

Presenteísmo de profissionais da saúde em contexto hospitalar: uma revisão de escopo

Cynthia Lima Sampaio¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0612-2781>

Thailane Cardoso Soares¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0208-3156>

Victoria Lohreine de Carvalho Grangense¹

 <https://orcid.org/0009-0001-8279-5155>

Bruna Victória da Silva Passos¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3135-2231>

Roberta Meneses Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0002-5803-8605>

Joselany Áfio Caetano¹

 <https://orcid.org/0000-0002-0807-056X>

Destaques: (1) O presenteísmo é um fenômeno prevalente e multifatorial entre profissionais da saúde em ambiente hospitalar. (2) O presenteísmo contribui para o agravamento de doenças crônicas, estresse, fadiga e redução da capacidade laboral. (3) No âmbito organizacional, ele compromete a produtividade, eleva os custos diretos e indiretos com saúde. (4) Impacta negativamente o clima de segurança do paciente, com maior risco de erros e disseminação de infecções. (5) Estudos de intervenção são necessários avançar no conhecimento sobre o tema.

Objetivo: mapear a prevalência do presenteísmo entre profissionais da saúde no ambiente hospitalar, identificar fatores relacionados, consequências para a segurança do paciente e a saúde do trabalhador, bem como as intervenções utilizadas. **Método:** revisão de escopo realizada com base nas recomendações do JBI *Reviewer's Manual*, incluindo estudos disponíveis na íntegra em cinco bases de dados, sem restrição de tempo ou idioma. **Resultados:** os 31 artigos selecionados mostraram alta prevalência de presenteísmo entre profissionais da saúde no ambiente hospitalar e os principais fatores relacionados foram as doenças (depressão e infecções), aspectos ocupacionais (sobrecarga de trabalho) e organizacionais (falta de apoio dos colegas). As consequências para a saúde do trabalhador foram o agravamento da saúde, estresse, fadiga/exaustão, comprometimento da capacidade laboral, e da segurança do paciente, o aumento do risco de infecções e de erros clínicos. Poucos estudos relataram intervenções, como centros de bem-estar ocupacional. As consequências repercutiram nos aspectos econômicos com perda de produtividade e maior custo em saúde. **Conclusão:** a prevalência de presenteísmo entre profissionais da saúde em ambiente hospitalar é alta e constitui um fenômeno multifatorial com consequências negativas para indivíduos, organizações e pacientes. A análise multidimensional do presenteísmo pode contribuir para o estabelecimento de políticas e programas de saúde organizacional em hospitais. Frente à escassez de estudos de intervenção, é necessário avançar no conhecimento sobre o tema. O protocolo da pesquisa consta na plataforma Open Science Framework: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GVNX3>.

Descritores: Hospitais; Presenteísmo; Saúde Ocupacional; Gestão em Saúde; Pessoal de Saúde; Revisão de Escopo.

Como citar este artigo

Sampaio CL, Soares TC, Gangrense VLC, Passos BVS, Oliveira RM, Caetano JA. Presenteeism among healthcare professionals in a hospital setting: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4900 [cited ____/____/____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.8286.4900>

¹ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

Introdução

As instituições de saúde são reconhecidas como ambientes de trabalho de alta complexidade e exposição a riscos, abrangendo aqueles comuns a outros setores somados aos inerentes às práticas assistenciais. Os profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam em hospitais, estão expostos a uma ampla variedade de riscos, tais como biológicos, químicos, físicos, ergonômicos, além dos problemas organizacionais e riscos psicossociais⁽¹⁾.

Nesse contexto, o absenteísmo e o presenteísmo são resultados comuns frente à exposição ao risco e repercutem na produtividade e no bem-estar dos profissionais. No entanto, enquanto o absenteísmo entre profissionais de enfermagem é amplamente estudado devido ao seu elevado custo para os sistemas de saúde, o presenteísmo é um fenômeno mais complexo, de difícil mensuração, por envolver múltiplos fatores⁽²⁾.

É possível exemplificar os altos custos do absenteísmo com a perda anual de aproximadamente US\$ 4 milhões para a Província Oriental da Arábia Saudita⁽²⁾. Já em relação ao presenteísmo, os estudos apresentam grande heterogeneidade metodológica e resultados contraditórios quanto às associações com variáveis ocupacionais ou organizacionais. Isso dificulta a formulação de conclusões definitivas no campo da saúde⁽³⁾.

Ademais, o presenteísmo ainda é um conceito em construção, mas já reconhecido como a presença do profissional no trabalho mesmo quando há limitações físicas e mentais que impeçam sua atividade laboral, embora também exista a classificação de presenteísmo não relacionado à doença devido a razões pessoais, como conflito entre vida profissional e pessoal, percepção de falta de apoio organizacional, estresse, entre outros⁽³⁾.

O cenário pós-pandemia de COVID-19 ampliou o interesse por esse fenômeno, uma vez que os trabalhadores de saúde enfrentaram condições excepcionais de carga emocional, física e organizacional, com possíveis repercussões duradouras sobre o presenteísmo, a segurança do paciente e a saúde ocupacional⁽⁴⁾. Estudos recentes apontam taxas de prevalência elevada de presenteísmo entre profissionais em ambiente hospitalar, relacionadas à exaustão e repercussão na qualidade do cuidado e na segurança do paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

A despeito das evidências práticas sobre a repercussão do presenteísmo nos serviços de saúde, faltam estudos que articulem, de forma mais aprofundada, a prevalência, os fatores relacionados e as consequências e intervenções específicas no contexto hospitalar.

O presente estudo justifica-se diante da necessidade de mapear a relação entre presenteísmo, esgotamento físico e mental, exaustão, síndrome de *burnout*, estresse e depressão, para permitir intervenções eficazes.

No campo da Enfermagem, a relevância deste estudo consiste no fato dos trabalhadores de enfermagem representarem a maior força de trabalho nas instituições de saúde e desempenharem papel central na assistência direta ao paciente. O presenteísmo entre profissionais de enfermagem pode acarretar implicações para a segurança do cuidado ofertado, a qualidade da assistência de enfermagem e aumento dos custos organizacionais.

Compreender o presenteísmo sob a perspectiva da gestão em enfermagem é essencial para subsidiar intervenções que promovam ambientes de trabalho mais saudáveis, com redução dos riscos ocupacionais e que favoreçam práticas de cuidado seguro.

Portanto, objetivou-se mapear a prevalência do presenteísmo entre profissionais da saúde no ambiente hospitalar, identificar fatores relacionados, consequências para a segurança do paciente e a saúde do trabalhador, bem como as intervenções utilizadas.

Método

Tipo de estudo

O estudo trata de uma revisão de escopo que seguiu as etapas recomendadas pelo JBI *Reviewer's Manual*, desenvolvida mediante cinco etapas: formulação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção de estudos; extração e análise dos dados; síntese e construção do relatório. Utilizou-se o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) para a redação do estudo. O registro do protocolo da pesquisa consta na plataforma *Open Science Framework* (OSF) sob o *Digital Object Identifier* (DOI) <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GVNX3>. A busca nas diferentes bases de dados foi realizada em setembro de 2024.

Questão de pesquisa

A pergunta de estudo foi elaborada por meio do uso do acrônimo PCC, segundo as recomendações do JBI. Considerou-se, como população (P), profissionais da saúde; conceito de interesse (C), presenteísmo; e, como contexto (C), hospital; formulando-se a seguinte questão: "Qual é o panorama da temática presenteísmo de profissionais da saúde no ambiente hospitalar?"

Para responder à questão norteadora, outros questionamentos foram realizados: P1. Qual é a prevalência do presenteísmo entre profissionais da saúde no ambiente hospitalar? P2. Quais são os fatores relacionados ao presenteísmo nessa população?; P3. Quais são as consequências do presenteísmo para a

segurança do paciente e para a saúde do profissional no ambiente hospitalar?; e P4. Quais intervenções individuais e organizacionais são sugeridas para a redução do presenteísmo no ambiente hospitalar?

Critérios de seleção

A revisão abordou estudos publicados na íntegra que respondessem à questão de pesquisa. Os critérios de inclusão foram: publicações sem restrição de tempo ou de idioma, com texto completo disponível. Excluíram-se editoriais, vídeos, sites, notícias, *preprints* e resumos.

Estratégia de busca

A busca foi realizada nas bases de dados: MEDLINE/ PubMed (via *National Library of Medicine*), *Web of Science*, CINAHL (via EBSCO), *Scopus* e *Embase*, nas seguintes etapas: 1) pesquisa inicial no MEDLINE para identificar estudos sobre o assunto e selecionar as palavras contidas nessas publicações; 2) elaboração da estratégia de busca; 3) validação da estratégia de busca elaborada com auxílio de uma bibliotecária; 4) uso da nova estratégia.

A estratégia de busca adotada inicialmente foi "presenteeism" OR "sickness presence" AND "hospitals" AND "healthcare workers". Após consulta com a bibliotecária, a estratégia ficou definida da seguinte forma, utilizando-se o MeSH (*Medical Subject Headings*): ((Presenteeism OR "Sickness Presence" OR "Presence, Sickness") AND (Hospitals OR "Hospital Administration") AND ("Health Personnel" OR "Personnel, Health" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Health Care Professionals" OR "Health Care Professional" OR "Professional, Health Care")) e da seguinte maneira, utilizando-se o Emtree: (('presenteeism' OR 'sickness presence' OR 'working while ill' OR 'working while sick' OR 'presenteeism') AND ('health care practitioner' OR 'health care professional' OR 'health care provider' OR 'health care worker' OR 'health personnel' OR 'health profession personnel' OR 'health worker' OR 'healthcare personnel' OR 'healthcare practitioner' OR 'healthcare professional' OR 'healthcare provider' OR 'healthcare worker' OR 'home health aides' OR 'personnel, health' OR 'public health officer' OR 'health care personnel') AND hospital).

A estratégia com descritores cadastrados no Emtree foi utilizada na base de dados Embase e a estratégia com descritores cadastrados no MeSH foi utilizada nas demais bases selecionadas. O acesso às bases de dados deu-

se por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Cabe ressaltar que foi realizada pesquisa nas plataformas *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) e OSF para conferir a existência de revisões sobre o objeto de estudo, porém não foram identificadas.

Uma nova busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e nos Catálogos de teses e dissertações da CAPES foi realizada em novembro de 2025, utilizando a seguinte estratégia: *Presenteeism* AND *Hospitals* AND "Health Personnel", sendo encontrado apenas um estudo, repetido nos dois repositórios. Esse estudo já havia sido contemplado na busca inicial nas bases de dados.

Seleção dos estudos

Após a pesquisa nas bases de dados, todos os registros identificados foram agrupados e carregados no aplicativo Rayyan (*Intelligent Systematic Review*)⁽⁶⁾. E, no primeiro passo, as duplicatas foram removidas. Após essa retirada, os títulos e os resumos foram lidos e selecionados por dois revisores independentes para avaliação, aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Os estudos potencialmente elegíveis foram obtidos em texto completo e avaliados pelos mesmos revisores. As discordâncias quanto aos estudos selecionados foram discutidas entre os revisores e, quando não houve consenso, um terceiro revisor foi acionado.

Os revisores participantes possuem formação em Enfermagem e integram um Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Gestão e Cuidado em Saúde de uma universidade federal, na linha de pesquisa: Atenção e Gestão do cuidado em saúde organizacional e segurança do paciente. A etapa de triagem e seleção foi conduzida, inicialmente, por dois revisores independentes, sendo um estudante de doutorado com experiência em revisão de escopo e um membro de iniciação científica. O primeiro revisor selecionou 31 estudos e o segundo, 15, apresentando concordância em 12 registros, o que corresponde a 35% de concordância. Diante da divergência observada, um terceiro revisor, estudante de mestrado, com experiência em revisão de escopo, realizou nova triagem e selecionou 29 estudos, todos coincidentes com as escolhas do primeiro revisor, resultando em concordância total entre ambos ($\kappa = 1,00$). Os motivos de exclusão em texto completo foram registrados e apresentados no fluxograma PRISMA-ScR.

Instrumento utilizado para a coleta das informações

A extração dos dados foi realizada com instrumento desenvolvido pelas autoras, baseado no formulário

sugerido pelo manual JBI e em publicações de protocolo, sendo adaptado para o objeto de estudo⁽⁷⁾. Os dados extraídos foram: identificação do estudo (autor, título, ano, país, desenho/delineamento, objetivo); participantes (número total, formação profissional, local do estudo); resultados encontrados (prevalência do presenteísmo de trabalhadores da saúde no ambiente hospitalar, fatores relacionados, consequências para a segurança do paciente e a saúde do trabalhador, intervenções utilizadas para diminuir o presenteísmo); conclusões.

As informações foram organizadas em planilha eletrônica no Microsoft Excel®, permitindo o controle das etapas e a verificação cruzada dos dados. Nenhum dado foi alterado ou excluído sem acordo entre os revisores.

Tratamento e análise dos dados

Com base nos dados extraídos, realizou-se a análise descritiva e foram construídos quadros e figuras com os dados das publicações. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo encontram-se relatados, na íntegra, na revisão de escopo final e apresentados em um fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review* (PRISMA-ScR).

A síntese dos resultados foi organizada de forma narrativa, agrupando os achados conforme semelhanças

conceituais e metodológicas. Optou-se por não realizar avaliação crítica da qualidade metodológica, em consonância com as recomendações do JBI para revisões de escopo.

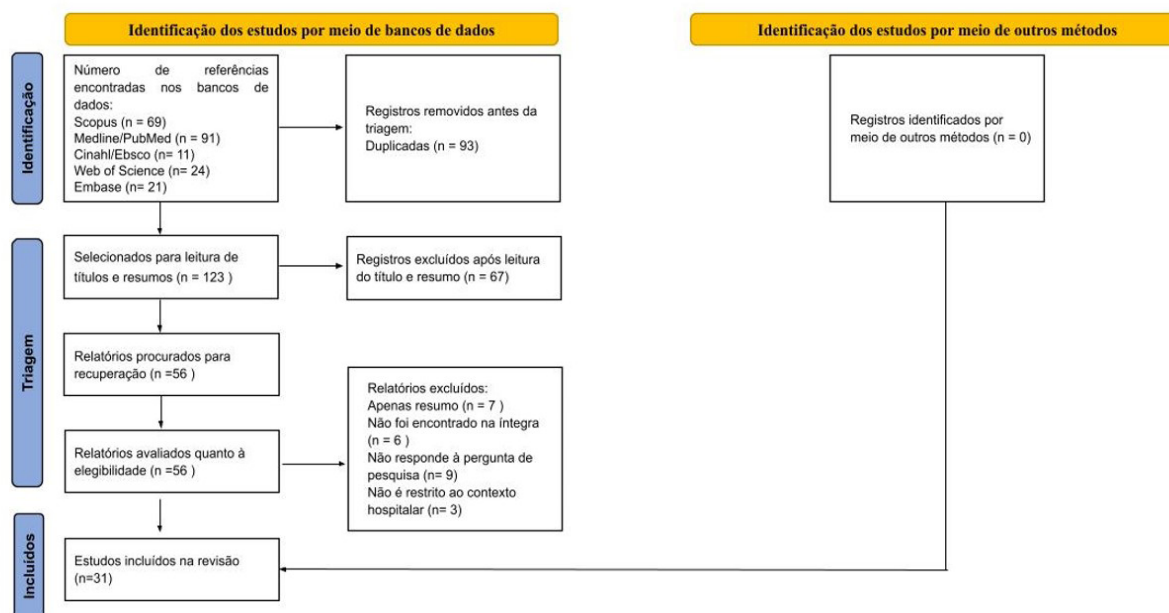
Os fatores que influenciam o presenteísmo foram identificados nos estudos por meio de testes estatísticos de associação e de correlação, incluindo: qui-quadrado (χ^2), t de Student e ANOVA para associações e correlação de Pearson (r) e correlação de Spearman para medir correlações⁽⁸⁾.

Aspectos éticos

O presente estudo não envolveu seres humanos e os dados utilizados são considerados secundários de domínio público com livre acesso. Além disso, foram inseridas todas as referências com respeito aos direitos autorais⁽⁹⁾. Portanto, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa.

Resultados

As buscas resultaram em 216 estudos. Após a exclusão dos duplicados, restaram 123 estudos para a seleção. Na análise dos títulos e resumos, foram selecionados 56; e, após a leitura integral dos estudos, 31 foram incluídos na revisão (Figura 1).



Fonte: Fluxograma PRISMA (de seleção de estudos)

Figura 1 - Fluxograma PRISMA utilizado para identificação e seleção dos estudos. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Os 31 estudos apresentam ampla diversidade quanto ao país de origem, ano de publicação, delineamento metodológico e instrumentos utilizados (Figura 2). A maioria é composta por estudos transversais (n = 22; 70,97%),

seguida de três estudos longitudinais prospectivos (9,68%) e três retrospectivos (9,68%). Além disso, identificou-se um estudo metodológico (3,23%), uma revisão sistemática (3,23%) e uma carta ao editor (3,23%).

Código do artigo	País/Ano	Desenho	Resposta às Questões de Revisão (P1 a P4)	Instrumentos de medida
A1 ⁽¹⁰⁾	Suíça, 2021	Longitudinal prospectivo	P1	<i>Charlson Comorbidity Index</i> Histórico de vacinação contra gripe e características domiciliares que poderiam interferir no risco de gripe Diários de sintomas respiratórios e adesão ao uso de máscara
A2 ⁽¹¹⁾	Nigéria, 2021	Transversal	P1 e P2	<i>Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)</i> <i>Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)</i> <i>Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)</i>
A3 ⁽¹²⁾	China, 2021	Transversal	P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> <i>Challenge and Hindrance-related Self-Reported Stress Scale (C-HSS)</i> <i>Short Form Health Survey (SF-8)</i> <i>Public Service Motivation Scale</i>
A4 ⁽¹³⁾	China, 2019	Transversal	P1 e P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> <i>Short Form Health Survey (SF-8)</i> <i>Challenge and Hindrance-related Self-Reported Stress Scale (C-HSS)</i> <i>Short-form PSM Scale</i> <i>Job in General Scale</i> <i>Turnover Intention Scale</i> <i>Job Performance Scale</i> <i>Chirurgisches Qualitätssiegel Scale</i>
A5 ⁽¹⁴⁾	China, 2022	Transversal	P1 e P2	Escala de Niehoff & Moorman (justiça distributiva); Escala de Pierce, et al (autoestima organizacional) <i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> Escala de Eisenberger, et al. (Suporte Organizacional Percebido)
A6 ⁽¹⁵⁾	Turquia, 2024	Metodológico	P2	<i>Stanford Presenteeism Scale (STAS)</i> <i>Happiness At Work Scale</i> <i>Burnout Scale Short Version</i>
A7 ⁽¹⁶⁾	China, 2024	Transversal	P2	<i>Impact of Events Scale (IES)</i> <i>Turnover intention Scale (PTSD)</i> <i>Stanford presenteeism Scale (STAS)</i> <i>Social Support Scale (SSS)</i>
A8 ⁽¹⁷⁾	Brasil, 2021	Transversal	P1 e P2	<i>Stanford Presenteeism Scale (STAS)</i> - versão brasileira <i>Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)</i>
A9 ⁽¹⁸⁾	Malta, 2020	Transversal	P2 e P3	Questionário sobre as percepções de doenças durante episódios de presenteísmo e absenteísmo <i>Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)</i>
A10 ⁽¹⁹⁾	França, 2022	Revisão sistemática	P3	<i>Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)</i> <i>Work Limitations Questionnaire (WLQ)</i> <i>Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)</i> <i>Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)</i> <i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i>
A11 ⁽²⁰⁾	Brasil, 2022	Transversal	P1, P2 e P3	<i>Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)</i> <i>Work Ability Index (WAI)</i>
A12 ⁽²¹⁾	Japão, 2020	Carta ao editor	P1	Duas perguntas abertas sobre sintomas, reconhecimento da doença e motivos para comparecer ao trabalho doente.
A13 ⁽²²⁾	Reino Unido, 2024	Transversal	P4	<i>Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)</i> Quatro medidas globais de item único de estresse no trabalho, satisfação no trabalho, presenteísmo e intenções de rotatividade.
A14 ⁽²³⁾	Reino Unido, 2020	Transversal	P1 e P4	<i>Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS)</i> Escala global de item único (estresse, satisfação, intenção de saída e presenteísmo); <i>Utrecht Work Engagement Scale (UWES)</i> – subescala dedicação, 3 itens Questões abertas sobre percepção, benefícios e barreiras dos centros
A15 ⁽²⁴⁾	Austrália, 2021	Transversal	P1 e P2	Pergunta sobre quantas vezes compareceram ao trabalho quando estavam doentes ou não se sentindo bem nos últimos 12 meses.
A16 ⁽²⁵⁾	China, 2017	Transversal	P1 e P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i>
A17 ⁽²⁶⁾	Estados Unidos, 2017	Transversal	P1	Questionário autorrelatado online e anônimo
A18 ⁽²⁷⁾	Portugal, 2016	Longitudinal retrospectivo	P1 e P3	<i>Work Limitations Questionnaire8 (WLQ8)</i> (versão abreviada de 8 itens) <i>Stanford Presenteeism Scale (SPS6)</i>

(continua na próxima página...)

(continuação...)

Código do artigo	País/Ano	Desenho	Resposta às Questões de Revisão (P1 a P4)	Instrumentos de medida
A19 ⁽²⁸⁾	China, 2019	Transversal	P1 e P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> <i>Short Form Health Survey (SF-8)</i> <i>Challenge and Hindrance-related Self-Reported Stress Scale (C-HSS)</i> <i>Short-form PSM scale</i> Escala de Ironson, et al. (satisfação no trabalho) Escala de Singh, et al. (intenção de rotatividade) Escala de Darwish (desempenho no trabalho) <i>Chirurgisches Qualitätssiegel Scale</i>
A20 ⁽²⁹⁾	Austrália, 2020	Longitudinal retrospectivo	P1	Presenteísmo inferido por ausência de registro de licença médica durante o período de infecção confirmada Absenteeísmo medido por horas de licença registradas / horas totais agendadas × 100 Dados laboratoriais, administrativos e de folha de pagamento integrados via número de identificação do funcionário.
A21 ⁽³⁰⁾	China, 2019	Transversal	P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i>
A22 ⁽³¹⁾	Japão, 2022	Longitudinal retrospectivo	P3	Não foi usado nenhum questionário ou escala padronizada de presenteísmo
A23 ⁽³²⁾	Croácia, 2017	Transversal	P1 e P2	<i>Patient Safety Culture;</i> <i>Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)</i>
A24 ⁽³³⁾	China, 2018	Transversal	P1 e P2	<i>Perceived Ability to Work Scale (PAWS)</i> <i>Challenge and HindranceRelated SelfReported Stress Scale</i>
A25 ⁽³⁴⁾	Eslovênia, 2020	Transversal	P1 e P3	Questionário desenvolvido pelos próprios autores, com várias perguntas sobre saúde, trabalho e comportamento
A26 ⁽³⁵⁾	Espanha, 2018	Transversal	P1 e P2	<i>Stanford Presenteeism Scale6 (SPS-6)</i>
A27 ⁽³⁶⁾	Japão, 2020	Transversal	P1 e P2	Questionário elaborado pelo autor para variáveis demográficas e sintomas <i>Work Productivity and Activity Impairment – General Health (WPAIGH)</i>
A28 ⁽³⁷⁾	Tailândia, 2022	Longitudinal prospectivo	P1	Registro direto por observadores durante o turno e questionário com autorrelato de sintomas nos últimos sete dias
A29 ⁽³⁸⁾	Israel, 2024	Longitudinal prospectivo	P1	Relatos dos participantes, combinados com os dados de vigilância ativa
A30 ⁽³⁹⁾	Irã, 2022	Transversal	P1 e P2	<i>Valuation of Lost Productivity Questionnaire (VOLP)</i> , adaptado para COVID-19 <i>WHO STEPwise</i>
A31 ⁽⁴⁰⁾	Estados Unidos, 2019	Transversal	P1 e P2	Questionário anônimo desenvolvido pelos autores com itens fechados sobre razões do presenteísmo

Figura 2 - Identificação dos estudos incluídos segundo código, país, ano de publicação, delineamento metodológico, perguntas respondidas na revisão e instrumentos utilizados. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Quanto aos países, houve predominância de estudos conduzidos na China (n = 8; 25,81%), seguidos por Japão (n = 3; 9,68%), Austrália (n = 2; 6,46%), Brasil (n = 2; 6,45%), Reino Unido (n = 2; 6,45%), Estados Unidos (n = 2; 6,45%) e 1 (3,23%) estudo na Suíça, Nigéria, Malta, Turquia, França, Portugal, Croácia, Eslovênia, Espanha, Tailândia, Israel e Irã. Em relação ao ano de publicação, observou-se maior concentração em 2020 (n = 6; 19,35%) e 2022 (n = 6; 19,35%), seguidos de 2021 (n = 5; 16,13%), 2019 (n = 4; 12,90%) e 2024 (n = 4; 12,90%). Os demais anos apresentaram menor frequência: 2017 (n = 3; 9,68%), 2018 (n = 2; 6,45%) e 2016 (n = 1; 3,23%).

Os instrumentos utilizados para avaliar o presenteísmo incluíram escalas padronizadas, como a *Perceived Ability to Work Scale (PAWS)* (n = 8), *Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)* (n = 7), *Work Limitations Questionnaire (WLQ)* (n = 2), *Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)* (n = 2), *Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)* (n = 2) e *Valuation of Lost Productivity Questionnaire (VOLP)*, adaptado para COVID-19 (n = 1). Além dessas, alguns estudos aplicaram questionários próprios contendo perguntas diretas sobre a frequência do comportamento de presenteísmo e outros instrumentos de medida de constructos associados, como *Burnout*, Motivação para o serviço, Felicidade no trabalho,

Suporte Social, Estresse de Mudança, *Turnover*, dentre outros (n= 26).

Dos 31 artigos selecionados, 23 responderam à pergunta sobre o resultado da medição de presenteísmo (P1), conforme a Figura 3. Os estudos analisam o presenteísmo sob diferentes perspectivas, como

trabalhar doente ou perda de produtividade, utilizando escalas variadas. Alguns estudos fornecem dados sobre a prevalência do presenteísmo e a intensidade com que ele ocorre. Já outros divulgam apenas a prevalência, a média ou a unidade de medida (perda de produtividade, grau ou valor financeiro).

Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)			
País, ano	Número de participantes	Resultados sobre presenteísmo	
		Prevalência	Média
Nigéria, 2021 ⁽¹¹⁾	155	não informada	22,1 (DP* 5,1)
Espanha, 2018 ⁽³⁵⁾	323	52,9%	19,84 (DP* 4,2)
Brasil, 2021 ⁽¹⁷⁾	754	43,5%	20,9 (DP* 4,7)
Brasil, 2022 ⁽²⁰⁾	299	65,6%	21,36 (DP* 4,7)
Perceived Ability to Work Scale (PAWS)			
China, 2017 ⁽²⁵⁾	1392	não informada	7,25 (DP* 1,79) a 7,63 (DP* 1,57)
China, 2019 ⁽¹³⁾	572	não informada	3,92 (DP* 2,33) a 4,12 (DP* 2,38)
China, 2019 ⁽²⁸⁾	1434	não informada	7,44 (DP* 1,716) a 7,71 (DP* 1,59)
China, 2018 ⁽³³⁾	1392	não informada	2,37 (DP* 1,67) a 2,75 (DP* 1,79)
China, 2022 ⁽¹⁴⁾	1122	não informada	2,09 (DP* 1,46) a 2,35 (DP* 1,61)
Work Limitations Questionnaire- 8 (WLQ-8) e SPS-6			
Portugal, 2016 ⁽²⁷⁾	188	não informada	WLQ-8: Perda de 19,56% de produtividade por dia útil. SPS-6: enfermeiros 1,95 (0,96) e auxiliares 2,28 (0,70)
Work Productivity and Activity Impairment-General Health (WPAI-GH)			
Japão, 2020 ⁽³⁶⁾	668	62,1%	O grau de presenteísmo foi de 30
Valuation of Lost Productivity Questionnaire (VOLP) adaptado para COVID-19			
Irã, 2022 ⁽³⁹⁾	250	100%	US\$ 1.489,05 (DP* = US\$ 1.143,15) no período de três meses.
Health and Work Performance Questionnaire (WHO-HPQ)			
Croácia, 2017 ⁽³²⁾	595	70%	6,82%
Questões elaboradas pelo autor sobre percepção do presenteísmo			
Japão, 2020 ⁽²¹⁾	90	Prevalência de 48,9%	
Reino Unido, 2020 ⁽²³⁾	819	Prevalência de 68,6%	
Austrália, 2021 ⁽²⁴⁾	320	Prevalência de 87,8%	
Estados Unidos, 2017 ⁽²⁶⁾	286	Prevalência de 92,0%	
Israel, 2024 ⁽³⁸⁾	2505	Prevalência de 72,3% (IC [†] de 95%: 60,4–86,4).	
Eslovênia, 2020 ⁽³⁴⁾	5865	Prevalência de 57,0%	
Tailândia, 2022 ⁽³⁷⁾	240	Prevalência de 23,0%	
Análise dos casos de gripe confirmados em laboratório			
Austrália, 2020 ⁽²⁹⁾	1.540	Prevalência de 14,1%	
Suíça, 2021 ⁽¹⁰⁾	152	Prevalência de 67,9%	
Outras escalas			
Japão, 2020 ⁽⁴⁰⁾	14	Prevalência de 64,0%	

*DP = Desvio-padrão; [†]IC = Intervalo de confiança

Figura 3 - Estudos sobre a prevalência do presenteísmo entre profissionais do contexto hospitalar, por país, ano, número de participantes, instrumentos utilizados e principais resultados. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Os resultados mostram ampla variação na prevalência do presenteísmo, com oscilação de 14,1% na Austrália a 100% no Irã. Em relação às médias das escalas, observou-se variações de 2,37 (DP = 1,67) a 7,71 (DP = 1,59) na PAWS, e de 19,84 (DP = 4,2) a 22,1 (DP = 5,1) na SPS-6.

Apenas três estudos compararam o presenteísmo entre diferentes categorias profissionais. Em um deles, os enfermeiros apresentaram menor nível de presenteísmo (14,48%) em comparação com os técnicos e auxiliares de enfermagem assistentes operacionais (27,19%)⁽²⁷⁾. Em outro, o presenteísmo foi mais elevado entre os médicos⁽³⁹⁾. Já uma pesquisa brasileira encontrou menor perda de produtividade

entre médicos, quando comparados com todos os profissionais (23,85 pontos), seguidos dos técnicos de enfermagem e enfermeiros, que obtiveram escores de 20,91 pontos e 20,65 pontos, respectivamente, indicando uma menor redução em sua produtividade diante de problemas de saúde⁽²⁰⁾.

Dezenove artigos responderam sobre os fatores que podem influenciar o presenteísmo (P2). Esses dados foram encontrados nos artigos por meio de associações e correlações (Figura 4). Um estudo com questão direta sobre o motivo de trabalhar doente teve maior porcentagem (56%) de resposta para "senso de dever como profissional de saúde"⁽⁴⁰⁾.

Associações significativas encontradas entre presenteísmo e fatores identificados nos estudos revisados	
Fatores demográficos Tabagismo (Fumantes com maior presenteísmo: OR* = 2,99, p = 0,030) ⁽³⁹⁾ Idade (Meia-idade: OR* = 11,189, p = 0,046) ⁽³⁹⁾ Idade (30 anos ou menos, p = 0,023) ⁽¹⁵⁾ Solteiro (p = 0,014) ⁽¹⁵⁾ Morar sozinho (p = 0,030) ⁽¹⁵⁾ Sexo (Mulheres com risco 1,88 vezes maior, IC†: 1,06-3,32, p = 0,03) ⁽²⁰⁾ Sexo (Homens) (p < 0,05) ⁽¹³⁾	
Fatores de saúde-doença Estresse (p < 0,01) ⁽³⁵⁾ Depressão (p < 0,015) ⁽¹¹⁾ Doenças musculoesqueléticas (p < 0,05) ⁽¹⁸⁾ Doenças crônicas (p < 0,05) ⁽¹⁸⁾ Dores de cabeça/enxaquecas (p < 0,05) ⁽¹⁸⁾ COVID-19 (uma infecção: OR* = 6,816, p = 0,000), duas infecções: OR* = 24,023, p = 0,001) ⁽³⁹⁾	
Fatores ocupacionais Urgência hospitalar (p = 0,004) ⁽³⁵⁾ Clima de segurança negativo (p < 0,05) ⁽¹⁷⁾ Cultura de segurança do paciente ⁽³²⁾ Carga e tempo de carreira (Profissionais em meio/fim de carreira) ⁽¹³⁾ Trabalhar 9 horas ou mais diariamente (p < 0,001) ⁽¹⁵⁾ 5 anos ou menos na profissão (p = 0,012) ⁽¹⁵⁾ Renda (Terceiro e quarto quartis com maior presenteísmo) ⁽³⁹⁾ Médico (p = 0,005) ⁽¹⁵⁾ Justiça na distribuição de recompensas e reconhecimento (ex.: salários, carga de trabalho, promoções) têm níveis mais altos de presenteísmo ⁽¹⁴⁾	
Correlações significativas encontradas entre presenteísmo e fatores identificados nos estudos revisados	
Carga de trabalho Exaustão (-0,350, p < 0,001) ^{‡(11)} Desengajamento (-0,475, p < 0,001) ^{‡(11)} Horas de trabalho excessivas (r = 0,105, p = 0,016) ^{§(36)} Trabalho em turnos (r = 0,106, p = 0,015) ^{§(36)} Workaholism (r = 0,232, p < 0,001) ^{§(36)}	
Comprometimento organizacional Comprometimento organizacional (β = -0,42, p < 0,001) ^{‡(28)} Apoio dos colegas de trabalho (β = -0,15, p < 0,001) ^{‡(28)} Motivação no serviço público (β = -0,35; p < 0,001) ^{‡(30)} e (β = -0,13, p < 0,01) ^{‡(12)} Comprometimento afetivo (β = -0,27; p < 0,001) ^{‡(25)} Felicidade no trabalho (r = -0,567, p < 0,001) ^{‡(15)}	
Saúde-doença Estresse de desafio (β = 0,07, p < 0,01) ^{§(12)} Estresse de desafio (-0,05, p = 0,001) ^{‡(33)} Estresse de impedimento (β = 0,13, p < 0,01) ^{§(12)} e (0,25, p = 0,001) ^{§(33)} Saúde (β = -0,12, p < 0,01) ^{‡(12)} e (r = -0,35) ^{‡(33)} Estresse de desafio e estresse de impedimento (r = 0,20, r = 0,32) ^{§(25)} TEPT (β = 0,638, p < 0,001) ^{§(16)} Intensidade da dor lombar (r = 0,248, p < 0,001) ^{§(36)} , Duração do sono (-0,131, p = 0,003) ^{‡(36)} Sintomas depressivos (r = 0,269, p < 0,001) ^{§(36)} Estabilidade emocional (r = -0,226, p ≤ 0,01) ^{‡(24)} Estresse relacionado ao trabalho (r = 0,218, p ≤ 0,001) ^{§(24)} Burnout (r = 0,653, p < 0,001) ^{§(15)}	

*OR = Odds Ratio; †IC = Intervalo de confiança; ‡Correlação negativa; §Correlação positiva; ||TEPT = Transtorno do estresse pós-traumático

Figura 4 - Fatores que podem influenciar o presenteísmo verificados por meio de associações e correlações nos estudos revisados. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

Os fatores de associação identificados foram subdivididos em: demográficos, saúde-doença e ocupacionais, revelando a importância de idade, sexo, tabagismo, doenças físicas e mentais, renda, setor, carga horária e clima de segurança.

Identificou-se que a presença de fatores como exaustão, desengajamento, comprometimento organizacional, apoio dos colegas de trabalho, motivação no serviço público, comprometimento afetivo, felicidade no trabalho, melhor saúde geral, maior duração do sono e estabilidade emocional foram correlacionados a menor presenteísmo.

Por outro lado, maior carga horária de trabalho, trabalho em turnos, estresse de desafio e de impedimento, sintomas depressivos, maior intensidade de dor lombar e presença de sintomas de TEPT (Transtorno do estresse pós-traumático) foram correlacionados a maior presenteísmo.

A respeito das consequências do presenteísmo (P3), encontraram-se sete artigos que responderam sobre as repercussões para a segurança do paciente e do trabalhador e também sobre o impacto na capacidade laboral e econômica, conforme representado na Figura 5.

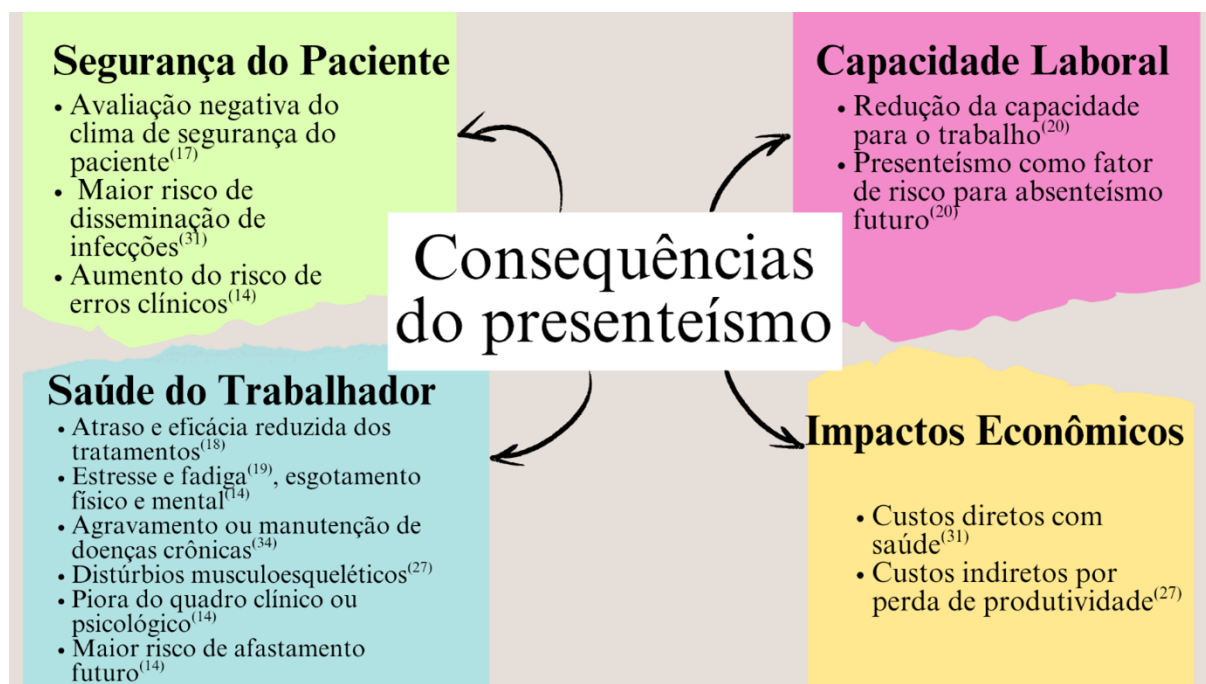


Figura 5 - Mapa mental sobre as consequências do presenteísmo. Fortaleza, CE, Brasil, 2025

No que se refere às intervenções individuais e organizacionais adotadas (P4), apenas dois estudos relataram a utilização de centros de bem-estar como estratégia institucional. Em uma dessas investigações, observou-se que profissionais de saúde sem acesso a centros de bem-estar apresentaram níveis mais elevados de presenteísmo ($\beta = -0,22$; $p < 0,001$) e eram, em média, mais jovens ($\beta = 0,09$; $p = 0,002$). Além disso, foi identificada uma interação significativa entre presenteísmo e acesso ao centro de bem-estar nos níveis de bem-estar dos profissionais, com $F(1, 791) = 18,65$; $p < 0,001$; $\eta p^2 = 0,02$. Os profissionais que apresentaram presenteísmo e acessaram o centro relataram maiores níveis de bem-estar (média = 3,30; desvio-padrão — DP = 0,04), quando comparados àqueles que acessaram o centro, mas não relataram presenteísmo (média = 3,06; DP = 0,040)⁽²²⁾.

Por outro lado, um segundo estudo não identificou diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais que acessaram ou não os centros de bem-

estar quanto às variáveis: percepção de estresse no trabalho, satisfação profissional, presenteísmo ou intenção de rotatividade⁽²³⁾.

Discussão

Os resultados apresentados permitem visualizar um panorama abrangente sobre diversos aspectos do presenteísmo. As perguntas norteadoras sobre a prevalência do presenteísmo e os fatores relacionados foram amplamente respondidas por meio do mapeamento realizado. No entanto, as respostas às perguntas sobre consequências e intervenções foram encontradas em poucos estudos.

Os achados reforçam a heterogeneidade de instrumentos para mensuração do presenteísmo e a importância de considerar múltiplos fatores contextuais e metodológicos ao interpretar os resultados. Em relação à prevalência de presenteísmo avaliada, os resultados variam conforme o instrumento de medida utilizado.

A PAWS foi a escala mais utilizada para investigações sobre a perda de produtividade, seguida da SPS-6. O instrumento original considera a autopercepção sobre a capacidade de trabalho, com resultados que variam de 0 a 10, em que valores mais altos indicam maior capacidade de trabalho e melhor desempenho. Nos estudos incluídos nesta revisão, os autores invertem os escores para uma interpretação mais intuitiva, em que escores mais altos representam maior presenteísmo, enquanto escores mais baixos refletem menor presenteísmo ou maior capacidade percebida para o trabalho. Já a SPS-6 permite mensurar a influência de problemas de saúde na qualidade de trabalho e no desempenho do profissional, mostrando-se um instrumento de fácil entendimento, o que favorece seu preenchimento e análise⁽¹⁵⁾.

Há uma concentração de estudos mais recentes, principalmente entre 2017 e 2023. Isso pode estar relacionado ao aumento do interesse no tema, especialmente após a pandemia de COVID-19, que intensificou as discussões sobre saúde ocupacional e absenteísmo. Contudo, mesmo antes da pandemia, as taxas de presenteísmo já eram elevadas em alguns contextos⁽²⁷⁾.

A prevalência de presenteísmo variou consideravelmente, de 14,1% na Austrália⁽²⁹⁾, a 100%, no Irã⁽³⁹⁾, com muitos estudos mostrando taxas superiores a 50%. Destaca-se que países como Austrália (87,8%)⁽²⁴⁾, Israel (72,3%)⁽³⁸⁾, Reino Unido⁽²³⁾ e Estados Unidos⁽²⁶⁾ (com variações entre 68,6% e 92%) apresentaram prevalências significativamente elevadas de presenteísmo, o que pode refletir uma maior pressão institucional para o comparecimento ao trabalho mesmo em condições de saúde inadequadas, ou ainda indicar a presença de culturas organizacionais mais permissivas e tolerantes a essa prática.

Quanto à origem do presenteísmo, os resultados encontrados sugerem a influência de fatores individuais, como compromisso profissional e medo de represálias, e de fatores organizacionais, como alta carga de trabalho e escassez de recursos humanos baixos níveis de pessoal. Esses fatores merecem interpretação cuidadosa, visto que as correlações encontradas entre variáveis preditoras e o desfecho presenteísmo podem ser ambivalentes. Por exemplo, para um estudo, o *burnout* e o desengajamento foram correlacionados a um menor índice de presenteísmo⁽¹¹⁾, enquanto para outro, os níveis de *burnout* estiveram correlacionados a maior presenteísmo⁽¹⁵⁾.

Da mesma forma, a estabilidade emocional foi associada a um aumento do presenteísmo⁽²⁴⁾. Isso pode ser explicado pelo fato de os trabalhadores que apresentam comportamentos mais estáveis de humor tenderem a comparecer ao trabalho mesmo quando estão doentes.

Os achados indicam que o maior presenteísmo também esteve associado a uma cultura organizacional

desfavorável. Em contrapartida, fatores como comprometimento organizacional ($\beta = -0,42$, $p < 0,001$), apoio dos colegas de trabalho ($\beta = -0,15$, $p < 0,001$)⁽²⁸⁾, motivação no serviço público ($\beta = -0,35$; $p < 0,001$)⁽³⁰⁾ e ($\beta = -0,13$, $p < 0,01$)⁽¹²⁾ e comprometimento afetivo ($\beta = -0,27$; $p < 0,001$) reduzem o risco de presenteísmo. Ademais, 75% dos profissionais relataram que a causa primária desse episódio foi de natureza organizacional⁽¹⁸⁾.

A carga de trabalho também mostrou forte associação com o presenteísmo. Dentre os fatores mencionados nos artigos, encontram-se as horas de trabalho excessivas ($r=0,105$, $p=0,016$)⁽³⁶⁾, o trabalho em turnos ($r=0,106$, $p=0,015$)⁽³⁶⁾, e o *workaholism* ($r=0,232$, $p<0,001$)⁽³⁶⁾.

Durante a pandemia, uma revisão da literatura identificou fatores que influenciaram o presenteísmo, incluindo questões diretamente relacionadas à saúde mental, fatores individuais, fatores relacionados com a situação causada pela pandemia de COVID-19 e condições de trabalho⁽⁴⁾.

Os fatores demográficos, como idade e sexo, foram divergentes nos estudos analisados, não permitindo generalização. Por se tratar de fatores de natureza individual, merecem atenção especial em cada contexto analisado, considerando as diferenças culturais e socioeconômicas de cada região.

As razões mais frequentemente citadas para o presenteísmo incluíram sintomas leves (36/90; 40,0%) e dificuldade em encontrar profissionais de saúde para substituí-los (25/90; 27,8%). Dois enfermeiros declararam que seus supervisores os proibiram de tirar licença médica, mesmo apresentando sintomas. No total, 106 profissionais de saúde compareceram ao trabalho enquanto estavam doentes, levando à exposição de até 234 pacientes, dos quais 137 pacientes receberam quimioprofilaxia antiviral posteriormente⁽²¹⁾. O motivo mais comum foi o "senso de dever profissional"⁽⁴⁰⁾. Esses resultados convergem com estudo qualitativo realizado com enfermeiros brasileiros, no qual o compromisso profissional foi citado como motivo do presenteísmo, além da necessidade financeira⁽⁴¹⁾.

Quanto às consequências para a saúde individual e organizacional, os estudos confirmaram relações entre presenteísmo, desfechos clínicos desfavoráveis e baixa qualidade da assistência, como aumento de erros médicos e comprometimento da segurança do paciente^(18-20,27,31,34). Em um destes estudos, a origem de um surto de infecção respiratória em uma unidade de tratamento de pequeno porte para saúde mental foi atribuída ao presenteísmo de apenas um profissional de saúde. As infecções foram disseminadas por este profissional que foi trabalhar doente e infectou 17 pacientes no total. Destes, cinco desenvolveram complicações de pneumonia e um total

de US\$12.324 em custos médicos adicionais foi incorrido como resultado do surto⁽³¹⁾.

Tais resultados desfavoráveis são os custos do presenteísmo, muitas vezes invisíveis, para as instituições, pois, na maioria das vezes, as perícias realizadas pouco investigam de forma aprofundada as variáveis envolvidas na prática do presenteísmo e as consequências dele oriundas. É necessário compreender este fenômeno sob uma perspectiva sistêmica e multidimensional, pois o comprometimento da saúde do profissional (tanto o que pratica, quanto o que trabalha com ele) reflete em agravamento de doenças pré-existentes, fadiga, menor produtividade, aumento do risco de absenteísmo futuro, *burnout*, elevação de custos com afastamentos futuros, doenças crônicas e intenção de deixar o emprego⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Todas estas consequências, a nível individual, refletem em consequências para pacientes e instituições, tornando-se um ciclo vicioso de adoecimento organizacional.

As pessoas que praticam o presenteísmo podem ter benefícios de saúde a curto prazo, mas o seu bem-estar pode deteriorar-se ao longo do tempo⁽⁴²⁾. Outros estudos relatam que o presenteísmo pode ter aspectos positivos e ser funcional em determinados contextos quando os recursos apropriados estão disponíveis⁽⁴³⁾. No entanto, os achados desta pesquisa indicam que as consequências do presenteísmo são predominantemente negativas para a segurança do paciente.

Quanto às intervenções para reduzir o presenteísmo entre profissionais da saúde hospitalares, apenas dois estudos enfatizaram este tópico⁽²²⁻²³⁾. Estes abordaram intervenções a nível de saúde ocupacional e criação de centros para o bem-estar profissional, não havendo intervenções organizacionais específicas mais robustas. Isso é notável, visto que ambientes com forte apoio organizacional demonstram promover uma maior autoestima entre os trabalhadores e reduzir os índices de presenteísmo.

Os centros de bem-estar foram instalações criadas durante a pandemia da COVID-19 para oferecer conforto, por meio de elementos sensoriais positivos (iluminação suave, bolas antiestresse, óleos essenciais) e acesso a primeiros socorros psicológicos para profissionais de saúde no combate ao coronavírus⁽²²⁻²³⁾.

São necessários investimentos em intervenções capazes de incluir o comprometimento, o apoio mútuo e o suporte organizacional como pautas das políticas de gestão de pessoas das instituições hospitalares, os quais consigam inserir os profissionais como protagonistas nos processos de tomada de decisão, planejamento da força de trabalho e participação na discussão dos assuntos relacionados ao presenteísmo e sua relação com a qualidade da assistência.

Ademais, sugerem-se intervenções tanto em âmbito organizacional quanto individual. Entre as intervenções organizacionais, destacam-se, ainda, melhorar a distribuição de salários, equilibrar a carga de trabalho e promover recompensas baseadas no *feedback* dos funcionários. É fundamental fortalecer o suporte organizacional, criando um ambiente onde os trabalhadores se sintam valorizados, escutados e apoiados, investindo em lideranças sensíveis e empáticas, comprometidas com o bem-estar da equipe. A promoção de uma cultura organizacional que valorize os trabalhadores, juntamente com a implementação de políticas claras de licença médica e gestão da sobrecarga de trabalho, também é crucial.

No âmbito individual, recomenda-se contemplar, nos processos seletivos, a avaliação das competências emocionais para o trabalho, que incluem autoconsciência, autocontrole, autorrealização e empatia. É importante também oferecer capacitações contínuas e apoio psicológico para fortalecer a autoestima dos profissionais. Por fim, campanhas internas de conscientização sobre os riscos do presenteísmo são essenciais para alertar os profissionais sobre os impactos negativos de trabalhar doente tanto para si quanto para as equipes e os pacientes.

Diante disso, ressalta-se a necessidade de avanços na formulação de políticas institucionais que priorizem a saúde organizacional e a promoção de ambientes de prática positivos, e que reconheçam o presenteísmo como um fenômeno que, se negligenciado, compromete tanto o cuidado prestado quanto a saúde dos próprios profissionais. Os gestores hospitalares, portanto, exercem papel fundamental na redução do presenteísmo. A realização de novos estudos, com enfoque qualitativo e longitudinal, é essencial para aprofundar a compreensão das causas e consequências do presenteísmo e embasar a construção de intervenções eficazes.

Dentre algumas limitações, alguns artigos não apresentaram informações detalhadas sobre o setor hospitalar ou da categoria profissional dos participantes. Em vários casos, os estudos se referem de modo geral a "profissionais da saúde" ou "trabalhadores hospitalares", sem distinção de função ou área de atuação. Essa ausência de detalhamento limita a comparação entre contextos institucionais e categorias específicas dentro do ambiente hospitalar. Apesar da gravidade dos impactos, poucos estudos abordam intervenções para prevenção ou mitigação do presenteísmo. As estratégias identificadas foram pontuais, como a implementação de centros de bem-estar, mas não há consenso sobre sua efetividade. Além disso, a predominância de estudos transversais nesta revisão também revela limitação para os resultados.

Conclusão

Esta revisão de escopo cumpriu seu caráter de mapeamento e evidenciou que o presenteísmo é um fenômeno prevalente e multifatorial entre profissionais da saúde em ambiente hospitalar. Os resultados apontam que os profissionais frequentemente comparecem ao trabalho mesmo em condições de saúde comprometidas, motivados por fatores como pressão organizacional, cultura institucional que valoriza o “trabalhar apesar da doença”, ausência de políticas de apoio, medo de represálias e sentimento de responsabilidade com os pacientes.

As consequências são amplas: na dimensão individual, o presenteísmo contribui para o agravamento de doenças crônicas, estresse, fadiga e redução da capacidade laboral; no âmbito organizacional, ele compromete a produtividade, eleva os custos diretos e indiretos com saúde e impacta negativamente o clima de segurança do paciente, com maior risco de erros e disseminação de infecções.

Referências

1. Ferreira BE, Vilela RAG, Nascimento A, Almeida IM, Lopes MGR, Braatz D, et al. Occupational risk prevention in hospitals based on the Cultural-Historical Activity Theory. *Cien Saude Colet*. 2024;29(5):e012892022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.12892022EN>
2. Al Ismail H, Herzallah NH, Al-Otaibi ST. What are the predictors and costs of nurse absenteeism at select multicenter government hospitals? A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1073832. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1073832>
3. Gerlach M, Hahn S, Rossier C, Geese F, Hamers J, Backhaus R. Presenteeism among nurses: an integrative review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024;7:100261. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100261>
4. García-Iglesias J, Gómez-Salgado J, Apostolo J, Rodrigues R, Costa EI, Ruiz-Frutos C, et al. Presenteeism and mental health of workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Front Public Health*. 2023;11:1224332. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1224332>
5. Laranjeira C, Pereira F, Querido A, Bieri M, Verloo H. Contributing factors of presenteeism among Portuguese and Swiss nurses: a qualitative study using focus groups. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8844. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148844>
6. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5:210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
7. Oliveira RS, Machado MFAS, Moreira MRC. Clinical communication skills in health care for the elderly: a scoping review protocol. *Online Braz J Nurs*. 2023;22(Suppl 1):e20236607. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236607>
8. Mohammadi MM, Nayeri ND, Varaei S, Rasti A. Exploring the concept of presenteeism in nursing: a hybrid concept analysis. *Int J Nurs Terminol Knowl*. 2020;31(4):210-20. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12308>
9. Brasil. Lei nº 12.853, de 14 de agosto de 2013. Altera os arts. 5º, 68, 97, 98, 99 e 100, acrescenta arts. 98-A, 98-B, 98-C, 99-A, 99B, 100-A, 100-B e 109-A, e revoga o art. 94 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, para dispor sobre a gestão coletiva de direitos autorais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2013 Aug 15 [cited 2025 Jul 10];seção 1:1-3. Available from: <https://www.gov.br/propriedade-intelectual/pt-br/legislacao/direitos-autorais/legislacao-nacional/12853.pdf>
10. Kuster SP, Böni J, Kouyos RD, Huber M, Schmutz S, Shah C, et al. Absenteeism and presenteeism in healthcare workers due to respiratory illness. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;42(3):268-73. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.444>
11. Nwosu ADG, Ossai E, Onwuasoigwe O, Ezeigweneme M, Okpamen J. Burnout and presenteeism among healthcare workers in Nigeria: Implications for patient care, occupational health and workforce productivity. *J Public Health Res*. 2021;10(1):1900. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1900>
12. Deng J, Wu Z, Ma M, Zang Z, Yang T. How stress affects presenteeism in public sectors: a dual path analysis of Chinese healthcare workers. *J Public Health (Berl)*. 2022;30:1949-58. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01588-w>
13. Deng J, Sun Y, Lei R, Guo Y, Liu J, Yang T. Status of healthcare workers after comprehensive reform of urban public hospitals in Beijing, China: sustainable supply, psychological perception, and work outcomes. *Hum Resour Health*. 2019;17:77. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0421-1>
14. Yang T, Jin Y, Jin X, Deng J. How organizational support can help employees mitigate the effects of distributive injustice: a hierarchical moderated mediation model. *Int J Occup Saf Ergon*. 2023;29(4):1395-401. <https://doi.org/10.1080/10803548.2022.2131270>
15. Yılmaz S, Söyük S. A theory of presenteeism beyond being sick and a measurement tool. *Rev Adm Empres*. 2024;64(2):e2023-0081. <https://doi.org/10.1590/S0034-759020240205x>
16. Zhang J, Yang X, Zhang X, Liu Y, Liu M, Fang Y, et al. Mediating effects of social support and presenteeism on turnover intention and post-traumatic stress

- disorder among Chinese nurses in the post-pandemic era: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024;12:1323126. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1323126>
17. Zanon REB, Dalmolin GDL, Magnago TSBS, Andolhe R, Carvalho REFL. Presenteeism and safety culture: evaluation of health workers in a teaching hospital. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1):e20190463. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0463>
 18. Fiorini LA, Houdmont J, Griffiths A. Nurses' illness perceptions during presenteeism and absenteeism. *Occup Med (Lond)*. 2020;70(2):101-6. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa012>
 19. Daouda OS, Bun RS, Bouziad KA, Miliani K, Essa-Eworo A, Espinasse F, et al. Multilevel approach to individual and organisational predictors of stress and fatigue among healthcare workers of a university hospital: a longitudinal study. *Occup Environ Med*. 2022;79:839-47. <https://doi.org/10.1136/oemed-2022-108220>
 20. Gonçalves RHA, Jilou V, Bracarense CF, Costa NS, Lima FR, Simões ALA. Presenteeism and its influence on health personnel's capacity for work. *Rev Enferm UERJ*. 2022;30:e68234. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.68234>
 21. Miwa T, Tagashira Y, Uenoyama Y, Honda H. Healthcare workers' presenteeism and chemoprophylaxis against nosocomial influenza in patients hospitalized during the 2018-2019 season. *J Hosp Infect*. 2020;106(2):399-400. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.07.026>
 22. Blake H, Mancini H, Coyne E, Cooper J, Stanulewicz-Buckley N. Workforce wellbeing centres and their positive role for wellbeing and presenteeism in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: secondary analysis of COVID-Well data. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:302. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10730-9>
 23. Blake H, Yildirim M, Wood B, Knowles S, Mancini H, Coyne E, et al. COVID-Well: evaluation of the implementation of supported wellbeing centres for hospital employees during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9401. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249401>
 24. Banks C, Pearson S. Personality, staff attitudes and their association with absenteeism and presenteeism in Australian public sector hospital-based nurses: a cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2021;29:2639-46. <https://doi.org/10.1111/jonm.13443>
 25. Yang T, Guo Y, Ma M, Li Y, Tian H, Deng J. Job stress and presenteeism among Chinese healthcare workers: the mediating effects of affective commitment. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(9):978. <https://doi.org/10.3390/ijerph14090978>
 26. Mossad SB, Deshpande A, Schramm S, Liu X, Rothberg MB. Working despite having influenza-like illness: results of an anonymous survey of healthcare providers who care for transplant recipients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2017;38(8):966-9. <https://doi.org/10.1017/ice.2017.91>
 27. Queiroz-Lima ME, Serranheira F. Absenteeism and presenteeism costs from occupational accidents with WRMSDs in a Portuguese hospital. *DYNA*. 2016;83(196):27-30. <https://doi.org/10.15446/dyna.v83n196.56605>
 28. Yang T, Liu Y, Chen Q, Zhang Z, Guo Y, Deng J. Perceived social support and presenteeism among healthcare workers in China: the mediating role of organizational commitment. *Environ Health Prev Med*. 2019;24:55. <https://doi.org/10.1186/s12199-019-0814-8>
 29. Imai C, Hall L, Lambert SB, Merollini KMD. Presenteeism among health care workers with laboratory-confirmed influenza infection: a retrospective cohort study in Queensland, Australia. *Am J Infect Control*. 2020;48(4):355-60. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.07.024>
 30. Deng J, Li Y, Sun Y, Lei R, Yang T. Public service motivation as a mediator of the relationship between job stress and presenteeism: a cross-sectional study from Chinese public hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:625. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4483-5>
 31. Takayama N, Sakaki H, Shirai M, Toyoda A, Takayanagi H, Takagi K, et al. Healthcare workers' presenteeism causing an outbreak of respiratory infections in a facility for patients with severe motor and intellectual disabilities. *Am J Infect Control*. 2023;51(4):420-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.07.016>
 32. Brborović H, Brborović O. Patient safety culture shapes presenteeism and absenteeism: a cross-sectional study among Croatian healthcare workers. *Arh Hig Rada Toksikol*. 2017;68(3):185-9. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2957>
 33. Yang T, Ma M, Zhu M, Liu Y, Chen Q, Zhang S, et al. Challenge or hindrance: Does job stress affect presenteeism among Chinese healthcare workers? *J Occup Health*. 2018;60(2):163-71. <https://doi.org/10.1539/joh.17-0195-OA>
 34. Skerjanc A, Fikfak MD. Sick leave presence among health care professionals: a cross sectional study of health care professionals in Slovenia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(1):367. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010367>
 35. Sánchez-Zaballos M, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. Presenteeism among emergency health care staff. *Emergencias [Internet]*. 2018 [cited 2026 May 29];30(1):35-40. Available from: <https://revistaemergencias.org/numeros-antteriores/volumen-30/numero-1/presentismo-en-profesionales-sanitarios-de-los-servicios-de-urgencias-y-emergencias/>

36. Yoshimoto T, Oka H, Ochiai H, Ishikawa S, Kokaze A, Muranaga S, et al. Presenteeism and associated factors among nursing personnel with low back pain: a cross-sectional study. *J Pain Res.* 2020;13:2979-86. <https://doi.org/10.2147/JPR.S269529>
37. Piyaraj P, Kittikraisak W, Buathong S, Sinthuwattanawibool C, Nivesvivat T, Yoocharoen P, et al. Encounter patterns and worker absenteeism/presenteeism among healthcare providers in Thailand. *Curr Res Behav Sci.* 2022;3:100067. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2022.100067>
38. Azziz-Baumgartner E, Hirsch A, Yoo YM, Peretz A, Greenberg D, Avni YS, et al. Incidence of laboratory-confirmed influenza and RSV and associated presenteeism and absenteeism among healthcare personnel, Israel, influenza seasons 2016 to 2019. *Euro Surveill.* 2024;29(31):2300580. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.31.2300580>
39. Yaghoubi M, Salimi M, Meskarpour-Amiri M, Hosseini-Shokouh SM. COVID-19-related absenteeism and presenteeism among healthcare workers. *Iran Red Crescent Med J.* 2022;24(10):e189006. <https://doi.org/10.32592/ircmj.2022.24.10.1785>
40. Wilson KE, Wood SM, Schaecher KE, Cromwell KB, Godich J, Knapp MH, et al. Nosocomial outbreak of influenza A H3N2 in an inpatient oncology unit related to health care workers presenting to work while ill. *Am J Infect Control.* 2019;47(6):683-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.024>
41. Soares LC, Porto AR. Nurses' experiences of presenteeist behaviors in the hospital. *Rev Bras Enferm.* 2025;78(4):e20240331. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0331>
42. Kinman G. Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management. *Br Med Bull.* 2019;129(1):69-78. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy043>
43. Biron C, Karanika-Murray M, Ivers H. The health-performance framework of presenteeism: A proof-of-concept study. *Front Psychol.* 2022;13:1029434. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1029434>

Contribuição dos autores

Contribuições obrigatórias

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada e concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas:

Cynthia Lima Sampaio, Thailane Cardoso Soares, Victoria Lohreine de Carvalho Grangense, Bruna Victória da Silva Passos, Roberta Meneses Oliveira, Joselany Áfio Caetano.

Contribuições específicas

Curadoria de dados: Cynthia Lima Sampaio, Thailane Cardoso Soares, Victoria Lohreine de Carvalho Grangense, Bruna Victória da Silva Passos, Roberta Meneses Oliveira, Joselany Áfio Caetano. **Supervisão e gestão do projeto:** Cynthia Lima Sampaio, Thailane Cardoso Soares, Victoria Lohreine de Carvalho Grangense, Bruna Victória da Silva Passos, Roberta Meneses Oliveira, Joselany Áfio Caetano.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Declaração de Disponibilidade de Dados

O conjunto de dados deste artigo está disponível na página da RLAE no repositório SciELO Data, no link <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/GVNX3>

Recebido: 03.09.2025

Aceito: 01.01.2026

Editora Associada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autora correspondente:

Cynthia Lima Sampaio

E-mail: sampaio.cynthia@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0612-2781>