **quais fatores psicossociais relacionados ao trabalho apresentam maior associação com burnout, adoecimento mental e afastamento laboral, e quais estratégias preventivas possuem melhor sustentação para reduzir riscos e promover trabalho mentalmente saudável?** O objetivo geral consiste em analisar sistematicamente as evidências contemporâneas sobre riscos psicossociais, burnout, incapacidade e intervenções ocupacionais.

Especificamente, busca-se discutir os modelos teóricos de estresse ocupacional; diferenciar burnout de transtornos psiquiátricos; analisar associações com absenteísmo, presenteísmo e capacidade para o trabalho; examinar estratégias individuais e organizacionais; discutir a participação da liderança e dos trabalhadores; avaliar programas de retorno ao trabalho; e contextualizar os resultados diante da regulamentação brasileira vigente.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi estruturado como revisão sistemática qualitativa da literatura com síntese narrativa. A escolha decorreu da heterogeneidade dos objetos analisados, que abrangem fatores de risco psicossociais, burnout, depressão, ansiedade, afastamento laboral, presenteísmo, capacidade para o trabalho, intervenções organizacionais e estratégias de retorno ao trabalho. Esses desfechos não possuem instrumentos ou desenhos suficientemente uniformes para justificar uma única metanálise própria, razão pela qual foram priorizadas sínteses quantitativas já publicadas e estudos longitudinais capazes de contribuir para a interpretação temporal das associações.

A busca bibliográfica foi atualizada até agosto de 2026 e concentrou-se em PubMed/MEDLINE, complementada por documentos técnicos da Organização Mundial da Saúde, Organização Internacional do Trabalho, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Previdência Social. Utilizaram-se combinações de termos correspondentes a “burnout”, “occupational burnout”, “psychosocial risks”, “work-related stress”, “job demands”, “job control”, “effort reward imbalance”, “organizational justice”, “mental health”, “sickness absence”, “absenteeism”, “presenteeism”, “work

ability”, “return to work”, “organizational intervention”, “manager training” e “occupational health”.

Foram priorizadas revisões sistemáticas, metanálises, estudos prospectivos e ensaios de intervenção publicados principalmente entre 2020 e agosto de 2026. Estudos anteriores foram mantidos quando constituíam referências fundamentais para a conceptualização do burnout e dos modelos teóricos de risco psicossocial. Documentos normativos e diretrizes foram analisados separadamente da evidência empírica, uma vez que a função de uma norma é estabelecer responsabilidades e procedimentos, e não demonstrar, por si própria, eficácia clínica.

Os critérios de inclusão abrangeram pesquisas com trabalhadores adultos que examinassem fatores relacionados ao desenho, organização, gestão ou relações de trabalho e sua associação com burnout, transtornos mentais, capacidade laboral, absenteísmo, presenteísmo ou retorno ao trabalho. Foram incluídas intervenções organizacionais, individuais e combinadas quando apresentavam resultados relacionados à saúde mental ou funcionamento ocupacional. Estudos exclusivamente realizados em estudantes, populações sem vínculo laboral ou contextos que empregavam “burnout” fora da esfera ocupacional foram excluídos do núcleo da análise.

Foi adotada uma hierarquia interpretativa das evidências. Ensaios controlados e revisões de intervenções receberam maior peso para avaliar eficácia. Estudos longitudinais foram priorizados para relações entre riscos e afastamento porque oferecem temporalidade mais adequada que pesquisas transversais. Estudos transversais foram utilizados principalmente para compreender associações e

mecanismos, sem inferência causal direta. Quando resultados observacionais conflitavam com evidências experimentais, a interpretação distinguiu claramente associação de eficácia preventiva.

Não foi calculada prevalência global de burnout, justamente porque a literatura apresenta diversidade substancial de instrumentos e pontos de corte. O Maslach Burnout Inventory, Copenhagen Burnout Inventory, Oldenburg Burnout Inventory e outros instrumentos partem de modelos que não são inteiramente equivalentes. Revisões metodológicas indicam que diferenças de definição e mensuração produzem grande variabilidade, tornando inadequada a utilização de um percentual único para representar “a prevalência de burnout” em todos os trabalhadores.

A síntese foi organizada em sete eixos: conceptualização do burnout; modelos de riscos psicossociais; relações entre fatores ocupacionais e saúde mental; associação com capacidade, absenteísmo e presenteísmo; estratégias preventivas; retorno ao trabalho; e implicações da regulamentação brasileira. Essa organização permite tratar a prevenção como continuum que começa antes do adoecimento, passa pela detecção precoce e inclui estratégias de permanência saudável e reinserção após o afastamento.

3. REFERENCIAL TEÓRICO: BURNOUT, ESTRESSE OCUPACIONAL E RISCOS PSICOSSOCIAIS

3.1. Burnout Como Fenômeno Ocupacional

O conceito contemporâneo de burnout deriva de décadas de investigação sobre experiências de esgotamento profissional, inicialmente descritas com maior frequência entre trabalhadores

cujas atividades envolviam intenso contato humano. Posteriormente, a literatura demonstrou que fenômenos semelhantes poderiam aparecer em diferentes ocupações, ampliando a aplicação do construto. Maslach e Leiter organizaram uma das abordagens mais influentes, estruturada nas dimensões de exaustão, cinismo ou distanciamento e eficácia profissional. A CID-11 adotou formulação próxima a essa tradição ao definir burnout por exaustão, distanciamento mental ou negativismo em relação ao trabalho e redução da eficácia profissional.

A exaustão corresponde à sensação de esgotamento dos recursos físicos e emocionais diante de demandas persistentes. Embora frequentemente seja o componente mais evidente, ela não esgota o fenômeno. O distanciamento pode surgir como resposta defensiva a um trabalho que passou a ser experimentado predominantemente como fonte de pressão, levando a indiferença, cinismo ou redução do envolvimento. A percepção de eficácia, por sua vez, refere-se à avaliação de que o próprio trabalho deixou de produzir resultados significativos ou de que o trabalhador já não consegue desempenhá-lo satisfatoriamente. Esses componentes podem aparecer em intensidades diferentes, razão pela qual burnout não corresponde simplesmente à fadiga após uma semana intensa.

A distinção em relação à depressão permanece relevante. Sintomas podem se sobrepor, especialmente cansaço, alterações cognitivas e perda de motivação, mas depressão não está conceitualmente limitada ao contexto profissional. Um trabalhador pode apresentar transtorno depressivo que afete trabalho, família e outras atividades; outro pode apresentar elevado burnout sem preencher critérios diagnósticos para depressão. Também é possível coexistência. A avaliação clínica não deve presumir que qualquer sofrimento de

uma pessoa empregada seja burnout, tampouco utilizar o rótulo ocupacional para evitar investigação psiquiátrica adequada.

Da mesma forma, burnout não deve funcionar como explicação automática para incapacidade. A capacidade de trabalhar resulta da interação entre saúde, exigências da atividade, recursos, habilidades, adaptações e contexto. Um trabalhador com sintomas relevantes pode permanecer funcional se houver redução temporária de determinadas demandas e suporte adequado; outro com quadro aparentemente menos intenso pode tornar-se incapaz diante de tarefas de alta responsabilidade ou riscos específicos. A medicina do trabalho precisa, portanto, avaliar função e contexto, e não somente pontuação em questionários.

3.2. Modelo Demandas-Recursos do Trabalho

Entre os modelos teóricos mais utilizados para compreender burnout encontra-se a teoria das Demandas e Recursos do Trabalho, conhecida como Job Demands-Resources ou JD-R. O modelo parte da ideia de que qualquer ocupação pode ser descrita por combinações entre demandas e recursos. Demandas representam aspectos do trabalho que exigem esforço sustentado e possuem custos físicos ou psicológicos; recursos correspondem a características que auxiliam no alcance dos objetivos, diminuem os custos das demandas ou favorecem desenvolvimento. Carga de trabalho, pressão temporal e demandas emocionais são exemplos de demandas; autonomia, suporte, participação decisória e oportunidades de desenvolvimento constituem exemplos de recursos.

A teoria não pressupõe que toda demanda seja necessariamente patológica. Trabalho exige esforço e determinados desafios podem produzir aprendizagem ou engajamento. O risco cresce quando demandas permanecem elevadas, recursos são insuficientes e não há recuperação. Revisão sistemática de 2022 concluiu que o modelo JD-R permanece útil para explicar burnout e engajamento em diferentes ambientes contemporâneos. Uma revisão teórica de dez anos de evolução do modelo também enfatiza sua aplicação multinível e a interação entre características pessoais e organizacionais.

Estudo envolvendo profissionais de diferentes setores encontrou que, embora níveis médios de demandas e recursos variassem, suas relações com burnout e engajamento eram semelhantes entre saúde, indústria, serviços e setor público. Essa observação sustenta uma implicação importante: riscos psicossociais não são exclusivos de profissões tradicionalmente percebidas como emocionalmente intensas. Cada atividade possui sua combinação de demandas e recursos, e a prevenção precisa partir da análise real do trabalho.

Estudo recente com milhares de enfermeiros europeus encontrou associação forte entre demandas e burnout e relação protetora dos recursos, identificando demandas emocionais e dissonância emocional entre importantes preditores do esgotamento. Embora o desenho transversal limite inferências causais, o resultado ilustra como diferentes tipos de demanda possuem relevância distinta e por que avaliações psicossociais precisam ultrapassar a simples pergunta sobre “nível de estresse”.

3.3. Demanda-Controle, Esforço-Recompensa e Justiça Organizacional

Outros modelos complementam a análise. O modelo demanda-controle destaca que altas demandas combinadas a baixa autonomia configuram situação de especial tensão. Dois trabalhadores podem enfrentar volume semelhante de tarefas, mas aquele que possui pouca possibilidade de organizar prioridades, ritmo ou método tende a experimentar relação distinta com o trabalho. A autonomia não elimina a demanda, mas oferece recurso para administrá-la.

O modelo de desequilíbrio esforço-recompensa enfatiza outra dimensão. Quando elevado esforço não é acompanhado por remuneração, reconhecimento, estabilidade, perspectiva de carreira ou retorno compatível, cria-se uma condição de desproporção que pode representar potente estressor. A metanálise de Duchaine et al. encontrou risco 66% maior de afastamento por transtorno mental entre trabalhadores expostos a desequilíbrio esforço-recompensa e 76% maior quando havia baixa recompensa. Esses resultados demonstram que reconhecimento e reciprocidade não são elementos meramente motivacionais; podem ter implicações para a saúde.

A justiça organizacional acrescenta percepções sobre equidade nos procedimentos, decisões e relações. Trabalhadores avaliam não somente resultados, mas como foram alcançados, se regras são aplicadas consistentemente e se recebem tratamento respeitoso. Ambientes nos quais decisões parecem arbitrárias, favoritismos são frequentes ou o diálogo é inexistente podem produzir tensão mesmo quando remuneração e carga são aparentemente adequadas.

Esses modelos não precisam competir entre si. Demandas, controle, recompensa e justiça podem coexistir e atuar simultaneamente. O valor de utilizá-los está em transformar a expressão genérica “estresse no trabalho” em dimensões potencialmente mensuráveis e modificáveis.

4. RISCOS PSICOSSOCIAIS E ADOECIMENTO MENTAL

Os riscos psicossociais são características do desenho, gestão e contexto do trabalho capazes de produzir efeitos adversos à saúde. A Organização Internacional do Trabalho destaca aspectos como conteúdo da atividade, carga, ritmo, controle, horários, cultura organizacional, desenvolvimento de carreira, segurança do emprego, relações interpessoais e interface trabalho-família. Essa definição é particularmente útil porque localiza o risco no trabalho e não na personalidade do trabalhador.

A carga excessiva constitui um dos fatores mais intuitivos, mas sua avaliação precisa considerar qualidade e intensidade. O número de tarefas pode ser compatível com a jornada em condições normais e tornar-se inviável diante de interrupções, falta de pessoal ou sistemas tecnológicos pouco eficientes. Demandas cognitivas também podem ser excessivas quando há necessidade de atenção contínua, tomada de decisões complexas e responsabilidade elevada sem recuperação. Em determinadas profissões, demandas emocionais são igualmente relevantes, sobretudo quando trabalhadores precisam lidar continuamente com sofrimento, conflito, violência ou necessidade de controlar a expressão emocional.

Baixo controle adiciona um fator de risco que não pode ser compensado apenas pela redução numérica da carga. Trabalhadores submetidos a metas rígidas e métodos prescritos, sem capacidade de priorizar ou decidir como realizar o trabalho, podem apresentar estresse elevado mesmo quando a quantidade objetiva de tarefas não parece excepcional. Metanálise sobre fatores psicossociais e afastamento por transtornos mentais encontrou associação significativa tanto com altas demandas quanto com baixo controle, com risco ainda maior no contexto de *job strain*.

Assédio, violência e bullying merecem destaque por representarem riscos qualitativamente diferentes. Não se trata apenas de volume de trabalho, mas de ameaça à segurança psicológica, dignidade e pertencimento. A revisão longitudinal de Margheritti et al. identificou bullying e violência entre os fatores associados ao afastamento laboral. Políticas de saúde ocupacional que oferecem sessões de manejo do estresse sem mecanismos efetivos para prevenir assédio deixam intacta uma fonte organizacional relevante de dano.

A precariedade e insegurança do trabalho também podem funcionar como estressores. Contratos instáveis, medo persistente de demissão e ausência de previsibilidade financeira interferem na percepção de segurança. O Ministério da Saúde brasileiro, ao atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, passou a detalhar fatores psicossociais associados à própria gestão organizacional, incluindo formas contemporâneas de contratação. Isso demonstra que a vigilância ocupacional precisa acompanhar transformações do mercado de trabalho e não apenas riscos tradicionais.

A liderança possui função ambivalente. Pode ser fonte de risco quando autoritária, inconsistente ou hostil, mas pode constituir importante recurso quando fornece apoio, comunicação clara, justiça e reconhecimento. A revisão de 2026 sobre afastamento identificou liderança de baixa qualidade como fator de risco e suporte como fator protetor. A formação de gestores em saúde mental recomendada pela OMS parte justamente dessa posição intermediária: supervisores estão suficientemente próximos do trabalho cotidiano para identificar sobrecarga e sofrimento, mas precisam de habilidades para responder sem estigmatizar ou assumir funções clínicas que não lhes pertencem.

A interface entre vida profissional e pessoal adquiriu relevância adicional com o trabalho remoto e híbrido. Flexibilidade pode reduzir deslocamentos e aumentar autonomia, mas a ausência de limites claros pode prolongar a exposição às demandas. O risco não reside apenas na tecnologia, mas na expectativa organizacional de disponibilidade. Políticas explícitas sobre horários, prazos de resposta e direito à recuperação podem ser mais efetivas que recomendações genéricas para que o trabalhador “administre melhor” o tempo.

5. BURNOUT, CAPACIDADE LABORAL, ABSENTEÍSMO E PRESENTEÍSMO

A perda de capacidade para o trabalho não ocorre necessariamente de maneira abrupta. Em muitos casos, existe uma trajetória em que o trabalhador continua desempenhando atividades apesar de sintomas progressivos, inicialmente à custa de maior esforço e menor recuperação. O conceito de presenteísmo procura descrever situações em que a pessoa permanece trabalhando, mas apresenta desempenho reduzido por problemas de saúde. Sua mensuração é

mais difícil que a do absenteísmo, pois depende da comparação com uma produtividade hipotética ou com o próprio desempenho anterior.

O burnout pode participar dessa trajetória por meio de exaustão, dificuldade de concentração, distanciamento e redução da percepção de eficácia. Um estudo utilizando o modelo JD-R encontrou que burnout estava negativamente relacionado à capacidade de trabalho entre médicos, enquanto recursos como oportunidades de desenvolvimento, participação em decisões e boas relações com colegas apresentavam relações favoráveis com engajamento. O resultado demonstra que capacidade não é apenas propriedade individual; relaciona-se também ao desenho e aos recursos disponíveis.

O presenteísmo pode anteceder o afastamento quando o trabalhador continua comparecendo mesmo em condições progressivamente menos sustentáveis. Entretanto, não é correto presumir uma sequência universal. Alguns indivíduos afastam-se precocemente; outros permanecem trabalhando com sintomas significativos; e outros recuperam-se após ajustes no trabalho. O contexto ocupacional, a proteção social, o estigma e a percepção de segurança para comunicar dificuldades influenciam essas decisões.

A relação entre riscos psicossociais e afastamentos apresenta evidência longitudinal particularmente relevante. Duchaine et al. incluíram 23 estudos prospectivos em sua revisão e 13 estudos, totalizando 130.056 trabalhadores, nas metanálises. Baixa recompensa, desequilíbrio esforço-recompensa, *job strain*, baixo controle e altas demandas foram todos associados a maior risco de afastamento devido a transtorno mental diagnosticado. A

temporalidade prospectiva fortalece a interpretação de que características do trabalho precedem parte dos afastamentos, embora variáveis individuais e externas também participem.

Uma revisão específica sobre fatores psicossociais e transtornos mentais relacionados ao estresse encontrou igualmente associações com diferentes exposições ocupacionais, embora tenha ressaltado heterogeneidade na definição das exposições e dos desfechos. Outra revisão dedicada à depressão identificou estimativas de risco geralmente acima da unidade para quase todos os estressores analisados, mas destacou que diferenças metodológicas limitavam conclusões causais simples. O conjunto das evidências é mais consistente com um modelo de contribuição causal e modificação do risco do que com a ideia de uma única causa ocupacional necessária ou suficiente.

No Brasil, dados previdenciários demonstram grande volume de benefícios por incapacidade associados a transtornos mentais e comportamentais. Entre 2021 e 2025, foram registradas mais de 1,7 milhão de concessões associadas ao Capítulo V da CID-10, sendo a enorme maioria temporária. É importante reiterar que benefício previdenciário por transtorno mental não equivale automaticamente a doença relacionada ao trabalho. A natureza acidentária depende do reconhecimento do nexo e representa parcela muito menor dos benefícios. Os dados, portanto, ilustram a magnitude da incapacidade mental, mas não podem ser convertidos em estimativa de burnout ocupacional.

Essa distinção é relevante também para a vigilância. O Ministério da Saúde caracteriza transtornos mentais relacionados ao trabalho quando existem elementos causais associados às condições,

organização ou gestão laboral e estabelece sua investigação dentro da Vigilância em Saúde do Trabalhador. O diagnóstico clínico e o estabelecimento da relação com o trabalho são processos relacionados, mas diferentes.

6. RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA: FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

A síntese das evidências permite identificar um primeiro resultado central: o burnout não é adequadamente explicado por características individuais isoladas. Demandas elevadas e recursos insuficientes apresentam relações relativamente consistentes com exaustão e desengajamento. A teoria JD-R organiza bem essa evidência porque permite compreender que o mesmo volume de trabalho pode produzir efeitos diferentes dependendo de autonomia, suporte, reconhecimento, recursos materiais e possibilidade de recuperação.

O segundo resultado é que algumas exposições possuem evidência prospectiva de relação com incapacidade por transtorno mental. A magnitude observada para baixa recompensa e desequilíbrio esforço-recompensa merece especial atenção, pois supera aquela encontrada para demanda isolada na metanálise de Duchaine et al. Isso sugere que programas de prevenção não deveriam concentrar-se exclusivamente na quantidade de trabalho. Reconhecimento, justiça, previsibilidade e reciprocidade também integram a saúde ocupacional.

O terceiro resultado refere-se ao papel do controle. Autonomia não significa ausência de supervisão ou de metas, mas capacidade razoável de influenciar como o trabalho é executado. Em

trabalhadores com transtornos mentais comuns, estudo longitudinal encontrou que baixo controle, *job strain*, ausência de horários flexíveis e impossibilidade de trabalho remoto estavam associados a maior risco posterior de afastamento superior a 14 dias. Embora esses achados não determinem que teletrabalho seja sempre protetor, demonstram que flexibilidade pode funcionar como recurso em determinados contextos.

O quarto resultado é a relevância das relações sociais e da liderança. Suporte de colegas, liderança adequada e oportunidades de desenvolvimento aparecem repetidamente como fatores protetores, enquanto violência e bullying elevam o risco. Isso demonstra que a prevenção precisa incluir cultura organizacional e relações interpessoais, não apenas desenho formal dos cargos.

O quinto resultado é que intervenções exclusivamente individuais dominam parte considerável da literatura, apesar de muitos determinantes serem organizacionais. Uma revisão de 2023 sobre profissionais de saúde identificou 33 estudos de intervenções, dos quais 30 eram dirigidos predominantemente ao indivíduo e somente três possuíam foco organizacional. Diversas intervenções individuais, incluindo práticas de mindfulness e estratégias de manejo do estresse, apresentaram melhora de bem-estar e redução de burnout; entretanto, a distribuição dos estudos evidencia uma assimetria entre o local onde os riscos são gerados e o foco de grande parte das intervenções pesquisadas.

O sexto resultado é que intervenções organizacionais apresentam efeitos favoráveis, mas a certeza da evidência ainda é limitada. Uma metanálise de 2023 que incluiu 13 estudos encontrou pequena redução da exaustão, com tamanho de efeito de -0,30, porém

classificou a qualidade global da evidência como muito baixa. As intervenções analisadas incluíam abordagens participativas, mudanças de carga e alterações de horários. Esse resultado precisa ser interpretado em dois sentidos: não se deve prometer que qualquer mudança organizacional eliminará burnout; ao mesmo tempo, a incerteza metodológica não justifica abandonar intervenções sobre condições de trabalho, especialmente porque essas condições constituem os próprios fatores de risco.

A OMS adotou precisamente essa posição em suas diretrizes de saúde mental no trabalho. Recomenda intervenções organizacionais que avaliem e modifiquem fatores psicossociais, embora classifique parte dessa recomendação como condicional devido à baixa certeza das evidências disponíveis. Essa transparência é importante: uma recomendação pode ser racional e necessária mesmo quando ensaios organizacionais são difíceis de conduzir e possuem limitações.

7. ESTRATÉGIAS ORGANIZACIONAIS DE PREVENÇÃO

A prevenção primária deve começar pela identificação das fontes de risco. Aplicar questionários de bem-estar sem modificar posteriormente as condições detectadas possui valor limitado e pode inclusive reduzir a confiança dos trabalhadores. A avaliação psicossocial precisa integrar informações quantitativas e qualitativas, incluindo carga, ritmo, controle, relações, violência, conflitos de função, recompensas e condições para recuperação. A participação dos trabalhadores é essencial porque parte significativa do trabalho real não está completamente descrita em procedimentos formais.

A nova NR-1 brasileira reforça essa lógica ao integrar fatores psicossociais relacionados ao trabalho ao Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. A redação vigente desde maio de 2026 exige abordagem contínua e sistemática de identificação de perigos, avaliação e controle dos riscos ocupacionais, inserindo os fatores psicossociais nesse processo. Isso não significa simplesmente aplicar uma “pesquisa de burnout” anual. A norma orienta o gerenciamento do risco, o que pressupõe identificação das fontes ocupacionais e adoção de medidas de prevenção.

O primeiro campo de intervenção é a carga de trabalho. Quando há desequilíbrio persistente entre demanda e recursos humanos, programas individuais de resiliência não substituem redimensionamento. A redução de atividades redundantes, melhoria de fluxos, revisão de metas e adequação de equipes podem atuar diretamente sobre a exposição. Em profissionais de saúde, revisão sistemática de intervenções organizacionais identificou benefícios particularmente em mudanças de processos, trabalho em equipe e redução de tarefas burocráticas. A generalização para outros setores deve ser cautelosa, mas o princípio de remover demanda de baixo valor possui aplicabilidade ampla.

O segundo campo é autonomia. Organizações podem aumentar controle por meio de participação no desenho de tarefas, flexibilidade de horários quando compatível com a atividade e maior margem para decisão sobre prioridades. A participação não significa abandonar responsabilidades gerenciais; significa incorporar conhecimento do trabalhador sobre a própria atividade e evitar decisões que criem demandas desnecessárias.

O terceiro campo é reconhecimento e justiça. Sistemas de recompensa precisam ser transparentes e coerentes, não necessariamente limitados à remuneração. Feedback, oportunidades de desenvolvimento, critérios claros de promoção e reconhecimento do trabalho podem atuar como recursos. Considerando a forte associação entre baixa recompensa e afastamento encontrada em metanálises, essa dimensão merece ser tratada como saúde organizacional e não apenas como política de motivação.

O quarto campo é prevenção de violência, assédio e discriminação. Políticas precisam estabelecer canais confiáveis de denúncia, investigação independente, proteção contra retaliação e consequências proporcionais. Treinamentos de convivência são insuficientes quando não existem mecanismos institucionais capazes de responder aos casos. A segurança psicológica depende da percepção de que comportamentos abusivos serão efetivamente tratados.

O quinto campo é recuperação. Jornadas extensas, pausas inadequadas e disponibilidade contínua podem impedir restauração fisiológica e psicológica. A prevenção precisa garantir períodos de descanso compatíveis com a atividade e estabelecer limites razoáveis para comunicação fora do expediente. Em regimes híbridos, a fronteira entre autonomia e hiperconectividade precisa ser explicitamente administrada.

8. INTERVENÇÕES INDIVIDUAIS, LIDERANÇA E CULTURA ORGANIZACIONAL

Intervenções individuais possuem lugar legítimo, desde que não sejam apresentadas como substitutas da gestão de riscos. Técnicas de manejo do estresse, intervenções psicológicas, atividade física e estratégias de promoção de saúde podem ampliar recursos pessoais e reduzir sintomas. A OMS recomenda intervenções individuais baseadas em evidências como parte de uma estratégia mais ampla, juntamente com mudanças organizacionais e treinamento de gestores.

Uma metarrevisão sobre intervenções no ambiente de trabalho identificou evidências para programas de manejo do estresse baseados em terapia cognitivo-comportamental e para estratégias de retorno ao trabalho com componente ocupacional. Também encontrou evidência moderada para intervenções que ampliam controle do empregado e promovem atividade física. O resultado reforça uma arquitetura preventiva em camadas: modificar riscos, fortalecer recursos e oferecer tratamento quando necessário.

A liderança ocupa uma posição intermediária entre indivíduo e organização. Gestores traduzem políticas em experiências cotidianas, distribuem tarefas, fornecem feedback e administram conflitos. Treiná-los em saúde mental pode melhorar reconhecimento de sofrimento e comunicação, mas não deve transformá-los em terapeutas. Sua função é identificar sinais de risco, conversar de maneira adequada, conhecer fluxos de encaminhamento e analisar se características do trabalho podem ser modificadas.

A cultura organizacional precisa também reduzir estigma. Trabalhadores que temem consequências profissionais ao revelar sofrimento podem adiar a procura por ajuda até que a incapacidade

seja maior. Entretanto, campanhas de “fale sobre saúde mental” precisam ser acompanhadas por práticas concretas de confidencialidade, não discriminação e adaptação. Incentivar abertura enquanto a organização pune informalmente quem solicita ajustes produz mensagem contraditória.

O conceito de bem-estar organizacional deve ser manejado com cautela. Benefícios periféricos, como aplicativos, atividades recreativas e ações pontuais, podem ser positivos, mas não compensam trabalho mal desenhado. Uma empresa pode oferecer programas sofisticados de bem-estar e manter simultaneamente cargas insustentáveis. A qualidade de uma política deve ser avaliada pelo impacto sobre riscos e condições reais, não pela quantidade de iniciativas divulgadas.

9. MEDICINA DO TRABALHO, VIGILÂNCIA E DETECÇÃO PRECOCE

A medicina do trabalho possui papel estratégico porque se situa na interface entre clínica, epidemiologia e organização. O atendimento individual pode identificar sintomas e limitações, mas também funciona como sentinela para padrões coletivos. Quando vários trabalhadores de um mesmo setor apresentam queixas semelhantes, investigar apenas características pessoais perde uma oportunidade de vigilância.

A história ocupacional precisa fazer parte da avaliação. Perguntas sobre carga, horários, autonomia, conflitos, mudanças recentes, assédio, recursos e percepção de reconhecimento ajudam a compreender a relação temporal entre trabalho e sintomas. Isso não substitui investigação de fatores externos, antecedentes

psiquiátricos, uso de substâncias ou condições clínicas, mas evita análise artificialmente descontextualizada.

O rastreamento por questionários pode contribuir, mas não deve ser confundido com diagnóstico. Instrumentos de burnout e escalas de saúde mental são úteis para estudos e triagem, porém resultados precisam ser interpretados por profissionais qualificados. Pontuação elevada de exaustão não estabelece automaticamente incapacidade nem nexos causal ocupacional.

A vigilância agregada pode utilizar indicadores de absenteísmo, afastamentos, rotatividade, horas extras, denúncias e acidentes, preservando confidencialidade. O objetivo não é localizar “trabalhadores problemáticos”, mas identificar áreas em que o desenho do trabalho possa estar produzindo risco. Uma elevação concentrada de afastamentos em determinada unidade pode justificar avaliação organizacional mais detalhada.

A atuação integrada com segurança do trabalho e gestão torna-se especialmente importante diante da NR-1. A avaliação dos fatores psicossociais não é exclusividade de uma única profissão; exige análise interdisciplinar. Médicos, profissionais de segurança, psicólogos, ergonomistas, recursos humanos e trabalhadores podem fornecer perspectivas diferentes, desde que exista governança clara e preservação da independência técnica.

10. AFASTAMENTO E RETORNO AO TRABALHO

O afastamento pode ser necessário quando a condição clínica impede atividade segura e sustentável, mas não deve ser visto como encerramento do cuidado ocupacional. O retorno ao trabalho constitui processo que precisa considerar recuperação clínica e

compatibilidade entre capacidade atual e exigências da função. Retornar simplesmente para as mesmas condições que contribuíram para o adoecimento pode aumentar risco de recaída.

A OMS recomenda programas de retorno ao trabalho que combinem cuidado clínico com intervenções direcionadas ao trabalho, incluindo adaptações razoáveis e retorno gradual quando apropriado. Essa abordagem reconhece que capacidade para o trabalho é relacional: depende do estado do trabalhador e das exigências concretas.

Uma metarrevisão de intervenções ocupacionais encontrou evidências particularmente favoráveis para programas de retorno ao trabalho com foco específico na atividade, incluindo abordagens cognitivo-comportamentais e orientadas para problemas. A simples melhora sintomática não garante reinserção laboral bem-sucedida quando permanecem medo, conflito, demanda excessiva ou ausência de ajustes.

Adaptações podem envolver redução temporária de carga, mudança de horário, retorno progressivo, reorganização de tarefas, pausas adicionais ou acompanhamento regular. O objetivo não é criar privilégios indefinidos, mas permitir uma transição compatível com a recuperação. A escolha precisa ser individualizada e respeitar confidencialidade.

O contato entre saúde ocupacional, trabalhador e gestão deve ocorrer dentro de limites éticos. Informações clínicas detalhadas não precisam ser compartilhadas com supervisores para que restrições funcionais sejam respeitadas. O foco organizacional pode permanecer sobre capacidades e limitações relacionadas ao

trabalho, preservando diagnóstico quando não for necessário divulgá-lo.

A prevenção da recaída requer acompanhamento após o retorno. Um trabalhador pode funcionar adequadamente durante as primeiras semanas devido a redução de demandas e deteriorar-se quando a carga retorna abruptamente ao nível anterior. Planos graduais precisam possuir critérios de revisão e possibilidade de ajuste.

11. CONTEXTO BRASILEIRO: NR-1 E GERENCIAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS

A inclusão dos fatores psicossociais no texto da NR-1 representa uma mudança particularmente importante para a saúde ocupacional brasileira porque aproxima esses riscos do tratamento sistemático já aplicado a outros perigos do ambiente de trabalho. O MTE informa expressamente que a revisão do capítulo 1.5 reforçou a participação dos trabalhadores e incorporou fatores psicossociais relacionados ao trabalho ao GRO. A nova redação tornou-se vigente em 26 de maio de 2026.

Essa mudança não significa que toda empresa deva diagnosticar burnout em seus empregados. O objeto do gerenciamento são os fatores de risco relacionados ao trabalho. A análise deve se concentrar, portanto, em como a atividade está organizada, quais perigos existem e quais medidas podem ser adotadas. Transformar a obrigação em uma simples avaliação clínica individual seria inverter a lógica da prevenção.

Também não há fundamento para concluir que questionários sejam a única metodologia possível. Entrevistas, grupos, observação do

trabalho, análise de indicadores e instrumentos validados podem ser combinados. A escolha depende do contexto e precisa permitir identificação suficientemente confiável das exposições.

A participação dos trabalhadores é essencial tanto juridicamente quanto tecnicamente. Gestores podem conhecer o trabalho prescrito, enquanto empregados conhecem obstáculos, interrupções e demandas reais. Ignorar essa experiência pode produzir avaliações formalmente corretas, porém pouco aderentes ao que efetivamente ocorre.

A atualização normativa também cria oportunidade para aproximar programas de saúde mental e sistemas de segurança. Historicamente, muitas empresas trataram bem-estar psicológico como atividade de recursos humanos separada do gerenciamento ocupacional. A inclusão dos riscos psicossociais no GRO favorece uma abordagem em que saúde mental é incorporada à prevenção de riscos de forma sistemática.

O Ministério do Trabalho escolheu, inclusive, a prevenção dos riscos psicossociais como foco de sua campanha nacional de segurança e saúde no trabalho de 2026, destacando a entrada em vigor da nova NR-1 e a necessidade de prevenção e controle. Esse contexto reforça a atualidade da abordagem proposta neste estudo.

12. DISCUSSÃO

Os resultados desta revisão sustentam que o burnout deve ser compreendido prioritariamente como um fenômeno situado na relação entre trabalhador e organização do trabalho, e não como falha individual de adaptação. Essa conclusão é compatível com a definição da OMS, com modelos teóricos consolidados e com

estudos longitudinais sobre afastamento. A consequência prática é significativa: prevenir burnout exige modificar exposições, e não apenas ensinar pessoas a tolerá-las.

Essa perspectiva não elimina a responsabilidade individual pelo autocuidado, mas coloca cada intervenção em seu nível adequado. Sono, atividade física, psicoterapia e estratégias de manejo de estresse são importantes para a saúde. Contudo, sua capacidade de compensar demandas estruturais possui limites. Um trabalhador pode aprender técnicas excelentes de regulação emocional e continuar submetido a carga quantitativamente impossível, assédio ou insegurança extrema.

A tendência de organizações oferecerem intervenções individuais mais frequentemente que mudanças estruturais pode ser explicada parcialmente por sua facilidade de implementação. Um aplicativo de meditação pode ser contratado rapidamente; redimensionar equipes ou revisar metas exige decisões de gestão. A revisão de Cohen et al. ilustra essa assimetria ao encontrar trinta intervenções centradas no indivíduo para apenas três organizacionais entre os estudos incluídos.

Isso não significa que a evidência organizacional seja simples. A metanálise sobre intervenções organizacionais encontrou efeito pequeno sobre exaustão e certeza muito baixa. Organizações são sistemas complexos, difíceis de randomizar, e mudanças podem ocorrer simultaneamente. Ainda assim, a ausência de ensaios perfeitos não elimina a obrigação de controlar fatores de risco conhecidos.

É importante também evitar transformar burnout em categoria explicativa para qualquer insatisfação profissional. A definição da OMS é específica e a sobreposição com outros transtornos exige avaliação. Uma estratégia de saúde mental madura precisa permitir diagnósticos diferenciais e reconhecer que trabalhadores podem apresentar transtornos não causados pelo trabalho que, ainda assim, necessitam de adaptações.

O mesmo vale para o nexo causal. A existência de riscos psicossociais não prova automaticamente que determinado transtorno foi causado por eles. A investigação deve considerar temporalidade, intensidade da exposição, fatores concorrentes e conhecimento epidemiológico. Ao mesmo tempo, exigir uma causalidade exclusiva seria igualmente inadequado, pois transtornos mentais frequentemente possuem determinação multifatorial.

A interação entre fatores individuais e ocupacionais é provavelmente a descrição mais precisa. Uma vulnerabilidade preexistente pode aumentar sensibilidade a determinada exposição, enquanto um ambiente favorável pode permitir que a mesma pessoa trabalhe adequadamente. O objetivo da prevenção ocupacional não é determinar quem é “forte” ou “fraco”, mas reduzir exposições evitáveis e adequar o trabalho à variabilidade humana.

Outra conclusão relevante diz respeito ao afastamento. A evidência demonstra que condições de trabalho influenciam a probabilidade de afastamento e que programas de retorno que abordam o próprio trabalho apresentam melhores fundamentos do que estratégias exclusivamente clínicas. Portanto, a prevenção do afastamento não deve ser confundida com manutenção do trabalhador no posto a

qualquer custo. Preservar vínculo é desejável quando seguro; impedir afastamento necessário pode agravar a condição.

O presenteísmo merece atenção justamente por isso. Uma cultura que premia o comparecimento mesmo diante de doença pode diminuir artificialmente indicadores de absenteísmo ao mesmo tempo em que aumenta perda de produtividade, erros e risco de deterioração. O objetivo da saúde ocupacional não é minimizar faltas como indicador isolado, mas preservar capacidade sustentável.

A gestão baseada exclusivamente em metas de redução de afastamentos pode gerar consequências adversas. Se líderes forem avaliados apenas pelo número de dias perdidos, podem desestimular comunicações ou pressionar retornos precoces. Indicadores precisam ser combinados com qualidade do trabalho, rotatividade, segurança, satisfação e dados de saúde.

A liderança possui importância especial porque traduz esses valores. Treinar gestores para reconhecer sofrimento é útil, mas precisa vir acompanhado de autoridade para modificar demandas. Um supervisor que identifica sobrecarga, mas não pode alterar prazo, equipe ou prioridade, terá capacidade limitada de prevenção.

A participação dos trabalhadores representa outro princípio transversal. Tanto OMS quanto a nova regulamentação brasileira valorizam abordagens participativas. Isso possui justificativa prática: pessoas que executam as atividades conhecem detalhes que dificilmente aparecem em descrições formais.

No contexto brasileiro, a NR-1 oferece oportunidade de mudar a abordagem do tema. Se implementada como mera documentação, produzirá pouco efeito. Se utilizada para integrar avaliação

psicossocial, análise do trabalho e medidas de controle, pode transformar saúde mental em componente rotineiro do gerenciamento ocupacional.

A medicina do trabalho deve ocupar posição central nessa transformação sem monopolizá-la. O médico possui competência para avaliar saúde, capacidade e nexos, mas muitos fatores de risco exigem conhecimentos de ergonomia, psicologia organizacional, segurança e gestão. A prevenção é necessariamente interdisciplinar.

A vigilância epidemiológica também precisa ser fortalecida. Casos individuais podem revelar padrões coletivos e orientar ações sobre setores específicos. O Ministério da Saúde reconhece a investigação das doenças e agravos relacionados ao trabalho como componente obrigatório da vigilância quando há suspeita ou outros trabalhadores expostos às mesmas condições.

Os dados devem ser tratados de forma ética. Programas de saúde mental não podem transformar informações clínicas em instrumentos de seleção ou controle. Confidencialidade e finalidade preventiva são fundamentais para a confiança dos trabalhadores.

O futuro da prevenção provavelmente envolverá integração de diferentes fontes: indicadores de carga, afastamentos, rotatividade, jornadas, resultados de avaliações psicossociais e relatos qualitativos. Entretanto, ferramentas analíticas não substituem a interpretação. Um algoritmo pode detectar aumento de horas extras, mas não compreende sozinho o significado do trabalho.

Existe ainda risco de “medicalização organizacional”: transformar conflitos de gestão em diagnósticos individuais. Quando vários trabalhadores adoecem diante da mesma mudança de processo,

encaminhar todos para terapia sem examinar o processo representa erro de nível de intervenção.

A situação inversa também precisa ser evitada. Nem todo sofrimento de um trabalhador é causado pela organização, e rejeitar cuidado clínico em nome de explicações exclusivamente sociais pode atrasar tratamento. A abordagem integrada é justamente aquela que analisa simultaneamente pessoa, saúde e trabalho.

Nesse sentido, o conceito de prevenção em níveis continua útil. A prevenção primária remove ou reduz riscos antes do adoecimento. A secundária identifica sintomas precocemente e oferece intervenção. A terciária reduz incapacidade, favorece tratamento e organiza retorno. Uma política madura precisa atuar nos três níveis.

Intervenções de promoção do bem-estar podem integrar esse sistema, desde que não funcionem como fachada. Exercício, educação em saúde e iniciativas de conexão social possuem valor, mas devem ser complementares ao controle dos riscos.

A sustentabilidade organizacional depende desse equilíbrio. Altas demandas podem aumentar produção no curto prazo e gerar absenteísmo, rotatividade e perda de capacidade no longo prazo. Investir em saúde ocupacional não é apenas medida assistencial; integra gestão de continuidade.

No entanto, argumentos econômicos não devem substituir o fundamento ético. Trabalho seguro e saudável constitui direito, e a OMS e OIT afirmam explicitamente que todos os trabalhadores têm direito a ambiente seguro e saudável. A produtividade é benefício adicional, não a única razão para proteger saúde mental.

13. LIMITAÇÕES DA REVISÃO

Esta revisão apresenta limitações relacionadas à amplitude e à heterogeneidade do campo. Burnout é mensurado por instrumentos diferentes, e diversos estudos utilizam definições ou pontos de corte não equivalentes. Consequentemente, não foi produzida estimativa própria de prevalência e estudos que apresentavam números muito diferentes foram interpretados segundo suas metodologias.

Outra limitação refere-se à variedade dos setores ocupacionais. Profissionais de saúde são particularmente representados na literatura de burnout, especialmente após a pandemia, e resultados dessa categoria não podem ser transferidos automaticamente para indústria, comércio, educação ou trabalho informal.

A qualidade da evidência de intervenções organizacionais permanece inferior à desejável. Isso ocorre parcialmente pela dificuldade de realizar ensaios randomizados em organizações, mas também limita a precisão das estimativas de efeito. A própria OMS classifica como condicional e de certeza muito baixa parte das recomendações de intervenções organizacionais, embora mantenha sua indicação pela coerência com o gerenciamento de riscos.

Também não foi realizada uma nova metanálise. Os valores quantitativos apresentados derivam de metanálises publicadas e não foram recalculados. Isso preserva a integridade dos dados e evita combinar intervenções ou exposições incompatíveis.

Por fim, embora a estratégia de busca tenha sido estruturada e atualizada, não foram produzidos números artificiais de identificação e exclusão de registros para criar um fluxograma PRISMA sem

gerenciamento bibliográfico completo. A síntese é sistemática e qualitativa, mas essa limitação deve ser reconhecida em uma eventual submissão que exija registro formal e fluxograma auditável.

14. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das evidências permite concluir que a saúde mental dos trabalhadores não pode ser compreendida de maneira adequada quando as características do trabalho são tratadas apenas como cenário no qual surgem problemas individuais. Carga, ritmo, autonomia, reconhecimento, justiça, liderança, segurança e relações interpessoais constituem componentes diretamente relevantes para o processo saúde-doença e influenciam tanto a experiência cotidiana do trabalhador quanto a probabilidade de perda futura da capacidade laboral. A consolidação do conceito de riscos psicossociais reflete justamente essa mudança: fatores organizacionais deixam de ser classificados apenas como questões de clima ou satisfação e passam a integrar a prevenção em segurança e saúde no trabalho.

O burnout representa um dos fenômenos mais visíveis dessa interface, porém sua utilização exige rigor. A definição da CID-11 delimita-o ao contexto ocupacional e estabelece as dimensões de exaustão, distanciamento ou cinismo e redução da eficácia profissional, sem classificá-lo como doença autônoma. Essa distinção impede que o termo seja utilizado indiscriminadamente como sinônimo de qualquer cansaço, sofrimento ou transtorno mental e reforça a necessidade de avaliação clínica adequada quando existem sintomas persistentes.

Ao mesmo tempo, o fato de burnout não ser classificado pela OMS como condição médica independente não diminui sua relevância ocupacional. A experiência pode sinalizar um desequilíbrio importante entre exigências e recursos e associar-se a redução da capacidade, satisfação e desempenho. O erro seria deslocar a discussão exclusivamente para o diagnóstico individual e ignorar o contexto em que o fenômeno se desenvolve.

A evidência sobre fatores psicossociais e afastamento é especialmente convincente nesse sentido. A metanálise de Duchaine et al. demonstra associações prospectivas entre baixa recompensa, desequilíbrio esforço-recompensa, *job strain*, baixo controle, altas demandas e afastamentos por transtorno mental. Esses fatores são, em grande medida, modificáveis e deveriam compor programas de prevenção.

A revisão de 2026 sobre fatores psicossociais e ausência reforça a importância das relações e da liderança ao identificar bullying, violência e liderança de baixa qualidade como riscos e suporte social e oportunidades de desenvolvimento como elementos protetores. Essa evidência amplia a prevenção para além da carga quantitativa e inclui cultura e relações.

O principal desafio organizacional é transformar esse conhecimento em intervenções. Não é suficiente medir estresse sem agir sobre seus determinantes. Avaliações periódicas devem estar vinculadas a planos de ação, responsabilidades e acompanhamento.

Também é necessário evitar o uso de pesquisas psicossociais como mecanismos de vigilância sobre indivíduos. Seu foco deve ser prevenção de riscos e melhoria das condições, preservando

confidencialidade. Trabalhadores precisam confiar que responder sobre sofrimento não produzirá retaliação.

A participação dos trabalhadores é fundamental. Eles conhecem dimensões do trabalho real que não aparecem em descrições de cargos. Metas incompatíveis, sistemas que falham, interrupções, atividades informais e pressões de clientes são frequentemente invisíveis para avaliações realizadas exclusivamente pela administração.

A gestão participativa não elimina autoridade, mas melhora a qualidade da informação utilizada para decidir. A própria OMS inclui intervenções participativas entre as estratégias organizacionais que podem ser consideradas para reduzir sofrimento e melhorar resultados relacionados ao trabalho.

A liderança deve ser capacitada para atuar como recurso e não como fonte de risco. Isso inclui distribuição transparente de tarefas, feedback adequado, prevenção de assédio, comunicação sobre mudanças e reconhecimento de sinais de deterioração. Entretanto, gestores não devem assumir papel diagnóstico ou terapêutico.

Os serviços de saúde ocupacional podem apoiar essa fronteira. A medicina do trabalho possui capacidade para integrar história clínica, história ocupacional e avaliação funcional e para identificar quando sintomas exigem tratamento especializado, afastamento ou adaptações.

A prevenção do afastamento não deve ser confundida com impedir afastamentos indicados. Em determinadas situações, afastar temporariamente é necessário para recuperação. A prevenção verdadeira consiste em diminuir a ocorrência de condições que

levam à incapacidade e favorecer retorno sustentável quando o afastamento ocorreu.

Programas de retorno ao trabalho devem combinar cuidado clínico e modificações na atividade, conforme recomendado pela OMS. A ausência de ajustes pode transformar o retorno em mera reinserção no ambiente que desencadeou ou agravou o problema.

A capacidade para o trabalho precisa ser compreendida como relação entre pessoa e demanda. Alterar a demanda pode restaurar capacidade mesmo antes do desaparecimento completo dos sintomas. Essa abordagem amplia possibilidades de permanência saudável sem exigir recuperação idealizada.

Intervenções individuais continuam importantes. Psicoterapia, manejo do estresse, atividade física e estratégias de recuperação podem oferecer benefícios reais. O problema surge quando são apresentadas como resposta principal a fatores estruturalmente organizacionais.

A pesquisa em profissionais de saúde mostra que intervenções individuais dominam a literatura, apesar de riscos relevantes se localizarem na organização. Esse desequilíbrio precisa ser corrigido por mais estudos sobre redesenho de trabalho.

As evidências existentes de intervenções organizacionais indicam redução pequena de exaustão e permanecem classificadas com baixa certeza. A conclusão adequada não é que mudanças organizacionais “não funcionam”, mas que sua eficácia precisa ser melhor estudada e implementada de forma específica ao contexto.

Uma estratégia integrada deve utilizar intervenções em diferentes níveis. No nível primário, modificar riscos. No secundário, identificar sofrimento precocemente e aumentar acesso ao cuidado. No terciário, reduzir incapacidade e organizar retorno.

A comunicação também precisa evitar estigma. Trabalhadores não devem ser rotulados como pouco resilientes quando relatam dificuldades. O reconhecimento de um risco organizacional não significa negar responsabilidade pessoal, mas tratar corretamente o nível em que a prevenção precisa ocorrer.

Do ponto de vista econômico, absenteísmo e presenteísmo demonstram que problemas de saúde mental têm consequências para o funcionamento das organizações. A OMS estima perdas globais muito elevadas associadas a depressão e ansiedade, principalmente pela perda de produtividade. Ainda assim, a proteção da saúde não deve depender exclusivamente de cálculos de retorno financeiro.

O trabalho saudável é componente de dignidade e de direito. A OMS e a OIT sustentam que ambientes de trabalho seguros e saudáveis devem proteger saúde física e mental. Essa posição transforma a saúde mental ocupacional em elemento estrutural da gestão.

No Brasil, a nova redação da NR-1 produz consequência prática importante ao inserir expressamente fatores psicossociais no GRO. A mudança pode contribuir para superar a visão em que saúde mental era objeto separado da segurança do trabalho.

A implementação, contudo, determinará seu impacto. Uma abordagem burocrática baseada apenas em documentos terá pouca

capacidade preventiva. A identificação precisa ser seguida por avaliação e medidas de controle.

A regulamentação também exige amadurecimento técnico. Não existe instrumento universal capaz de avaliar sozinho todos os riscos psicossociais. Métodos precisam ser selecionados de acordo com atividade, porte da organização e natureza das exposições.

Questionários podem ser úteis, mas devem ser complementados por análise do trabalho. A média de respostas de uma empresa inteira pode ocultar um setor submetido a risco muito maior.

A vigilância deve observar desigualdades internas. Trabalhadores terceirizados, turnos específicos e funções com contato direto com público podem apresentar exposições distintas. Avaliar apenas a organização globalmente pode diluir esses padrões.

Também é necessário integrar dados de saúde e trabalho sem violar confidencialidade. Indicadores coletivos podem orientar a prevenção sem expor diagnósticos individuais.

A experiência brasileira com benefícios por incapacidade demonstra que transtornos mentais produzem grande número de afastamentos temporários. Isso reforça a importância de prevenção e retorno, mas não autoriza atribuir todos os casos ao trabalho.

A investigação de nexos deve permanecer cuidadosa. Fatores ocupacionais podem funcionar como causa, concausa ou agravante dentro de quadros multifatoriais. A análise clínica e ocupacional precisa reconhecer essa complexidade.

A perspectiva multifatorial também evita polarizações. Não é necessário escolher entre “problema do trabalhador” e “problema da empresa”. A pergunta correta é como características individuais, clínicas e organizacionais interagem para produzir determinada incapacidade.

A principal vantagem do paradigma de riscos psicossociais é justamente tornar parte dessa interação passível de prevenção. Não é possível eliminar todas as vulnerabilidades humanas, mas é possível reduzir assédio, excesso de carga, ambiguidade, ausência de controle e injustiça.

O mesmo raciocínio vale para fatores protetores. Suporte, reconhecimento, autonomia e oportunidades de desenvolvimento podem ser construídos por políticas organizacionais, não dependendo apenas de relações pessoais espontâneas.

A saúde mental no trabalho deve, portanto, ser acompanhada como dimensão de qualidade organizacional. Indicadores de produtividade que ignoram adoecimento e rotatividade oferecem visão incompleta do desempenho.

Organizações sustentáveis precisam ser capazes de produzir resultados sem consumir continuamente a capacidade das pessoas que os produzem. Essa ideia diferencia produtividade sustentável de intensificação de curto prazo.

Conclui-se que a prevenção do burnout e dos transtornos mentais relacionados ao trabalho requer mudança de paradigma. O centro da estratégia não deve estar exclusivamente em tornar trabalhadores mais resistentes a condições adversas, mas em tornar

o trabalho suficientemente saudável para que as capacidades humanas possam ser mantidas ao longo do tempo.

Isso exige integração entre medicina do trabalho, segurança e saúde ocupacional, psicologia, ergonomia, gestão e participação dos trabalhadores. Nenhuma dessas áreas, isoladamente, possui todos os instrumentos necessários.

A medicina do trabalho contribui pela avaliação de saúde e capacidade; a segurança ocupacional, pelo gerenciamento de riscos; a psicologia organizacional, pela análise das relações e do comportamento; a ergonomia, pela compreensão da atividade real; e a gestão, pela capacidade de modificar processos e recursos.

Uma política efetiva precisa unir esses conhecimentos em torno de objetivos comuns e verificáveis. Reduzir fatores de risco, melhorar capacidade, diminuir afastamentos evitáveis e favorecer retorno sustentável são exemplos de resultados que podem ser acompanhados.

Por fim, o conceito de bem-estar organizacional deve ser libertado de sua associação exclusiva a benefícios acessórios. Uma organização que oferece atividades de relaxamento, mas mantém excesso crônico de carga, não solucionou o risco central. Bem-estar depende fundamentalmente de como o trabalho é desenhado e gerido.

Assim, a principal contribuição de uma abordagem contemporânea consiste em reconhecer que saúde mental, capacidade laboral e organização do trabalho são dimensões inseparáveis. A prevenção de burnout e afastamentos não é responsabilidade exclusiva do indivíduo adoecido nem função isolada do serviço médico, mas

resultado de uma arquitetura institucional capaz de identificar riscos, modificar condições, oferecer suporte e acompanhar trabalhadores ao longo de todo o ciclo ocupacional.

A entrada em vigor da nova NR-1 em 2026 oferece ao Brasil uma oportunidade concreta de consolidar essa transição. O desafio não será apenas cumprir uma nova obrigação normativa, mas utilizar o gerenciamento dos fatores psicossociais para transformar conhecimento científico em mudanças reais na organização do trabalho.

Quando prevenção primária, cuidado clínico, liderança, vigilância e retorno ao trabalho são articulados, a saúde mental deixa de ser uma agenda periférica e passa a integrar o próprio conceito de trabalho seguro e sustentável. É nessa integração que se encontra a perspectiva mais consistente para reduzir adoecimento, presenteísmo, absenteísmo e afastamentos evitáveis, preservando simultaneamente dignidade, capacidade laboral e qualidade das organizações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKKER, Arnold B.; DEMEROUTI, Evangelia; SANZ-VERGEL, Ana. Job demands-resources theory: ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, v. 10, p. 25-53, 2023. DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023. Atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.674, de 1º de novembro de 2024. Atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 1: Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais*. Redação vigente a partir de 26 de maio de 2026. Brasília, DF: MTE, 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE nº 1.419, de 27 de agosto de 2024. Aprova a nova redação do capítulo 1.5 da Norma Regulamentadora nº 1 – Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais. Brasília, DF: MTE, 2024.

COHEN, Catherine et al. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*, v. 13, n. 6, e071203, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-071203.

DUCHANE, Caroline S. et al. Psychosocial stressors at work and the risk of sickness absence due to a diagnosed mental disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, v. 77, n. 8, p. 842-851, 2020. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0322.

EDÚ-VALSANIA, Sergio; LAGUÍA, Ana; MORIANO, Juan A. Burnout: a review of theory and measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 3, art. 1780, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19031780.

GALANAKIS, Michael D.; TSITOURI, Elli. Positive psychology in the working environment: job demands-resources theory, work

engagement and burnout: a systematic literature review. *Frontiers in Psychology*, v. 13, art. 1022102, 2022. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1022102.

HELGESSON, Magnus; GUSTAFSSON, Klas; LEINEWEBER, Constanze. Psychosocial and organisational work factors as predictors of sickness absence among professionally active adults with common mental disorders. *BMC Psychiatry*, v. 23, art. 543, 2023. DOI: 10.1186/s12888-023-05020-3.

JOYCE, S. et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological Medicine*, v. 46, n. 4, p. 683-697, 2016.

MAR<PRIVATE_PERSON>ITTI, Simona et al. Work-related psychosocial risk and protective factors influencing workplace sickness absence: a systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 36, n. 1, p. 1-22, 2026. DOI: 10.1007/s10926-024-10265-0.

MASLACH, Christina; LEITER, Michael P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, v. 15, n. 2, p. 103-111, 2016. DOI: 10.1002/wps.20311.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Mental health at work: policy brief*. Genebra: ILO; WHO, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. Geneva: WHO.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guidelines on mental health at work*. Geneva: World Health Organization, 2022.

VAN DEN BROECK, Anja et al. Job demands, job resources, burnout, work engagement, and their relationships: an analysis across sectors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, v. 59, n. 4, p. 369-376, 2017. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000964.

VAN DER MOLEN, Henk F. et al. Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, v. 10, e034849, 2020. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-034849.

¹ Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário de Patos (UNIFIP). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Doutora em Medicina e Residente de Medicina Familiar e Comunitária (MFyC) no Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Acadêmica de Enfermagem pelo Centro Universitário Florence (CEUF). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Pós-Doutor, Doutor e Mestre, Fisioterapeuta, Esteticista e Professor da Faculdade CTA e da Harold Gillies University (HGU - Estados Unidos). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Mestra, Fisioterapeuta, Esteticista, Biomédica e Professora da Faculdade CTA.

⁶ Mestre em Psicologia, Desenvolvimento e Políticas Públicas, Graduado em Psicologia e em Enfermagem, e Docente do Centro Universitário CHRISFAPI (UNICHRISFAPI). ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-5760-9891>. Currículo Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/5162803179882231>. E mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁷ Pós-Doutor em Psicologia Organizacional pelo Instituto Rui Barbosa de Pós-Graduação, Doutor e Mestre em Administração. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁸ Doutora e Mestra Profissional em Educação Tecnológica, Especialista em Alfabetização e Letramento e em Supervisão e Inspeção pelo Instituto Passo Um, e em Educação Especial e Inclusiva pela Faculdade IBRA, e Graduada em Pedagogia pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁹ Doutor em Psicologia pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Mestre e Graduado em Psicologia, Letras e História pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)