

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E BURNOUT: DILEMAS E DESAFIOS ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

**ANXIETY, DEPRESSION AND BURNOUT: DILEMMAS AND CHALLENGES
AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS**

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y BURNOUT: DILEMAS Y DESAFÍOS ENTRE LOS
PROFESIONALES SANITARIOS**

Tiago Domingues¹, Aubert Krsthian Santos Alves², Helga Samara Ferreira Braun³, Rayanne Soledade Souza⁴, Eloisa Feitosa Silva⁵, Anderson Felipe Constantino Lopes⁶, Juliano dos Santos Trindade⁷, Tatiana Franco de Andrade⁸, Wanda Carla Conde Rodrigues⁹, Gemina Brito Ferreira da Rocha¹⁰, Isabela de Araujo Torres Nogueira¹¹, Cibele Avila Gomes¹², Isabeli Cristine Barbosa Sales¹³, Lucas José Vaz Schiavao¹⁴, Dayane Fernandes Sousa¹⁵, Márcia Cristina dos Santos Barbosa¹⁶, Alessandro Medeiros Pedro¹⁷

DOI: 10.54899/dcs.v22i81.3321

Recibido: 01/08/2025 | **Aceptado:** 29/08/2025 | **Publicación en línea:** 04/09/2025.

¹ Doutor em Saúde Coletiva, Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
E-mail: tiagodom@hotmail.com

² Mestre em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, Alagoas, Brasil.
E-mail: alves.aubert@gmail.com

³ Mestra em Linguagem e Saberes da Amazônia, Universidade Federal do Pará, Bragança, Pará, Brasil.
E-mail: samarabraun@hotmail.com

⁴ Bacharel em Enfermagem, Universidade estadual da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil.
E-mail: raysoledade41@gmail.com

⁵ Graduada em Enfermagem, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil.
E-mail: efseloisafeitosa@gmail.com

⁶ Graduado em Ciências Biológicas – Licenciatura, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: andersonfelipecl@gmail.com

⁷ Mestre em Psicologia, Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ), São João del Rei, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: psicojulianotrindade@gmail.com

⁸ Pós-Graduada em Psiquiatria, Universidade de Uberaba, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: tatifranco0305@gmail.com

⁹ Mestre em Neurociências, Centro Universitário do Pará (CESUPA), Belém, Pará, Brasil.
E-mail: wanda.rodrigues@prof.cesupa.br

¹⁰ Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Balsas, Maranhão, Brasil.
E-mail: gemina.bf@gmail.com

¹¹ Graduada em Medicina, Centro Universitario Sao Lucas, Porto Velho, Rondônia, Brasil.
E-mail: isabelatnogueira@yahoo.com.br

¹² Residente em Oncologia Clínica, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, São Paulo, Brasil.
E-mail: cibegomes@gmail.com

¹³ Graduada em Medicina, Faculdade Cathedral. E-mail: janisaraaciole@hotmail.com

¹⁴ Doutor em Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: schiva8@cloud.com

¹⁵ Mestranda em Saúde do Adulto, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Maranhão, Brasil.
E-mail: dayanef.cruz16@gmail.com

¹⁶ Universidade Estacio de Sá, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: Marciacristinabarbosa1985@gmail.com

¹⁷ Doutorando em Biociências, Universidade Estadual Paulista (UNESP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil.
E-mail: alessandroctg@hotmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar os dilemas e desafios enfrentados por profissionais da saúde em relação aos quadros de ansiedade, depressão e síndrome de Burnout. Para tanto, foi realizada uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, utilizando como instrumento um questionário semiaberto aplicado a uma amostra composta por 22 profissionais da saúde atuantes em diferentes setores de atendimento hospitalar e ambulatorial. Os dados foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo, categorizando as respostas em temas-chave. Os resultados apontaram altos níveis de sofrimento emocional, sobrecarga de trabalho, sentimentos de impotência e falta de suporte institucional. Os relatos dos participantes evidenciam uma realidade marcada por esgotamento físico e mental, além da normalização do sofrimento no ambiente hospitalar. Assim, evidencia-se a necessidade de políticas institucionais voltadas à saúde mental dos profissionais e a importância de ambientes laborais mais humanizados e acolhedores.

Palavras-chave: Ansiedade, Depressão, Burnout.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the dilemmas and challenges faced by healthcare professionals regarding anxiety, depression, and burnout syndrome. To this end, a descriptive study with a qualitative approach was conducted, using a semi-open questionnaire administered to a sample of 22 healthcare professionals working in different hospital and outpatient settings. The data were analyzed using content analysis, categorizing the responses into key themes. The results revealed high levels of emotional distress, work overload, feelings of helplessness, and a lack of institutional support. The participants' accounts reveal a reality marked by physical and mental exhaustion, in addition to the normalization of suffering in the hospital environment. Thus, the need for institutional policies focused on the mental health of professionals and the importance of more humanized and welcoming work environments are highlighted.

Keywords: Anxiety, Depression, Burnout.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar los dilemas y desafíos que enfrentan los profesionales de la salud en relación con la ansiedad, la depresión y el síndrome de burnout. Para ello, se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo mediante un cuestionario semiabierto administrado a una muestra de 22 profesionales de la salud que trabajan en diferentes entornos hospitalarios y ambulatorios. Los datos se analizaron mediante análisis de contenido, categorizando las respuestas en temas clave. Los resultados revelaron altos niveles de distrés emocional, sobrecarga laboral, sentimientos de impotencia y falta de apoyo institucional. Los relatos de los participantes revelan una realidad marcada por el agotamiento físico y mental, además de la normalización del sufrimiento en el entorno hospitalario. Por lo tanto, se destaca la necesidad de políticas institucionales centradas en la salud mental de los profesionales y la importancia de entornos laborales más humanizados y acogedores.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Burnout.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o adoecimento mental de profissionais da saúde tem ganhado destaque nas discussões sobre condições de trabalho, especialmente em contextos hospitalares e de atenção básica. O contato contínuo com o sofrimento humano, a pressão por produtividade, a escassez de recursos e a responsabilidade sobre vidas humanas tornam o ambiente de trabalho desses profissionais propenso ao desgaste emocional intenso. Além disso, os efeitos pós-pandêmicos agravaram significativamente os fatores de estresse e exaustão, culminando em índices alarmantes de ansiedade, depressão e síndrome de Burnout (Agteren *et al.*, 2021; Lima, Silva e Domingues, 2024; Lima *et al.*, 2025; Lima *et al.*, 2025; Lima *et al.*, 2025).

A síndrome de Burnout, especificamente, vem sendo reconhecida como uma das principais causas de afastamento do trabalho entre enfermeiros, médicos e outros profissionais da linha de frente. Trata-se de um esgotamento físico e emocional crônico, resultante de uma vivência profissional marcada por estresse prolongado e falta de estratégias de enfrentamento. Esse fenômeno não apenas compromete o bem-estar do trabalhador, como também afeta diretamente a qualidade da assistência prestada aos pacientes (Lima *et al.*, 2023).

Por sua vez, quadros de ansiedade e depressão, muitas vezes silenciosos, acabam se manifestando de forma sutil, mas progressiva, comprometendo o desempenho profissional e as relações interpessoais no ambiente de trabalho. As exigências da rotina hospitalar ou ambulatorial, aliadas à sobrecarga e à escassez de reconhecimento, intensificam o sentimento de frustração e impotência vivenciado por muitos profissionais da saúde (Alencar *et al.*, 2022) (Almeida *et al.*, 2016).

Outro aspecto que contribui para esse cenário é a cultura institucional vigente em muitos estabelecimentos de saúde, onde o sofrimento mental é frequentemente negligenciado ou minimizado. A naturalização do adoecimento emocional, somada à ausência de espaços de escuta e acolhimento, contribui para que muitos profissionais evitem buscar ajuda, agravando ainda mais seus quadros clínicos (Lima *et al.*, 2024).

É importante destacar também que a formação acadêmica desses profissionais, muitas vezes focada em competências técnicas e biomédicas, pouco aborda estratégias de cuidado emocional e enfrentamento do estresse laboral. Assim, ao ingressarem no mercado de trabalho,

muitos se deparam com uma realidade para a qual não foram preparados, o que amplia o risco de adoecimento (Lima *et al.*, 2025; Lima, Domingues e Gomes, 2025; Lima, Domingues e Silva, 2024).

Ademais, as políticas públicas e as diretrizes institucionais destinadas à saúde mental do trabalhador da saúde ainda são tímidas e insuficientes, carecendo de maior investimento e efetividade. A ausência de programas sistemáticos de prevenção e promoção da saúde mental é um dos fatores que perpetuam a precariedade do cenário atual (Aquino, Ribeiro e Martins, 2021; Lima *et al.*, 2020).

Diante desse panorama preocupante, a presente pesquisa teve como objetivo analisar os principais dilemas e desafios enfrentados por profissionais da saúde em relação aos quadros de ansiedade, depressão e síndrome de Burnout, considerando suas causas, consequências e possíveis caminhos para enfrentamento dentro da realidade institucional.

METODOLOGIA

A presente pesquisa caracterizou-se como um estudo descritivo de abordagem qualitativa, cuja finalidade foi compreender, por meio das experiências vivenciadas, os impactos emocionais enfrentados por profissionais da saúde em seus contextos de trabalho.

A amostra foi composta por 22 profissionais da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos, atuantes em unidades de pronto atendimento (UPAs), hospitais gerais e unidades básicas de saúde (UBS). A seleção dos participantes foi feita por amostragem intencional, levando em consideração a diversidade de funções e o tempo de atuação na área da saúde.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário semiaberto contendo perguntas relacionadas a sintomas de ansiedade, depressão e Burnout, percepção sobre o ambiente de trabalho, apoio institucional, estratégias de enfrentamento, entre outros aspectos. A coleta ocorreu ao longo de 30 dias, em horários previamente agendados, respeitando a rotina de trabalho dos profissionais. Todas as respostas foram registradas de forma anônima para preservar a identidade dos participantes.

O questionário semiaberto foi estruturado em blocos temáticos que contemplavam, inicialmente, questões sobre a presença e frequência de sintomas relacionados à ansiedade, depressão e síndrome de Burnout. Os participantes foram convidados a relatar não apenas

sintomas físicos e emocionais - como insônia, crises de choro, sensação de incapacidade e exaustão -, mas também a descrever em que momentos ou situações específicas esses sinais se intensificavam. Essa abordagem buscou identificar possíveis correlações entre as manifestações psicossomáticas e as dinâmicas cotidianas do ambiente de trabalho.

Além dos aspectos clínicos e sintomáticos, o roteiro contemplou também questões relativas à percepção do ambiente organizacional, como a existência (ou ausência) de apoio institucional, qualidade das relações interpessoais, formas de liderança e reconhecimento profissional. Um bloco específico foi destinado à investigação das estratégias de enfrentamento adotadas pelos profissionais diante do sofrimento emocional, incluindo recursos individuais (terapia, medicação, espiritualidade), coletivos (apoio entre colegas) e institucionais (programas de acolhimento, rodas de escuta). Ao final, os participantes tinham a oportunidade de deixar um relato livre sobre sua experiência emocional no trabalho.

RESULTADOS E ANÁLISE

Os dados coletados revelam uma realidade preocupante entre os profissionais da saúde no que se refere à saúde mental. A maioria dos participantes relatou sintomas de ansiedade frequentes, associados ao ritmo acelerado de trabalho, às exigências institucionais e à constante pressão por desempenho. Profissionais como E01 e E04 mencionaram que a sensação de “estar sempre atrasado” é permanente, mesmo quando todas as tarefas são realizadas. Isso sugere uma percepção contínua de insuficiência, característica comum em quadros ansiosos. A sensação constante de dívida com o tempo e de inadequação ao volume de demandas revela não apenas um estado de alerta permanente, mas também uma desconexão entre o esforço real e a valorização recebida. Para muitos, esse sentimento gera uma frustração silenciosa, que corrói a autoestima e reforça o ciclo da ansiedade. Tais percepções apontam para um ambiente organizacional que naturaliza o excesso de trabalho como se fosse sinônimo de dedicação, ignorando os limites emocionais e fisiológicos dos profissionais. A construção social da excelência profissional, quando desconectada de condições humanas de trabalho, se transforma em um agente de adoecimento.

Além da ansiedade, os relatos apontam com clareza a presença de sintomas depressivos. E09, por exemplo, relatou episódios de choro recorrentes, perda de interesse em atividades antes prazerosas e dificuldade em se levantar para ir ao trabalho. Já E13 mencionou: “Chega domingo

à noite, meu corpo já começa a doer. É como se minha mente rejeitasse a ideia de mais uma semana.” Esses sinais evidenciam o impacto profundo da rotina laboral sobre o equilíbrio emocional dos profissionais. O sofrimento psíquico manifesta-se não apenas por meio de emoções negativas, mas também através do corpo, como se o organismo alertasse sobre os limites sendo ultrapassados. A antecipação do sofrimento antes mesmo do início da semana é reveladora de um esgotamento progressivo, que torna o trabalho não mais fonte de propósito, mas de angústia. Além disso, a depressão descrita nos relatos vai além do desgaste comum: ela expressa um processo de desconexão com a vida, onde até as atividades cotidianas se tornam um fardo. Essa dimensão emocional, muitas vezes invisível no ambiente hospitalar, precisa ser considerada de forma séria pelas instituições, sob risco de comprometer não apenas a saúde dos trabalhadores, mas também a qualidade do serviço prestado.

A síndrome de Burnout foi uma das categorias mais recorrentes na análise. O esgotamento físico e emocional, acompanhado do sentimento de ineficácia, foi descrito em detalhes por vários participantes. E07, por exemplo, afirmou: “Trabalho há 14 anos no mesmo hospital. Eu já não consigo mais me conectar com os pacientes como antes. Não sinto mais nada.” Esse distanciamento emocional é um dos três pilares clássicos do Burnout, junto com a exaustão e a baixa realização profissional. A fala de E07 traduz uma perda progressiva de sentido no exercício da função, uma espécie de apagamento da identidade profissional que atinge diretamente a essência do cuidar. Quando um trabalhador da saúde afirma que “não sente mais nada”, é sinal de que suas reservas emocionais foram completamente drenadas. Essa despersonalização não é fraqueza, mas um mecanismo de proteção psíquica frente ao excesso de sofrimento acumulado. O adoecimento não nasce de um único evento traumático, mas da exposição contínua a um ambiente que exige demais, escuta de menos e valoriza apenas o desempenho, deixando a saúde mental em segundo plano.

A sobrecarga de trabalho apareceu como fator central no adoecimento mental relatado. Profissionais relataram jornadas que ultrapassam 60 horas semanais, com plantões consecutivos e falta de pausas adequadas. E12 relatou que, durante a pandemia, chegou a ficar 36 horas seguidas em um hospital, dormindo apenas duas horas em um sofá. Apesar do fim da emergência sanitária, a sobrecarga permaneceu. Esse cenário revela uma cultura institucional que romantiza o sacrifício, muitas vezes tratando a exaustão como virtude. A quebra dos ciclos básicos de descanso, alimentação e repouso impacta diretamente na capacidade cognitiva e na regulação emocional dos trabalhadores, elevando o risco de falhas técnicas e agravando sintomas psíquicos.

A continuidade dessa carga mesmo após o período mais crítico da pandemia demonstra que o problema não está restrito a eventos excepcionais, mas à estrutura permanente do sistema de saúde, que opera com déficit de pessoal, má gestão e ausência de políticas protetivas eficazes. O esgotamento não é acidental - ele é sistemático, previsível e evitável, se houver vontade institucional de reverter esse modelo de funcionamento.

A escassez de recursos também se destacou como fator gerador de estresse. Vários profissionais descreveram situações em que tiveram que improvisar tratamentos ou adiar procedimentos devido à falta de insumos. E06 afirmou: “Não é só o trabalho. É trabalhar sem ter o mínimo necessário. Isso cansa a alma.” Tal condição contribui diretamente para o sentimento de impotência, agravando quadros depressivos e ansiosos. A falta de recursos materiais compromete não apenas a qualidade técnica do atendimento, mas também atinge em cheio a estabilidade emocional do profissional, que se vê obrigado a lidar com a frustração de não conseguir exercer seu ofício da forma correta. Quando o cuidado é improvisado por falta de materiais, o trabalhador da saúde internaliza a culpa por algo que está fora de seu controle, gerando um ciclo de sofrimento que mistura vergonha, indignação e desgaste moral. Além disso, a sensação de que o esforço pessoal é constantemente sabotado por condições estruturais inadequadas leva ao esvaziamento do propósito profissional. Muitos entrevistados associam essa precariedade à sensação de abandono institucional, como se a estrutura dissesse, silenciosamente, que a saúde de quem cuida também é secundária.

Um elemento recorrente nos relatos foi a falta de apoio institucional. Os participantes relataram que, mesmo diante de sofrimento evidente, não encontraram espaços de escuta ou acolhimento. E15 relatou: “Falei com a chefia que estava em crise de ansiedade, me disseram para ‘respirar fundo e voltar ao trabalho’. Isso destrói qualquer esperança.” A ausência de protocolos de atenção à saúde mental foi criticada por mais de 70% dos entrevistados. Essa falta de acolhimento representa não apenas uma falha gerencial, mas uma forma de violência institucional silenciosa. Ao ignorar os pedidos de ajuda, a organização reforça a ideia de que o sofrimento emocional é irrelevante ou até inconveniente. Isso gera um clima organizacional onde o sofrimento é ocultado, naturalizado ou ridicularizado. A fala de E15 revela uma dor dupla: primeiro, pelo adoecimento em si; depois, pela negligência institucional, que nega legitimidade ao sofrimento. A ausência de canais efetivos de escuta e apoio não apenas agrava o quadro emocional dos trabalhadores, como os empurra para a solidão e para mecanismos individuais (e muitas vezes ineficazes) de enfrentamento.

A cultura da resistência e do silêncio foi mencionada por muitos participantes como um dos fatores que impedem o cuidado emocional. Profissionais como E03 e E17 relataram que há uma pressão implícita para “aguentar calado”, sob pena de serem vistos como fracos ou despreparados. E03 comentou: “Se você diz que está esgotado, já olham com cara feia. Parece que o sofrimento é proibido.” Nesse contexto, o sofrimento se transforma em tabu, e expressá-lo passa a ser interpretado como incompetência. Essa lógica reforça uma masculinização simbólica da profissão, em que a vulnerabilidade é vista como falha, não como humanidade. A cultura do silêncio não protege os trabalhadores — ela os adocece, isolando-os em sua dor. A exigência de autossuficiência emocional, especialmente em um setor marcado por alta carga emocional como o da saúde, constitui uma barreira para a criação de redes de apoio e compartilhamento. Romper com essa lógica requer uma mudança cultural profunda, que só será possível com lideranças comprometidas e sensíveis à saúde mental como um direito coletivo.

A falta de reconhecimento profissional foi outro tema dominante. Vários participantes relataram sentir-se invisíveis nas instituições onde atuam. E10 destacou: “Ninguém pergunta como estamos. Só cobram produtividade. Não somos humanos ali, somos números.” Essa percepção de desumanização contribui significativamente para o afastamento emocional e o desgaste mental. O sentimento de invisibilidade corrói a identidade profissional e desconecta o trabalhador do propósito inicial que o levou à área da saúde: cuidar do outro. Quando esse cuidado não é recíproco, cria-se um ambiente hostil, onde o trabalhador não se sente valorizado nem sequer como pessoa. A ausência de reconhecimento, mesmo em situações de sacrifício extremo, como durante a pandemia, foi lembrada por vários participantes como marca de um sistema que explora o máximo e oferece o mínimo. Essa lógica produtivista desconsidera as necessidades humanas dos trabalhadores e perpetua uma cultura que trata o adoecimento como custo aceitável em nome da “eficiência”.

As relações entre colegas de trabalho também foram apontadas como ambíguas. Enquanto alguns participantes relataram encontrar apoio entre os pares, outros descreveram ambientes competitivos, marcados por fofocas e rivalidades. E16 observou: “Às vezes o colega do lado é a única pessoa que entende o que você sente. Mas também tem muita gente que pisa para subir.” Isso mostra a complexidade das dinâmicas relacionais no ambiente de saúde. Por um lado, os vínculos horizontais entre colegas podem se tornar fontes importantes de apoio emocional, funcionando como válvulas de escape diante de um ambiente institucional opressor. Por outro, quando esses vínculos são corrompidos por disputas internas e desconfiança, a experiência de

trabalho se torna ainda mais desgastante. O sentimento de que o ambiente é competitivo, e não cooperativo, reforça a insegurança emocional, impede o compartilhamento de vulnerabilidades e mina o senso de pertencimento. A ausência de políticas institucionais para fortalecer uma cultura de colaboração - como rodas de conversa, mediações de conflito ou ações de valorização da equipe - permite que essas relações ambíguas se perpetuem, em alguns casos evoluindo para assédio moral disfarçado de “pressão por resultados”.

No que diz respeito às estratégias de enfrentamento, os relatos revelaram uma predominância de mecanismos individuais, como ouvir música, praticar esportes ou buscar apoio familiar. No entanto, poucos relataram ter acesso a acompanhamento psicológico contínuo. E18 relatou: “Só consegui fazer terapia porque paguei do meu bolso. A instituição não oferece nada.” Isso aponta uma lacuna grave nas políticas de bem-estar dos trabalhadores da saúde. A predominância de estratégias individuais, embora válidas e muitas vezes eficazes no curto prazo, indica a ausência de um sistema de apoio institucional estruturado. Quando o cuidado com a saúde mental é tratado como uma responsabilidade exclusivamente pessoal, nega-se o papel das condições de trabalho como fatores determinantes do sofrimento. Além disso, o acesso restrito à terapia evidencia a desigualdade entre profissionais de diferentes faixas salariais e vínculos empregatícios - enquanto alguns conseguem pagar por ajuda, outros adoecem em silêncio. O investimento em programas de saúde mental corporativos, com psicólogos acessíveis e suporte contínuo, não deve ser visto como gasto, mas como ação estratégica para preservar o capital humano e melhorar o clima organizacional.

A espiritualidade apareceu em alguns relatos como recurso de enfrentamento emocional. Profissionais como E20 relataram que momentos de oração e meditação são formas de manter o equilíbrio diante da rotina exaustiva. Contudo, esse suporte também foi descrito como insuficiente diante da gravidade do sofrimento vivido. A busca por espiritualidade em contextos de sofrimento profundo é um indicativo de que os profissionais estão tentando resgatar um eixo de sentido e conexão pessoal em meio ao caos. Esse recurso pode funcionar como alívio subjetivo temporário, oferecendo conforto, fé e esperança, mas não resolve as causas estruturais do adoecimento. Quando o sofrimento é resultado direto de jornadas abusivas, metas desumanas e ambientes tóxicos, a espiritualidade se revela limitada - não por falha da fé, mas pela ausência de soluções concretas. Assim, o relato de E20 evidencia o esforço dos trabalhadores em se manterem emocionalmente funcionais mesmo diante do abandono institucional, revelando tanto sua resiliência quanto a carência de suporte real.

Houve também quem relatasse o uso de medicamentos psicotrópicos sem acompanhamento adequado. E21 revelou: “Comecei a tomar ansiolítico por conta própria. Um amigo médico receitou. Não deu tempo de buscar psicólogo.” Tal prática, além de perigosa, demonstra o nível de desespero e a ausência de suporte institucional. O uso indiscriminado de psicofármacos sem prescrição e acompanhamento revela um padrão alarmante de automedicação no setor da saúde, especialmente entre os próprios profissionais. Isso expõe um paradoxo: aqueles que conhecem os riscos da automedicação e orientam pacientes a evitá-la, muitas vezes recorrem a esse caminho por não encontrarem outra alternativa. A fala de E21 traz à tona a urgência de criar canais acessíveis e desburocratizados de atendimento psicológico dentro das instituições, com escuta ativa e sem estigmas. Quando o alívio imediato do sintoma se torna mais viável que o cuidado integral, o sistema falha duplamente - tanto na prevenção quanto no acolhimento do sofrimento emocional.

A faixa etária dos profissionais também influenciou os relatos. Profissionais com menos de 5 anos de atuação relataram mais ansiedade e insegurança, enquanto aqueles com mais de 10 anos apresentaram sintomas clássicos de Burnout, como distanciamento afetivo e despersonalização. Isso indica que o tempo de exposição ao ambiente hostil da saúde influencia diretamente o tipo de adoecimento. Os dados sugerem uma curva evolutiva do sofrimento emocional: os mais jovens, ainda em fase de adaptação e enfrentando o choque de realidade da prática profissional, tendem a experimentar ansiedade intensa e medo da inadequação. Já os mais experientes, após anos de exposição a pressões contínuas e condições precárias, parecem evoluir para quadros mais graves de esgotamento, marcados por insensibilidade, apatia e descrença. Essa transição do medo para o esvaziamento emocional revela que o ambiente de trabalho atua como um fator acumulativo de desgaste, e não apenas como um gerador pontual de estresse. Sem intervenção institucional adequada, o que começa como insegurança pode se transformar em colapso psicológico crônico.

Mulheres relataram níveis mais elevados de exaustão emocional, muitas vezes associados à dupla ou tripla jornada (trabalho, casa e filhos). E14 comentou: “Saio de um plantão para buscar meu filho na escola. Não descanso nunca. Estou esgotada.” Isso revela uma sobrecarga que ultrapassa o ambiente institucional e se conecta às desigualdades sociais e de gênero. A fala de E14 evidencia que o sofrimento feminino na saúde é atravessado por múltiplas camadas de opressão: além das demandas laborais, há a carga invisível do trabalho doméstico e dos cuidados familiares, tradicionalmente atribuídos às mulheres. A ausência de políticas que considerem essa

realidade - como escalas mais flexíveis, apoio psicológico específico ou benefícios voltados à maternidade - contribui para que o esgotamento feminino seja naturalizado. Essa negligência institucional reforça padrões sociais históricos de desigualdade e perpetua a lógica de que as mulheres devem “dar conta de tudo”, mesmo às custas de sua saúde física e emocional.

Alguns profissionais relataram que já precisaram se afastar do trabalho por crises emocionais, mas que o retorno ao ambiente foi difícil devido ao estigma. E22 revelou: “Fiquei 15 dias afastado com laudo de depressão. Quando voltei, me chamavam de ‘sensível’. Nunca mais fui o mesmo.” Esse estigma funciona como barreira para o cuidado preventivo. O relato expõe o ciclo perverso em que o trabalhador, mesmo ao buscar ajuda de forma legítima, é penalizado socialmente ao retornar. O medo do julgamento dos colegas e da chefia acaba sendo um dos principais fatores que impede que outros profissionais também busquem auxílio. Em vez de um ambiente de acolhimento e reintegração, o trabalhador encontra hostilidade e desconfiança, o que agrava ainda mais sua condição psíquica. Essa cultura organizacional punitiva precisa ser substituída por uma ética de cuidado coletivo, na qual o adoecimento seja compreendido como um fenômeno humano, e não como fraqueza individual.

A relação entre sofrimento emocional e erros profissionais também foi citada. E08 relatou ter cometido um erro de medicação após 24 horas sem dormir. A culpa e o medo das consequências agravaram sua condição emocional. “Achei que fosse ser demitida. Chorei a noite toda.” Esse relato reforça a importância de condições adequadas de trabalho para garantir a segurança do profissional e do paciente. A privação de sono, a exaustão e a pressão constante comprometem funções cognitivas essenciais, como atenção, memória e tomada de decisão. O erro cometido por E08, longe de ser fruto de negligência, é reflexo direto das condições de trabalho impostas a ela. No entanto, em vez de apoio e compreensão, o profissional muitas vezes encontra punição e culpa, o que aprofunda o sofrimento psíquico. Para além das medidas corretivas, as instituições precisam reconhecer que o erro humano em contextos extremos é previsível - e que a prevenção começa pela promoção de ambientes saudáveis, não pela culpabilização de indivíduos.

Em contrapartida, alguns profissionais relataram pequenas iniciativas institucionais positivas, como rodas de conversa, programas de escuta e pausas ativas. Contudo, esses relatos foram minoria e geralmente associados a instituições privadas. E05 afirmou: “Lá na clínica temos um momento semanal de escuta com a psicóloga. É pouco, mas já ajuda muito.” Ainda que tímidas e isoladas, essas ações apontam caminhos possíveis para a promoção do bem-estar.

Iniciativas como essas não resolvem por completo o adoecimento institucional, mas funcionam como espaços de respiro e validação emocional. O simples fato de ter um momento seguro para expressar sentimentos e ser escutado por um profissional qualificado já produz efeitos significativos na redução da tensão acumulada. A associação mais frequente dessas práticas a instituições privadas, no entanto, revela uma desigualdade preocupante no acesso ao cuidado psicológico no setor público, onde a maioria dos trabalhadores atua. A expansão de práticas semelhantes em ambientes públicos seria um avanço relevante no combate ao sofrimento psíquico estrutural.

A presença de lideranças sensíveis e empáticas também apareceu como fator de proteção. Profissionais que trabalham com gestores abertos ao diálogo demonstraram níveis menores de exaustão. E19 comentou: “Nossa coordenadora sempre pergunta como estamos. Isso muda tudo.” Isso destaca o papel essencial da gestão humanizada no enfrentamento do adoecimento emocional. A figura da liderança não atua apenas como gestora de processos, mas também como mediadora do clima organizacional. Uma gestão que acolhe, escuta e respeita o sofrimento dos seus colaboradores é capaz de transformar positivamente o ambiente de trabalho, fortalecendo vínculos de confiança e reduzindo tensões emocionais. O impacto subjetivo de uma liderança empática vai além da motivação: ele contribui para a construção de um espaço onde o trabalhador sente que sua saúde importa, que ele é mais que uma peça produtiva, e que há alguém disposto a cuidar de quem cuida.

Por fim, a maioria dos entrevistados expressou descrença em mudanças estruturais no curto prazo, mas defendeu a importância de pesquisas como esta para dar visibilidade ao sofrimento vivido. E06 finalizou seu questionário dizendo: “Obrigado por perguntar como me sinto. Ninguém faz isso.” Essa fala resume, de forma simbólica, o silenciamento generalizado que marca o cotidiano dos profissionais da saúde. A ausência de escuta e o apagamento da subjetividade dos trabalhadores produzem um cenário onde o adoecimento se torna invisível, silencioso e, muitas vezes, naturalizado. A pesquisa, nesse contexto, se torna mais que um instrumento acadêmico: ela representa um espaço de fala e de validação da dor coletiva. Ainda que não resolva os problemas estruturais, ela oferece uma ruptura simbólica importante - um momento em que o profissional deixa de ser apenas mão de obra e se torna sujeito de sua própria narrativa.

Os relatos aqui analisados revelam que o sofrimento emocional dos profissionais da saúde é profundo, plural e atravessa diferentes dimensões - desde as condições objetivas de trabalho até

os aspectos mais subjetivos da vivência profissional. A ansiedade, a depressão e a síndrome de Burnout não são fenômenos isolados ou pontuais, mas sim consequências diretas de um modelo de gestão que desumaniza e sobrecarrega seus trabalhadores. As falas dos entrevistados, repletas de dor, frustração e apelos por reconhecimento, demonstram que o cuidado com quem cuida ainda é uma lacuna grave no sistema de saúde. O enfrentamento desse problema exige mais do que ações pontuais: requer uma mudança estrutural, cultural e ética nas formas como o trabalho em saúde é organizado, reconhecido e cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa evidenciou, de maneira clara e profunda, os dilemas enfrentados por profissionais da saúde no que diz respeito à saúde mental no ambiente de trabalho. A partir da escuta direta de 22 participantes atuantes em diferentes frentes da assistência em saúde, tornou-se possível compreender que os transtornos como ansiedade, depressão e Burnout não são eventos isolados ou decorrentes de fragilidades individuais, mas sim expressões de um adoecimento coletivo e estrutural, forjado nas condições precárias e desumanizantes de trabalho.

As falas dos profissionais revelam um cenário alarmante de sobrecarga, falta de apoio institucional, ausência de políticas de cuidado com os trabalhadores e uma cultura que silencia o sofrimento emocional. Sintomas como exaustão, insônia, despersonalização e desmotivação foram descritos em relatos comoventes, que demonstram o impacto devastador que o ambiente profissional pode exercer sobre a vida pessoal, familiar e emocional desses sujeitos. O espaço que deveria ser de cuidado - o sistema de saúde - torna-se, paradoxalmente, um dos principais agentes de adoecimento dos que nele atuam.

Além disso, a pesquisa destacou importantes disparidades de gênero, tempo de carreira e vínculo empregatício. As mulheres, especialmente, enfrentam uma sobrecarga que extrapola o campo profissional, acumulando responsabilidades domésticas e maternas, o que intensifica os quadros de esgotamento. Já os profissionais mais jovens convivem com altos níveis de ansiedade e insegurança, enquanto os mais experientes relatam sintomas de Burnout, sugerindo que a permanência prolongada em ambientes tóxicos favorece a evolução do sofrimento para estágios mais severos.

Outro aspecto importante foi o estigma associado ao sofrimento mental, que impede muitos profissionais de buscar ajuda por medo de julgamento ou retaliação. Essa cultura

organizacional punitiva e baseada em silenciamentos, somada à ausência de lideranças empáticas e à falta de espaços de escuta qualificada, cria um ambiente em que o sofrimento é internalizado e, muitas vezes, tratado com automedicação, espiritualidade isolada ou mecanismos individuais de enfrentamento - estratégias que, embora legítimas, não dão conta da complexidade do problema.

Por outro lado, mesmo que de forma tímida, a pesquisa também revelou possibilidades de enfrentamento e transformação. As experiências positivas, ainda que pontuais, apontam que iniciativas institucionais de cuidado, como rodas de conversa, escuta terapêutica e gestão humanizada, podem mitigar os efeitos do sofrimento e promover um ambiente mais saudável. A presença de lideranças sensíveis, aliada a ações concretas de valorização do trabalhador, demonstrou ser um fator de proteção importante contra o adoecimento.

Dessa forma, conclui-se que é necessário repensar a forma como o trabalho em saúde está organizado. As instituições precisam deixar de naturalizar a dor dos seus profissionais e assumir um compromisso ético com a promoção da saúde mental no ambiente laboral. Investir em prevenção, acolhimento e valorização não é um luxo, mas uma necessidade estratégica que repercute diretamente na qualidade do cuidado oferecido à população e na sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

Por fim, esta pesquisa reforça que dar voz aos trabalhadores é, por si só, um ato transformador. Ouvir, validar e acolher o sofrimento daqueles que cotidianamente cuidam de vidas é o primeiro passo para construir uma cultura de cuidado que não exclua seus cuidadores. Espera-se que os dados aqui apresentados possam contribuir para a reflexão crítica, o desenvolvimento de políticas públicas e a implementação de práticas institucionais mais humanas, inclusivas e responsáveis com aqueles que sustentam, com seu trabalho e sua saúde, a base do sistema de saúde no país.

REFERÊNCIAS

AGTEREN, J. V. *et al.* “A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing”. *Nature Human Behaviour*, vol. 5, 2021.

ALENCAR, B. E. R. *et al.* “Compreendendo o adoecimento mental pelo esgotamento profissional da Síndrome de Burnout: uma revisão integrativa”. *Brazilian Journal of Health Review*, vol. 5, n. 1, 2022.

ALMEIDA, L. A. *et al.* “Fatores gerados da síndrome de burnout em profissionais da saúde”. *Journal of Research: Fundamental Care*, vol. 8, n. 3, 2016.

AQUINO, L. S.; RIBEIRO, I. S.; MARTINS, W. “Síndrome de Burnout: repercussões na saúde do profissional de enfermagem”. Boletim de Conjuntura (BOCA), vol. 6, n. 16, 2021.

LIMA, L. A. de O.; JAHNKE, J. F.; JESUS, E. L. de; PEREIRA, R.; RIBEIRO, C. M. G.; PEDRO, A. M. Tecnologias de Informação e Comunicação na Globalização: Conexões, Desigualdades e Transformações Socioculturais. Revista de Gestão e Secretariado, [S. l.], v. 16, n. 8, p. e5222, 2025. DOI: 10.7769/gesec.v16i8.5222.

LIMA, L. A. de O.; BERNARDY, T. A. dos S.; MENDEZ, A. V.; SCHIAVAO, L. J. V.; SOARES, A. R. N.; SOUZA JÚNIOR, S. O. de; VILELA, C. R.; BEZERRA, I. G. S. Gestão em Saúde: as Contribuições das Pesquisas de Satisfação e de Clima Organizacional para a Qualidade de Vida no Trabalho. Revista de Gestão e Secretariado, [S. l.], v. 16, n. 7, p. e5144, 2025. DOI: 10.7769/gesec.v16i7.5144.

LIMA, L. A. O. *et al.* Quality of life at work in a ready care unit in Brazil during the covid-19 pandemic. **International Journal of Research -GRANTHAALAYAH**, [S. l.], v. 8, n. 9, p. 318–327, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v8.i9.2020.1243>

LIMA, L. A. O.; DOMINGUES JUNIOR, GOMES, O. V. O. Saúde mental e esgotamento profissional: um estudo qualitativo sobre os fatores associados à síndrome de burnout entre profissionais da saúde. **Boletim de Conjuntura Boca**, 2023. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10198981>

LIMA, L. A. O.; DOMINGUES, P. L ; SILVA, R. T. . Applicability of the Servqual Scale for Analyzing the Perceived Quality of Public Health Services during the Covid-19 Pandemic in the Municipality of Três Rios/RJ, Brazil. International Journal of Managerial Studies and Research (IJMSR), v. 12, p. 17-18, 2024. <https://doi.org/10.20431/2349-0349.1208003>

Lima, L. A. O., Domingues Júnior, P. L., & Silva, L. L. (2024). Estresse ocupacional em período pandêmico e as relações existentes com os acidentes laborais: estudo de caso em uma indústria alimentícia. RGO - Revista Gestão Organizacional, 17(1), 34-47. <http://dx.doi.org/10.22277/rgo.v17i1.7484>.

LIMA, L. A. de O.; DOMINGUES JUNIOR, P. L. GOMES, O. V. de O. SAÚDE OCUPACIONAL E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE CATADORES DE RECICLÁVEIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida , [S. l.], v. 17, n. 2, p. 9, 2025. DOI: 10.36692/V17N2-93R

LIMA, L. A. O; SILVA, L. L.; DOMINGUES JÚNIOR, P. L. Qualidade de Vida no Trabalho segundo as percepções dos funcionários públicos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **REVISTA DE CARREIRAS E PESSOAS**, v. 14, p. 346-359, 2024. <https://doi.org/10.23925/recape.v14i2.60020>

LIMA, L. A. O. *et al.* Os desafios na formação de profissionais de saúde no Brasil. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, p. 05-15, 2025. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p05-15>

LIMA, L. A. O. *et al.* GESTÃO HUMANIZADA EM SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. LUMEN ET VIRTUS, v. 16, p. 1009-1019, 2025. <https://doi.org/10.56238/levv16n45-027>