

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

MAÍRA ROCHA MACHADO DE CARVALHO

PRESENTEÍSMO EM RESIDENTES DE SAÚDE NO BRASIL DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

BRASÍLIA

2025

MAÍRA ROCHA MACHADO DE CARVALHO

PRESENTEÍSMO EM RESIDENTES DE SAÚDE NO BRASIL DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas.

Orientadora:

Profa Dra Laila Salmen Espindola

Coorientadora:

Profa Dra Heidi Luise Schulte

Brasília

2025

Rocha Machado de Carvalho, M.

Presenteísmo em residentes de saúde no Brasil durante a pandemia de Covid-19: prevalência e fatores de risco. Maíra Rocha Machado de Carvalho; Orientadora: Laila Salmen Espindola. - Brasília, 2025.

Orientadora: Profa Dra Laila Salmen Espindola

Coorientadora: Profa Dra Heidi Luise Schulte

Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas.

MAÍRA ROCHA MACHADO DE CARVALHO

PRESENTEÍSMO EM RESIDENTES DE SAÚDE NO BRASIL DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências Médicas.

Data da defesa da tese: 25 de agosto de 2025

BANCA EXAMINADORA:

Professora Doutora Laila Salmen Espindola (Presidente)
Universidade de Brasília - UnB

Professor Doutor Luiz Claudio Gonçalves de Castro
Universidade de Brasília - UnB

Professor Doutor Ulysses Rodrigues de Castro
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS-ESCS

Professor Doutor Fábio Humberto Ribeiro Paes Ferraz
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS-ESCS

Professor Doutor João Batista de Sousa
Universidade de Brasília - UnB

*Dedico este trabalho ao meu filho, ao meu esposo, e aos residentes com quem tive
oportunidade de conviver e ensinar.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me sustentar sempre e me guiar por todos os caminhos. Pelo dom da vida, pela capacidade de superar desafios e seguir. Pelo consolo nos momentos difíceis e pela certeza de que não estou sozinha.

Ao meu filho Pedro, por suportar os momentos de ausência e por me receber de volta sempre da melhor maneira possível.

Ao meu marido Thiago, por todos os dias escolher ficar, mesmo em momentos de tensão. Por ser meu apoio e incentivador.

À minha mãe Rosa Maria e irmã Mariana, por estarem sempre ao meu lado.

À minha sogra Lindeir por não medir esforços para nos socorrer nos sufocos.

Ao Dr Cleandro Pires de Albuquerque, por todos os ensinamentos e paciência.

À Dra Licia Maria Henrique da Mota, por despertar em mim o interesse por pesquisa e caminhar junto nesta missão árdua.

Em especial as minhas orientadoras Prof^a Dr^a Laila Salmen Espindola e Prof^a Dr^a Heidi Luise Schulte por compartilharem tantos conhecimentos, pela disponibilidade, amor, carinho, empatia, calma e pelo otimismo sempre. Sou eternamente grata a vocês.

À todas as pessoas que estiveram envolvidas direta ou indiretamente na realização deste sonho.

RESUMO

Profissionais de saúde residentes são particularmente suscetíveis a morbidades mentais e suas consequências. O presenteísmo, definido como permanência no trabalho mesmo diante de doenças físicas ou psíquicas, compromete a capacidade de concentração, atenção e produtividade, e deve ser estudado pelos possíveis efeitos deletérios durante a formação dos profissionais de saúde. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de presenteísmo e seus fatores de risco em residentes médicos e outros profissionais de saúde atuando em hospitais distribuídos nacionalmente. Trata-se de um estudo transversal observacional que avaliou 569 residentes médicos e de outras profissões de saúde, de dezembro de 2020 a abril de 2021, em 95 instituições de saúde, distribuídos em 22 estados e no Distrito Federal. Para mensurar o presenteísmo, foi aplicado o questionário *Stanford Presenteeism Scale-6* (SPS-6). A análise dos fatores de risco incluiu a aplicação de escalas validadas para avaliação de depressão (PHQ-9), *burnout* (OLBI) e resiliência (BRCS). Também foram avaliados o grau de autonomia no trabalho, a adequação da estrutura pedagógica do programa de residência e o número de dias de afastamento (absenteísmo) nos três meses anteriores. As análises estatísticas incluíram teste do qui-quadrado, correlações de Pearson e Spearman, e regressão multivariada para identificar preditores do presenteísmo ($p < 0,05$). Participaram residentes de diversas áreas: médicos (48,7%), enfermeiros (10,8%), farmacêuticos (7,4%), nutricionistas (7,6%), psicólogos (5,8%), fisioterapeutas (5,4%), assistentes sociais (4,5%), dentistas (2,7%), terapeutas ocupacionais (2,2%) e outros profissionais (4,0%). Os resultados demonstraram alta prevalência de presenteísmo, afetando 62,6% dos participantes. Depressão e *burnout*, com prevalências de 68,4% e 51%, respectivamente, apresentaram associação significativa com aumentos de 109% e 180% no risco de presenteísmo entre os residentes. Residentes com baixa resiliência (65,4%) apresentaram aumento de 50% no risco de presenteísmo; e percepção elevada de autonomia reduziu o risco em 42%. Apenas o *burnout* manteve-se como fator preditor independente na análise multivariada por regressão logística. Quanto ao absenteísmo, residentes médicos apresentaram menor risco de afastamento ($RR = 0,82$); comorbidades aumentaram o risco em 49%, e maior presenteísmo associou-se ao aumento de 32% nos dias de afastamento. Os achados reforçam a necessidade de estratégias institucionais voltadas à saúde mental, à melhoria das condições de trabalho e ao apoio especializado, com o objetivo de promover o bem-estar dos profissionais de saúde, além de garantir a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes.

Palavras-chave: presenteísmo, saúde mental, síndrome de *burnout*, depressão, residência em saúde

ABSTRACT

Healthcare residents are particularly susceptible to mental morbidities and their consequences. Presenteeism, defined as remaining at work despite physical or mental illness, impairs concentration, attention, and productivity, and should be investigated for its potential deleterious effects during healthcare training. Thus, the aim of this study was to assess the prevalence of presenteeism and its risk factors among medical and other healthcare residents working in hospitals nationwide. This was a cross-sectional observational study conducted with 569 medical and other healthcare residents, from December 2020 to April 2021, in 95 healthcare institutions across 22 states and the Federal District in Brazil. Presenteeism was measured using the Stanford Presenteeism Scale-6 (SPS-6). The analysis of risk factors included validated scales for the assessment of depression (PHQ-9), burnout (OLBI), and resilience (BRCS). We also evaluated the level of autonomy at work, adequacy of the residency program's pedagogical structure, and the number of days absent (absenteeism) in the previous three months. Statistical analyses included chi-square tests, Pearson's and Spearman's correlations, and multivariate regression to identify predictors of presenteeism ($p < 0.05$). Participants represented various fields: physicians (48.7%), nurses (10.8%), pharmacists (7.4%), nutritionists (7.6%), psychologists (5.8%), physical therapists (5.4%), social workers (4.5%), dentists (2.7%), occupational therapists (2.2%), and other professionals (4.0%). Results showed a high prevalence of presenteeism, affecting 62.6% of participants. Depression and burnout, with prevalences of 68.4% and 51%, respectively, were significantly associated with 109% and 180% increases in the risk of presenteeism among residents. Residents with low resilience (65.4%) showed a 50% higher risk of presenteeism, whereas high perceived autonomy reduced the risk by 42%. Only burnout remained an independent predictor for presenteeism in multivariate logistic regression analysis. Regarding absenteeism, medical residents had a lower risk of absence (RR = 0.82); comorbidities increased the risk by 49%, and higher presenteeism was associated with a 32% increase in days absent. The findings underscore the need for institutional strategies focused on mental health, improving working conditions, and providing specialized support, with the aim of promoting healthcare professionals' well-being, ensuring quality of care, and safeguarding patient safety.

Keywords: presenteeism, mental health, Burnout syndrome, depression, healthcare resident training

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Instrumento para avaliar grau de autonomia para decidir condutas no trabalho, utilizando EAV (escala analógica visual). 32
- Figura 2.** Instrumento para avaliar organização pedagógica do programa de residência, utilizando EAV (escala analógica visual). 32
- Figura 3.** Distribuição quantitativa dos participantes do estudo por unidade federativa do Brasil. O mapa apresenta o número absoluto de residentes participantes por estado, além de uma escala de cores que indica a proporção relativa em relação à amostra total (n = 569). As categorias de cor representam faixas de participação: <2%, 2–4%, 4–6%, 6–8% e >8%. Os estados que não registraram participação no estudo estão representados em cinza. 34
- Figura 4.** Gráfico setorial das categorias profissionais dos residentes participantes, elaborado com base nas porcentagens relativas de cada grupo profissional na amostra. 35
- Figura 5.** Análise multivariada por regressão logística dos fatores associados ao presenteísmo em residentes médicos e de outras profissões da saúde. 42
- Figura 6.** Memento Mori. JOCHIMS, Isadora. Maio de 2022. Pintura em aquarela. Acervo pessoal da artista. 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Escala Stanford de Presenteísmo-6 (SPS-6) – versão adaptada e validada para o português do Brasil por Paschoalin et al. (2013).....	27
Tabela 2. Escala Breve de Depressão-9 (PHQ-9) – versão adaptada e validada para o português do Brasil por Santos et al. (2013).	28
Tabela 3. Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) – versão adaptada e validada para o português de Portugal e do Brasil por Sinval et al. (2019).....	30
Tabela 4. Escala Breve de Coping Resiliente (BCRS) – versão adaptada para o português por Ribeiro et al. (2010).	31
Tabela 5. Características sociodemográficas, acadêmicas e ocupacionais dos residentes participantes do estudo. Os percentuais informados são válidos, calculados com base nos dados reportados (dados ausentes foram desconsiderados no denominador).....	36
Tabela 6. Perfil da amostra quanto a presenteísmo, depressão, resiliência, burnout, autonomia profissional e percepção da estrutura pedagógica. Para cada instrumento, estão apresentados a frequência absoluta, o percentual (%), a média dos escores, o desvio-padrão (DP) e o intervalo de confiança de 95% (IC 95%).	38
Tabela 7. Análises bivariadas entre variáveis preditoras e a ocorrência de presenteísmo em residentes médicos e de outras profissões da saúde.....	39
Tabela 8. Análise multivariada dos preditores do risco de afastamento do trabalho (absenteísmo) entre residentes médicos e de outras profissões da saúde. Modelo de regressão binomial negativa apresentando os riscos relativos (RR), intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p para os preditores do absenteísmo.	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRCS - Brief Resilience Coping Scale (Escala Breve de *Coping* Resiliente)

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

IC – intervalo de confiança

MEC- Ministério da Educação

OLBI - Oldenburg Burnout Inventory

PHQ-9 - Patient Health Questionnaire-9

RR – risco relativo

SPS-6 - Stanford Presenteeism Scale-6

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Histórico sobre presenteísmo.....	14
2.2 Análise da saúde mental em profissionais de saúde ao longo dos anos	16
2.3 Presenteísmo e fatores de risco em médicos e outros profissionais de saúde.....	18
2.4 Presenteísmo e fatores de risco em residentes médicos e outros profissionais de saúde	21
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos Específicos.....	25
4. METODOLOGIA.....	26
4.1 Desenho do estudo	26
4.2 Recrutamento e seleção	26
4.3 Critérios de inclusão.....	26
4.4 Critérios de Exclusão	26
4.5 Coleta de dados	26
4.5.1 Escala Stanford de Presenteísmo-6 (<i>Stanford Presenteeism Scale-6/SPS-6</i>).....	27
4.5.2 Escala Breve de Depressão-9 (<i>Patient Health Questionnaire-9/PHQ-9</i>).....	28
4.5.3 <i>Oldenburg Burnout Inventory</i> (OLBI)	29
4.5.4 Escala Breve de <i>Coping</i> Resiliente (BRCS).....	31
4.5.5 Grau de autonomia para decidir condutas no trabalho	31
4.5.6 Adequação da organização pedagógica do programa de residência.....	32
4.6 Amostra	33
4.7 Análise estatística.....	33
4.8 Questões Éticas	33
4 RESULTADOS	34
5 DISCUSSÃO	43
6 CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS	52
ANEXO I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	60
ANEXO II - Instrumentos de avaliação de presenteísmo e fatores de risco.....	61
ANEXO III - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	71

1. INTRODUÇÃO

Após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, a doença rapidamente se disseminou pelo globo. Devido ao colapso dos sistemas de saúde em diversos países, houve necessidade de reorganização de serviços de atenção à saúde. Isso incluiu a reestruturação das instituições de formação de profissionais da saúde, inclusive dos programas de pós-graduação, como residências médica e multiprofissional em saúde (1).

Os programas de residência foram diretamente impactados pelo remanejamento de força de trabalho para o atendimento a pacientes com COVID-19 (1) e pela necessidade de profundas modificações no sistema de ensino, entre outras razões. O ensino passou a ocorrer em grande parte do tempo de forma virtual, o que causou sensação de perda de oportunidade de aprendizado, além de maior exaustão e fadiga profissional-acadêmica por parte dos residentes (1,2). Diante desse contexto, amplificou-se a preocupação com o adoecimento físico e mental dessa população.

Dentre as repercussões do adoecimento físico e mental, está o presenteísmo, um conceito em evolução que se refere a trabalhadores que se mantêm em seu posto, mas tem seu desempenho, produtividade e atenção reduzidos pela presença de uma doença física ou psíquica (3,4). Pode ser caracterizado também como “frequentar seu ambiente de trabalho ou estudo enquanto doente” (5). Apesar de haver estudos divulgados na década de 1950, discussões sobre o tema começaram a ganhar destaque no século XXI (6). Alguns autores associam o presenteísmo a uma perda de produtividade agregada maior que a perda gerada pelo absenteísmo, que se refere à falta ou ao afastamento imprevisto de trabalhadores de suas funções no ambiente de trabalho (7,8).

O presenteísmo é frequentemente mais elevado em profissões associadas ao cuidado e contato com o público, como é o caso dos profissionais de saúde (6,8). Essa tendência é influenciada pela alta demanda de assiduidade, pelo local de trabalho, pela consideração à equipe (sensação de pertencimento), além do receio de danos profissionais gerados pela abstenção ao trabalho (6,8). Além disso, quando confrontado com suas próprias comorbidades, o profissional de saúde tende a acreditar que é necessário seguir cuidando do próximo, mesmo que a saúde mental influencie diretamente sua produtividade e capacidade de concentração (9).

Altas porcentagens de presenteísmo nos serviços de saúde apontaram a necessidade de promover assistência e apoio psicopedagógico no início da carreira

profissional a alunos em treinamento (2,10,11). Além disso, a associação elevada entre *burnout* e presenteísmo em profissionais de saúde, inclusive em residentes, é preocupante, uma vez que pode estar associada a desfechos desfavoráveis na assistência em saúde, como erros médicos, aumento de mortalidade, baixa satisfação do paciente (6,12,13), possibilidade de perda na qualidade de formação do residente e redução do prazer em trabalhar do profissional, com possibilidade de abandono da pós-graduação (9).

Embora existam diversos estudos sobre o presenteísmo em profissionais de saúde (6), poucos abordam especificamente residentes médicos e residentes em outras áreas de saúde. Percebe-se assim a necessidade de estudos que possibilitem uma melhor avaliação do presenteísmo em profissionais vinculados a programas de pós-graduação como residências médica e de outras profissões de saúde e que incentivem o desenvolvimento de políticas institucionais para mitigar os efeitos de tal circunstância.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo avaliar de forma transversal a prevalência de presenteísmo e seus fatores de risco associados em residentes médicos e outros profissionais de saúde atuando em hospitais distribuídos nacionalmente, entre dezembro de 2020 e abril de 2021, momento de crise sanitária global.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico sobre presenteísmo

O conceito de presenteísmo tem suas raízes em meados do século XX. O termo ganhou destaque em 1955 através da análise de perda de produtividade e seu impacto na eficiência organizacional de empresas, bem como suas implicações econômicas (14). Existem duas formas principais de considerar o presenteísmo: a perspectiva norte-americana, focada no empregador, que associa o presenteísmo à perda de produtividade por condições clínicas não tratadas, frequentemente utilizada para avaliação de custos; e a perspectiva europeia, centrada no funcionário, que dá enfoque predominantemente à presença do trabalhador apesar da doença (8,14).

Existe ainda uma terceira abordagem, que vem sendo mais difundida, a qual caracteriza o presenteísmo como multidimensional. Esse modelo não associa essa condição apenas ao desempenho reduzido pela presença no trabalho em condições inadequadas de saúde ou à presença de uma doença (8). Pesquisas recentes reconhecem que o presenteísmo não se limita à presença física no local de trabalho, mas também pode ocorrer em ambientes de trabalho remoto. A pandemia COVID-19 destacou ainda mais a necessidade de redefinir o presenteísmo, uma vez que a definição tradicional, que enfatizava a presença física, não é mais suficiente em um mundo onde o trabalho pode ser realizado de qualquer lugar. O conceito moderno de presenteísmo se concentra em realizar o trabalho enquanto está doente, independentemente da localização (14,15). Há que se considerar que o trabalho remoto aumenta o limiar para manter-se trabalhando apesar de estar doente, de forma que pode ser considerado um fator de risco para o presenteísmo (14).

A carga econômica do presenteísmo é substancial. Um estudo no Japão estimou que o custo anual do presenteísmo devido a doenças mentais e sintomas musculoesqueléticos foi de mais de 27 bilhões de dólares (16). Da mesma forma, nos Estados Unidos, o impacto econômico do presenteísmo tem sido associado à redução da produtividade, aumento dos custos de saúde e maiores taxas de rotatividade de funcionários (17). As implicações econômicas do presenteísmo são agravadas ainda pelos custos ocultos, considerados ainda piores que os custos do absenteísmo, definido como a condição em que o profissional de saúde não comparece ao trabalho, por qualquer condição (10). Esses custos ocultos são referentes ao tratamento de saúde dos

funcionários, à produtividade reduzida, à capacidade prejudicada na tomada de decisões e ao aumento do risco de erros no trabalho (17,18).

O presenteísmo tem implicações significativas para indivíduos e organizações. Individualmente, está associado à diminuição da produtividade, acentuação de problemas de saúde orgânicos e emocionais e aumento do risco de absenteísmo futuro (16,17). As consequências psicológicas e físicas relacionadas ao presenteísmo estão bem documentadas. Estudos mostram que o presenteísmo pode exacerbar os problemas de saúde existentes, reduzir a satisfação no trabalho e aumentar o risco de esgotamento. Além disso, a normalização do presenteísmo propicia a criação de uma cultura em que os funcionários se sentem pressionados a trabalhar enquanto estão doentes, perpetuando ainda mais o ciclo de problemas de saúde e redução da produtividade (17,18).

A despeito de sua relevância, ainda não existe um método padronizado para mensurar o presenteísmo. A Escala de Presenteísmo de Stanford-6 (*Stanford Presenteeism Scale-6* – SPS-6), uma das mais amplamente utilizadas, avalia de forma funcional o quanto os problemas de saúde prejudicam o desempenho cognitivo, emocional e comportamental dos trabalhadores. No entanto, essa avaliação é subjetiva e depende da percepção do funcionário sobre sua capacidade laboral (17).

A ferramenta SPS-6 é uma escala psicométrica que contém seis afirmações relacionadas ao impacto da saúde na produtividade. Esse instrumento permite avaliar o quanto o estado de saúde do trabalhador interferiu nos últimos 30 dias, dificultando ou impedindo a realização de atividades físicas, mentais e interpessoais no trabalho (19). Os escores variam de 6 a 30, sendo que valores mais altos indicam melhor manutenção da produtividade e menor grau de presenteísmo (6).

As tendências históricas mostram um reconhecimento crescente da importância do presenteísmo, contrastando com visões anteriores que se concentravam principalmente no absenteísmo como a principal preocupação referente à produtividade (20). Segundo Yoshimoto et al. (2020), a incidência de presenteísmo em trabalhadores em geral é de 36,8% (16). As causas mais frequentemente associadas ao presenteísmo são: doenças osteomusculares e doenças mentais (16,17).

Quando separados por classes de trabalho, a equipe de saúde teve maior incidência de presenteísmo associado a dor lombar, seguido de dor cervical e cefaleia, com doenças mentais em quarto lugar. No entanto, as maiores perdas monetárias se devem às doenças mentais (16). Além disso, ficou evidente que trabalhadores mais jovens apresentam

maiores chances de ir ao trabalho doente, presumivelmente por inseguranças relacionadas à carreira, assim como trabalhadores autônomos (16,17).

Trabalhos com alta demanda física e emocional, longa jornada de trabalho, pressão por resultados, também são preditores de presenteísmo. Profissionais com pouco controle sobre seus horários e gestão pessoal de tempo deficiente, bem como aqueles que não conseguem ou não podem delegar o trabalho a outros também costumam relatar que trabalham doentes com maior frequência (17).

Deve-se ressaltar que o presenteísmo não é necessariamente prejudicial e pode, em alguns casos, ajudar na recuperação do trabalhador ao manter a autoestima e o propósito, especialmente se as condições de trabalho forem ajustadas às necessidades específicas de saúde individuais de cada um. Contudo, estudos indicam que trabalhar doente também aumenta o risco de problemas futuros, com piora de doenças leves além de estar associado ao estresse e à exaustão, que podem ser prejudiciais à saúde a longo prazo (17).

2.2 Análise da saúde mental em profissionais de saúde ao longo dos anos

A saúde mental dos profissionais de saúde sempre foi alvo de grande preocupação. Antes da pandemia COVID-19, vários estudos já eram conduzidos com objetivo de realizar tal avaliação (21). O trabalho dos profissionais de saúde é considerado um “trabalho emocional”, em que há necessidade de controle de emoções para criar expressões e movimentos corporais apropriados diante do público. Este gerenciamento de emoções por si só é capaz de levar a exaustão emocional de quem o pratica (22).

Estudos asiáticos demonstraram que os profissionais de saúde exibiram índices consideráveis de depressão, ansiedade e estresse, com variações de 9% a 26% (23), além de aumento dos riscos de transtornos do humor, transtornos de ansiedade e distúrbios do sono em comparação com outras profissões (24). Cabe ressaltar que profissionais de saúde não são um grupo homogêneo de trabalhadores. Os locais de desempenho de suas funções, as condições de trabalho, bem como as experiências de trabalho desiguais impactam na saúde mental do trabalhador (25).

O *burnout* associado ao estresse ocupacional é descrito com frequência e definido como exaustão emocional e fadiga relacionados ao local de trabalho (22,26,27). Os profissionais de saúde enfrentam ambientes com alta carga mental, longos turnos de trabalho, inclusive com plantões noturnos, muitas demandas relacionadas ao

atendimento ao público, risco de interações ruins com pacientes e colegas, risco de violência no ambiente de trabalho entre outros fatores estressores (28,29). Visto isso, é nítido que as condições de trabalho têm elevado impacto na satisfação pessoal do profissional (30). Além disso, estudos demonstram que questões organizacionais como falta de recursos, remuneração precária e baixa autonomia na tomada de decisões, falta de apoio dos supervisores, estão associados a morbidades relacionadas a saúde mental (21,24,28,31).

Um dos fatores técnicos mais significativos que afetam a saúde mental dos profissionais de saúde é a sobrecarga de trabalho e o exigente ambiente de trabalho. Estudos mostraram que jornada de trabalho longa e a pressão para atender às demandas de atendimento ao paciente podem levar ao esgotamento e outros problemas de saúde mental como a ansiedade e depressão (21,32).

O ambiente físico de trabalho também desempenha um papel crucial. Fatores como déficit de recursos humanos, falta de insumos necessários ao trabalho, bem como estruturas físicas inadequadas do local de trabalho podem exacerbar o estresse e contribuir para degradação da saúde mental dos trabalhadores. Por exemplo, durante a pandemia de COVID-19, a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) e a necessidade de trabalhar em ambientes de alto risco aumentaram ainda mais os níveis de estresse dos profissionais de saúde (25,33).

Desde 2011, Lasalvia e Tansella identificaram que a saúde mental precária entre profissionais de saúde foi associada a redução do desempenho no trabalho e maiores índices de erros médicos (26). No entanto, a tendência era atribuir a saúde mental precária a problemas pessoais do trabalhador, sem levar em consideração questões administrativas relacionadas ao ambiente de trabalho, em que fatores como políticas públicas governamentais e locais influenciam no bem-estar da equipe (25).

Após a pandemia o tema se tornou ainda mais relevante. Estudos demonstram que falta de apoio dos gestores e colegas de trabalho, déficit de recursos humanos, demandas de familiares e pacientes e ambiente de conflitos seguem como preditores de burnout, depressão e ansiedade em profissionais de saúde (34). A prevalência de depressão para médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem saltou de 16,9% antes da pandemia para 26,7% após a pandemia, segundo Teoh et al. (2022) (25).

A maior parte das pesquisas apontou que estresse psicológico, sofrimento e ansiedade foram os principais efeitos psicossociais experimentados por trabalhadores essenciais durante a pandemia de COVID-19. Esses profissionais relataram sintomas de

burnout, decorrentes do estresse e das demandas adicionais impostas pela crise. O *burnout* costuma estar associado à dificuldade de concentração, prejuízo nas funções cognitivas e de julgamento, além de dificuldades na resolução de problemas (33).

Sintomas de depressão também foram frequentemente observados, influenciados por fatores como isolamento social, estigmatização, conflitos interpessoais, ansiedade quanto ao futuro, exposição contínua ao vírus e lembranças constantes da possibilidade de morte ou perda de um ente querido, o que motivou experiências de trauma e transtorno de estresse pós-traumático. Em alguns casos, esses trabalhadores expressaram sentimento de culpa, acreditando que poderiam ter transmitido o vírus à familiares ou à comunidade, levando a adoecimento ou falecimento de pessoas próximas (33).

Jovens profissionais, em particular, vivenciaram aumento de raiva e cinismo, influenciados por salários baixos, pouca autonomia, insegurança no emprego, condições de trabalho precárias, má gestão, ausência de benefícios, excesso de tarefas e outros fatores de estresse relacionados à pandemia (33).

Além disso, o estresse desencadeado pela COVID-19 afetou negativamente os comportamentos de saúde desses trabalhadores, levando ao aumento do consumo de álcool e substâncias como forma de lidar com o estresse, bem como a redução do sono e da atividade física (33). Estudos demonstram que quanto pior a condição física do trabalhador, mais ansiedade e quanto mais depressão e relações familiares precárias pior a saúde física e mental (22).

De diversas maneiras, a COVID-19 representou um enorme obstáculo para a saúde mental e o equilíbrio psicossocial dos profissionais de saúde. Houve uma degradação do equilíbrio entre a vida pessoal e a profissional, uma vez que o aumento na carga de trabalho e a variação nos horários prejudicaram a produtividade, a resistência emocional e o bem-estar dos trabalhadores, além disso, o medo de pegar a doença, bem como transmitir à familiares foi motivo de grande sofrimento psicológico. Ao mesmo tempo, o fechamento de escolas e creches em todo o país aumentou significativamente o conflito entre as responsabilidades laborais e familiares (33).

2.3 Presenteísmo e fatores de risco em médicos e outros profissionais de saúde

Apesar de documentado em muitas profissões, o presenteísmo é mais prevalente entre profissionais de saúde (5,17,35). A pandemia exacerbou ainda mais o presenteísmo nesta classe de trabalho. A pressão para manter os serviços de saúde assistenciais, a falta

de políticas para licença médica, bem como a falta de testes adequados para o diagnóstico da COVID-19 levou muitos profissionais de saúde a trabalharem doentes (36).

A cultura e as políticas organizacionais desempenham um papel significativo. Um estudo na Indonésia descobriu que a satisfação no trabalho, o comprometimento afetivo e o apoio organizacional influenciaram o presenteísmo, com o suporte organizacional mediando a relação entre satisfação no trabalho e presenteísmo (37). Da mesma forma, um estudo na Suíça identificou o senso de dever e a consideração pelos colegas como as principais razões para o presenteísmo (8).

O comportamento de ir ao trabalho apesar de uma doença física ou psiquiátrica pode ser visto como um esforço intenso para superar as demandas relacionadas ao trabalho e é responsável por fadiga importante do trabalhador (38) que tem como consequência maior chance de esgotamento profissional (*burnout*) e outros problemas de saúde mental como ansiedade e depressão. Desta forma, está relacionado também a redução de empatia e redução de satisfação pessoal no trabalho (35,39). Estudos demonstram que entre profissionais de saúde o presenteísmo é caracterizado como uma forma de suportar o trabalho, conforme a gravidade dos sintomas (19).

O estresse no trabalho também foi identificado como fator de risco para presenteísmo na equipe de saúde, bem como foi associado a redução do desempenho das tarefas a serem realizadas (40). Importante ressaltar que o presenteísmo isoladamente está associado à redução do desempenho e comprometimento do raciocínio dos profissionais envolvidos, o que pode aumentar os riscos de erros médicos e comprometer a segurança do paciente (38,41).

Após a pandemia COVID-19, foi documentado aumento de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, com estudos demonstrando 20,3-50,3% de depressão, 35-100% de ansiedade e além de insônia e estresse pós-traumático (42,43). Um estudo no Paquistão descobriu que 36,3% dos médicos apresentavam níveis anormais de ansiedade, enquanto 43,5% apresentavam sinais de depressão (44). Da mesma forma, um estudo chinês revelou que 68,8% e 72,3% dos médicos tinham níveis anormais de ansiedade e depressão, respectivamente, com o presenteísmo sendo um preditor significativo dessas condições (44).

Foi documentada ainda uma alta taxa de transtorno de estresse pós-traumático associado ao temor pela própria saúde e segurança na era pós pandemia. Consequentemente, foi detectado aumento dos índices de *burnout* e maiores índices de demissões que culminaram com déficits de recursos humanos para realização da

assistência aos pacientes. Como consequência, aumentos dos níveis de presenteísmo entre enfermeiros foi descrito (45,46).

A relação entre presenteísmo e saúde mental é bidirecional. A saúde mental deficiente pode levar ao presenteísmo e, inversamente, o presenteísmo pode exacerbar os problemas de saúde mental. Um estudo na China descobriu que o presenteísmo aumentou a fadiga e o esgotamento no trabalho, o que, por sua vez, contribuiu para a perda de produtividade entre os profissionais avaliados (47).

Quando comparado a outras profissões de saúde, alguns estudos demonstram que médicos tem maior incidência de presenteísmo, com taxas que podem variar entre 76,9 a 90% (5,17,40,48). As hipóteses levantadas estão relacionadas ao meio de trabalho extremamente competitivo entre os profissionais, à ideia equivocada de que médicos nunca adoecem, à falta de capacidade dos serviços suprirem o absenteísmo dos profissionais e à falta de políticas que regulamentem as licenças médicas (5,17,48,49). Além disso, médicos em geral resistem em assumir o papel de pacientes de forma que a automedicação é frequente (17).

Dentre enfermeiros, o presenteísmo foi associado a um forte senso ético relacionado ao receio de sobrecarregar os colegas e culpa por desfaltar o serviço. Além disso, demonstrou-se que fatores relacionados ao ambiente de trabalho tem forte influência na decisão de comparecer ou não ao local de trabalho: quando há uma liderança positiva por parte da chefia imediata, enfermeiros relataram sentimentos como lealdade, necessidade de “vestir a camisa” do serviço e anseio por reconhecimento (45).

Comportamentos de liderança negativos também são fortemente associados a presenteísmo em enfermeiros e estão associados ao medo da perda do emprego e a pressão no trabalho (4). O modelo de demandas de trabalho/recursos afirma que, quando as demandas de trabalho são altas e os recursos de trabalho são baixos, o risco de *burnout* é maior, evidenciando assim o papel fundamental da estrutura organizacional e administrativa no controle do burnout (26,35). Neste modelo, as demandas exigem esforço e estão relacionadas a custos fisiológicos e psicológicos, enquanto recursos possibilitam o crescimento pessoal, aprendizado e tem recursos motivacionais junto às chefias (29).

Eventualmente, os profissionais de saúde não reconhecem o perigo relacionado ao presenteísmo ou consideram a ausência no trabalho um dano maior ao paciente, mesmo com relatos de erros médicos que culminaram inclusive com a internações e reinternações. Além disso, muitos profissionais utilizam mecanismos “compensatórios”

para o presenteísmo, como evitar ser chefes da equipe, aumento da adesão à protocolos institucionais como forma de evitar erros e pedir ajuda aos colegas de equipe. Esses mecanismos adaptativos são caracterizados como um aumento da resiliência no local de trabalho e denota alta capacidade adaptativa e flexibilidade dos profissionais. Após a pandemia houve ainda a percepção de um maior estresse no trabalho, associado principalmente a falta de recursos humanos (45).

Dentre fatores epidemiológicos, ficaram evidentes como fatores de risco para presenteísmo o sexo feminino, o estado civil solteiro e trabalhar em hospitais privados. Além disso, o *burnout* foi associado com significância estatística ao presenteísmo nesses profissionais (35).

De forma geral, sabe-se que os profissionais de saúde optam por se manter no trabalho apesar de más condições de saúde pessoais por sensação de insegurança no emprego, medo de críticas sociais, lealdade com seus pacientes e colegas (35). Além disso, foi descrito que o apoio social da instituição e o bom relacionamento com a chefia imediata pode ajudar os indivíduos a lidarem com as emoções negativas e com o *burnout* através da redução de demandas físicas e emocionais associadas a sobrecarga de trabalho, bem como a sensação de valorização do trabalho realizado (35,46).

2.4 Presenteísmo e fatores de risco em residentes médicos e outros profissionais de saúde

A residência médica no Brasil foi regulamentada em 1977 (50), com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (51), enquanto a residência multiprofissional – que se refere a profissionais de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional – foi regulamentada em 2005 (52,53). Além de boa forma de capacitação profissional através da prática, a residência também é capaz de melhorar os cenários em que são desenvolvidas (50,54).

Segundo o Ministério da Educação (2022), existem 168 instituições credenciadas à oferta de vagas em residência para outros profissionais de saúde em 827 programas. Ainda segundo o MEC, foram financiadas 4.330 bolsas de residentes matriculados (55). Quanto a residência médica, atualmente existem 996 instituições credenciadas com 45.079 residentes matriculados em 7.159 programas (56).

As residências médica e multiprofissional são caracterizadas como pós-graduação *latu sensu*. No entanto, divergem de forma importante de qualquer outra especialização por uma série de motivos. Com carga horária de 2800-3200 horas por ano, deve-se utilizar 80% deste tempo para treinamento supervisionado em serviço e 20% para atividades teóricas (53). Diferentemente de outras pós-graduações, o residente tem direito a remuneração mensal, licença maternidade e paternidade remunerados, garantia de local adequado de descanso, dentre outros aspectos que necessitam ser atendidos para o credenciamento de programas de residência (53).

A residência médica apresenta desafios relacionados ao desgaste físico e ao sofrimento psíquico dos residentes. Além do esforço inerente às atividades assistenciais, fatores adicionais como a carga excessiva de trabalho, remuneração inadequada e condições laborais precárias contribuem significativamente para o desenvolvimento de transtornos psicológicos entre os profissionais em formação (54). Considerando ainda este conceito de estágio supervisionado, deve-se levar em conta que as práticas dos docentes e preceptores observadas pelos residentes, são parte fundamental da sua formação (57).

Deve-se ressaltar ainda que, de 2005 a 2007, a residência multiprofissional em saúde teve sua carga horária definida inicialmente em 40-60 horas semanais. Diferente da residência médica, esta era pautada em dedicação exclusiva. Em 2008, houve uma portaria MEC para uniformização de carga horária e da bolsa entre as residências médica e multiprofissional em saúde, de forma que se optou por fixar a carga horária no máximo, sem cogitar reduzir a carga horária da residência médica, para manter a ideia de isonomia (52).

A qualidade do ensino em saúde pode ser comprometida por uma série de fatores relacionadas as políticas de saúde e ensino. Como exemplos, é possível citar: a gestão ineficaz dos recursos de saúde, que tende a sobrecarregar o sistema e prejudicar os serviços prestados; o mercado de trabalho; a estrutura de hospitais públicos e privados; os sistemas de previdência pública e privada; além dos movimentos profissionais de médicos e residentes. É incumbência dos gestores do sistema de ensino médico promover a reformulação e o aprimoramento do modelo de formação, alinhando-o às demandas contemporâneas. É necessário que exista uma postura proativa associada a uma estratégia mais sólida do que a passividade, que consiste em ignorar as mudanças emergentes ou manter a residência isolada do contexto social e econômico atual (54).

Com o processo de institucionalização da residência médica, os residentes passaram a desempenhar funções que vão além do mero aprendizado, atuando também como prestadores de serviços tanto na esfera pública quanto na privada. Nesse contexto, a residência assumiu grande importância na prestação de serviços, o que, pode comprometer diretamente sua função primordial de ensino e gerar um conflito referente à identidade e às responsabilidades do residente, que se encontra em uma posição ambígua entre aluno e prestador de serviços (54,58).

Além do estresse inerente ao período de transição do estudante para o profissional, fatores como aumento das responsabilidades, o isolamento social por longa jornada de trabalho e o medo de cometer erros estão associados a uma variedade de manifestações psicológicas, psicopatológicas e comportamentais (54).

O *burnout* foi definido por Bond et al. (2018) como uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução de realização pessoal, causada pelo prolongamento de situações de elevada exigência emocional no ambiente de trabalho (58). Essa síndrome tem associação estatisticamente significativa com as horas de trabalho, desorganização e maior número de erros médicos, inclusive foi relatado que a maior parte dos erros foi ocasionado por falta de tempo para executar uma tarefa adequadamente e não necessariamente pela inexperiência do residente (54,58). Diversos estudos demonstram ainda redução na realização profissional do estudante ainda em sua fase de aperfeiçoamento, bem como elevados índices de ansiedade e depressão (58).

O presenteísmo está fortemente associado a comorbidades psíquicas como ansiedade, depressão e *burnout*. Um estudo realizado na Tailândia demonstrou que 63,8% dos residentes médicos avaliados durante a pandemia COVID-19 tinham escores sugestivos de presenteísmo. Entre os principais fatores associados estavam condições de saúde subjacentes, escassez de recursos e mão de obra insuficiente. Além disso, as consequências do presenteísmo foram significativas: aumento da exaustão, diminuição do bem-estar percebido e redução da satisfação no trabalho entre os médicos estagiários (59).

Os poucos estudos publicados sobre presenteísmo em residentes, sobretudo vinculados a residência multiprofissional em saúde, descrevem, dentre outros fatores de risco, que as políticas de ensino que enfatizam frequência obrigatória com necessidade de reposição de carga horária podem influenciar a decisão de comparecer ou faltar às atividades curriculares do residente enquanto doentes (5).

Kaldjian et al. (2019) descreveu que médicos residentes têm maior propensão a

trabalhar doentes que médicos já formados - “staffs”. As motivações citadas para se manterem no trabalho doentes foram: evitar “criar mais trabalho” para os colegas, evitar repercussões negativas, evitar parecer “preguiçosos” ou “fracos” (60). Além disso, a maioria dos profissionais de saúde reconhece a necessidade de permanecer em casa para evitar contaminação de pacientes, porém a maioria também acreditava que se medidas preventivas de disseminação fossem realizadas, como o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), o trabalho poderia ser feito (60,61). Em relação a avaliação dos residentes, estudos demonstram que nenhum profissional médico docente indicou que avaliaria negativamente um residente por permanecer em casa quando se sentissem doentes (60).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de presenteísmo e seus fatores de risco em residentes médicos e outros profissionais de saúde atuando em hospitais distribuídos nacionalmente durante a segunda onda de COVID-19 no Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer a prevalência de presenteísmo em profissionais de saúde residentes médicos e multiprofissionais atuantes em hospitais distribuídos nacionalmente.
- Identificar os fatores de risco psicossociais associados ao presenteísmo através de instrumentos de avaliação de depressão, *burnout*, resiliência, percepção de autonomia e adequação de estrutura pedagógica do serviço.
- Avaliar e identificar os fatores de risco associados ao absenteísmo nos residentes médicos e em outros profissionais de saúde.
- Propor e discutir soluções que aprimorem os sistemas de formação e orientem políticas públicas e institucionais, visando zelar pela saúde mental dos residentes, prevenir erros relacionados ao presenteísmo e, com isso, elevar a qualidade do atendimento ao paciente, as condições de trabalho e os hábitos de autocuidado dos profissionais de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Este foi um estudo transversal e observacional, conduzido como parte do estudo *Force Fellow* (62), que avaliou longitudinalmente a incidência de *burnout* e seus fatores de risco entre residentes médicos e de outras profissões de saúde durante a pandemia de COVID-19.

4.2 Recrutamento e seleção

O recrutamento dos participantes foi realizado entre 1º de dezembro de 2020 e 13 de abril de 2021. As estratégias de divulgação incluíram o envio de convites por e-mail, mensagens em redes sociais, afixação de cartazes em hospitais e disponibilização de links com QR codes para acesso aos formulários da pesquisa na intranet de hospitais universitários vinculados à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), empresa pública ligada ao Ministério da Educação responsável pela maior rede de hospitais públicos do Brasil (63). Também foi facultada a participação de residentes vinculados a outras instituições de ensino não pertencentes à rede EBSERH. Os instrumentos utilizados para coleta de dados estão descritos no item 4.5.

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos participantes com idade superior a 18 anos, regularmente matriculados como alunos em programas de residência médica e de outras profissões de saúde, e que aceitaram as condições do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.4 Critérios de Exclusão

Os participantes que responderam aos questionários de forma incompleta foram excluídos do estudo.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 01/12/2020 a 13/04/2021 mediante acesso à formulário eletrônico estruturado (via *Microsoft Forms*), idealizado para reunir informações sobre as características clínico-epidemiológicas dos participantes, contendo o TCLE (ANEXO I) e os instrumentos de avaliação utilizados na pesquisa (ANEXO II), conforme protocolo predefinido (62).

Para avaliar a prevalência de presenteísmo e seus fatores de risco associados, foram instrumentos previamente validados para o português do Brasil, sendo eles: Escala Stanford de Presenteísmo-6 (*Stanford Presenteeism Scale-6/SPS-6*); Escala Breve de Depressão (*Patient Health Questionnaire-9/PHQ-9*); *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI); e Escala Breve de *Coping* Resiliente (*Brief Resilience Coping Scale/BRCS*). Adicionalmente, os participantes foram inquiridos sobre o número de dias de afastamento do trabalho nos últimos 3 meses, e avaliados com relação a: grau de autonomia para decidir condutas no trabalho; e adequação da organização pedagógica do programa de residência.

4.5.1 Escala Stanford de Presenteísmo-6 (*Stanford Presenteeism Scale-6/SPS-6*)

O SPS-6 avalia a capacidade de concentração e conclusão de uma atividade no trabalho, apesar de um problema de saúde (6). Esse instrumento é composto por 6 questões com respostas registradas em escala Likert, variando de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), conforme detalhado na Tabela 1. O escore total pode variar de 0 a 30. As pontuações mais baixas (6-18) indicam presenteísmo (64).

Tabela 1. Escala Stanford de Presenteísmo-6 (SPS-6) – versão adaptada e validada para o português do Brasil por Paschoalin et al. (2013).

Instruções:

Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. Para cada afirmativa abaixo, escolha uma única resposta que melhor retrata seu grau de concordância ou discordância, conforme a escala de respostas a seguir:

- 0 – Eu discordo totalmente
- 1 – Eu discordo parcialmente
- 2 – Não concordo nem discordo
- 3 – Eu concordo parcialmente
- 4 – Eu concordo totalmente

Afirmativas	Escala de respostas				
	0	1	2	3	4
1. Devido ao meu (problema de saúde), foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho					
2. Apesar do meu (problema de saúde), consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho					
3. Devido ao meu (problema de saúde), não pude ter prazer no trabalho					
4. Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido ao meu (problema de saúde)					
5. No trabalho, consegui me concentrar nas minhas metas apesar do meu (problema de saúde)					
6. Apesar do meu (problema de saúde), tive energia para terminar todo o meu trabalho					

Fonte: PASCHOALIN, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do *Stanford Presenteeism Scale* para avaliação do presenteísmo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 388–395, jan.–fev. 2013. doi:10.1590/S0104-11692013000100014

4.5.2 Escala Breve de Depressão-9 (*Patient Health Questionnaire-9/PHQ-9*)

O instrumento PHQ-9 é composto por nove questões, cujas respostas avaliam a frequência de sintomas depressivos. A escala de respostas variou de 0 (nenhum dia) a 3 (quase todos os dias), conforme descrito na Tabela 2. A nota de corte para classificação dos escores como elevados, assim indicativos de transtorno depressivo, foi definida em ≥ 9 (65).

Tabela 2. Escala Breve de Depressão-9 (PHQ-9) – versão adaptada e validada para o português do Brasil por Santos et al. (2013).

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e indique o número apropriado (0, 1, 2 ou 3) que indique o quanto ela se aplicou a você durante as duas últimas semanas, conforme a indicação a seguir: 0 - Nenhum dia 1 - Menos de 1 semana 2 - Uma semana ou mais 3 - Quase todos os dias					
Afirmativas	Escala de respostas				
	0	1	2	3	

1. Teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?				
2. Sentiu-se para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?				
3. Teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormiu mais do que de costume?				
4. Sentiu-se cansado(a) ou com pouca energia?				
5. Teve falta de apetite ou comeu demais?				
6. Sentiu mal consigo mesmo(a), ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?				
7. Teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?				
8. Teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?				
9. Pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?				

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013.

4.5.3 Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

O instrumento de avaliação de *burnout* (OLBI) é composto por um total de 16 questões, organizadas em duas dimensões: “desengajamento” (subescala OLBI-D) e “exaustão” (subescala OLBI-E), com oito afirmações cada. As respostas foram registradas em uma escala Likert de cinco pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), conforme apresentado na Tabela 3.

Neste contexto, desengajamento refere-se ao distanciamento e desenvolvimento de atitudes e comportamentos negativos relacionado ao trabalho. A exaustão refere-se à sensação de fadiga, necessidade de descanso, sensação de sobrecarga e vazio relacionado ao trabalho (66). Foi adotado o método proposto por Delgadilho et al. (67), que estabeleceu um ponto de corte de 3,46 para o escore total do OLBI, sendo este valor indicativo de *burnout*. A aplicação desse critério foi realizada com base nos valores observados na população brasileira (66).

Tabela 3. *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI) – versão adaptada e validada para o português de Portugal e do Brasil por Sinval et al. (2019).

Instruções:					
Por favor, leia cuidadosamente cada um dos itens abaixo e informe o número de 1, 2, 3, 4 ou 5 que melhor se aplica a você, conforme a escala a seguir: 1 – Discordo totalmente 2 – Discordo 3 – Nem concordo, nem discordo 4 – Concordo 5 – Concordo totalmente					
Afirmativas	Escala de respostas				
Distanciamento:	1	2	3	4	5
1. Encontro com frequência assuntos novos e interessantes no meu trabalho					
2. Cada vez mais falo de forma negativa do meu trabalho					
3. Ultimamente tenho pensado menos no meu trabalho e faço as tarefas de forma quase mecânica					
4. Considero que o meu trabalho é um desafio positivo					
5. Com o passar do tempo, sinto-me desligado do meu trabalho					
6. Às vezes, sinto-me farto das minhas tarefas no trabalho					
7. Este é o único tipo de trabalho que me imagino a fazer					
8. Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho					
Exaustão:	1	2	3	4	5
9. Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho					
10. Depois do trabalho, preciso de mais tempo para relaxar e sentir-me melhor do que precisava antigamente					
11. Consigo aguentar bem a pressão do meu trabalho					
12. Durante o meu trabalho, muitas vezes sinto-me emocionalmente esgotado					
13. Depois do trabalho, tenho energia suficiente para muitas atividades de lazer					
14. Depois do trabalho sinto-me cansado e sem energia					
15. De uma forma geral, consigo administrar bem a quantidade de trabalho que tenho					
16. Quando trabalho, geralmente sinto-me com energia					

Fonte: SINVAL, J. et al. Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Frontiers in Psychology*, Lausanne, v. 10, article 338, Mar. 2019. doi:10.3389/fpsyg.2019.00338.

4.5.4 Escala Breve de *Coping* Resiliente (BRCS)

Instrumento unidimensional constituído por quatro itens que avaliam a capacidade em lidar com o estresse de forma adaptativa (68). A escala de respostas variou de 1 (quase nunca) a 5 (quase sempre), conforme detalhado na Tabela 4. Classificou-se como “baixa resiliência” pontuação inferior a 13.

Tabela 4. Escala Breve de *Coping* Resiliente (BCRS) – versão adaptada para o português por Ribeiro et al. (2010).

</

Fonte: RIBEIRO, J. L. P.; MORAIS, R.; SCALE, C. Adaptação portuguesa da Escala Breve de Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 11, n. 1, p. 5–13, 2010.

4.5.5 Grau de autonomia para decidir condutas no trabalho

Este instrumento utilizou uma escala visual numérica que avaliou a percepção do indivíduo sobre seu grau de autonomia no trabalho (Figura 1). A resposta variou de 1 a 10, sendo 1 “não tenho autonomia alguma” e 10 “tenho autonomia total”. O valor ≤ 4 foi estipulado para classificar a baixa percepção de autonomia no trabalho.

Figura 1. Instrumento para avaliar grau de autonomia para decidir condutas no trabalho, utilizando EAV (escala analógica visual).

EAV - Grau de autonomia para decisão no trabalho
Instruções: Leia a questão a seguir e responda considerando sua profissão e seu ambiente de trabalho. Selecione o número que melhor representa sua resposta, sendo 1 (não tenho autonomia) e 10 (tenho autonomia total).
Na sua opinião, qual o seu grau de autonomia para definir condutas no trabalho?
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Fonte: Elaborado pela autora.

4.5.6 Adequação da organização pedagógica do programa de residência

Esta escala visual numérica avaliou a percepção do indivíduo sobre a adequação da estrutura pedagógica do seu programa de residência (Figura 2). A resposta variou de 1 a 10, sendo 1 “totalmente inadequado” e 10 “totalmente adequado”. A nota de corte definida para classificação como “má adequação pedagógica” foi ≤ 5 .

Figura 2. Instrumento para avaliar organização pedagógica do programa de residência, utilizando EAV (escala analógica visual).

EAV- Grau de organização pedagógica do programa de residência
Instruções: Leia a questão a seguir e responda considerando sua profissão e seu ambiente de trabalho. Selecione o número que melhor representa sua resposta, sendo 1 “totalmente inadequado” e 10 “totalmente adequado”.
Na sua opinião, qual o grau de adequação da organização pedagógica de seu programa de residência profissional?
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 Amostra

A amostra desta pesquisa foi constituída por todos os indivíduos que completaram o estudo *Force Fellow*, visto que o instrumento para avaliação de presenteísmo foi aplicado somente ao final do estudo parental.

4.7 Análise estatística

A amostra foi descrita por frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e por medidas de tendência central e dispersão, para variáveis numéricas contínuas. Em análises bivariadas, associações entre variáveis categóricas dicotômicas foram verificadas através do teste chi-quadrado, com estimativas de tamanho de efeito por *odds ratio*. Associações entre variáveis numéricas contínuas foram verificadas por análises de correlação de Pearson e Spearman. As variáveis que tiveram associação significativa ($p < 0,05$) com presenteísmo nas análises bivariadas foram levadas como preditores potenciais nas etapas de análises multivariadas.

Um modelo de regressão logística binomial múltipla foi utilizado para avaliar a relação entre presenteísmo (variável dependente) e seus potenciais preditores conforme identificados nas análises prévias: *burnout*, depressão, grau de autonomia e resiliência (variáveis independentes). Para avaliação do número de dias de afastamento da residência nos últimos 3 meses (variável dependente), utilizou-se modelo linear generalizado com família de distribuição binomial negativa e função de ligação logarítmica, tendo como preditor primário a presença ou não de presenteísmo ao SPS-6, ajustando-se para o efeito das covariáveis: presença de comorbidades e tipo de programa de residência (médica ou outras profissões de saúde). Adotou-se $\alpha = 0,05$. As análises foram conduzidas no SPSS 25.

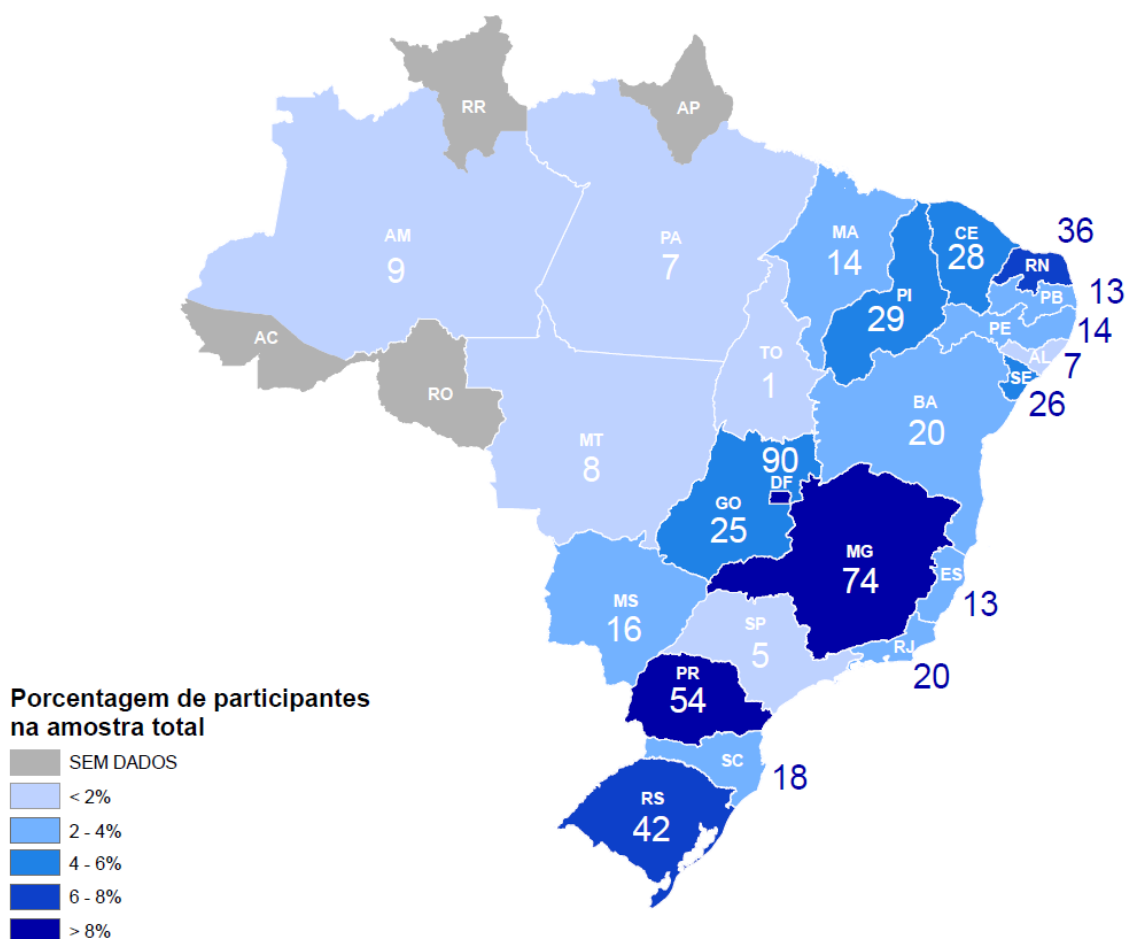
4.8 Questões Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CEP/CONEP, disponível em <https://plataformabrasil.saude.gov.br/>, sob número de registro CAAE: 33493920.0.0000.5558, sob parecer consubstanciado n. 4.242.601 (ANEXO III). Todos os participantes assinaram e receberam via e-mail uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 569 residentes de 95 instituições de saúde, distribuídas em 22 estados e no Distrito Federal. A Figura 3 apresenta a distribuição quantitativa de participantes por unidade federativa. Os estados com maior representatividade na amostra foram o Distrito Federal (15,8%), Minas Gerais (13,0%) e o Paraná (9,5%), seguidos pelo Rio Grande do Sul (7,4%) e pelo Rio Grande do Norte (6,3%).

Figura 3. Distribuição quantitativa dos participantes do estudo por unidade federativa do Brasil. O mapa apresenta o número absoluto de residentes participantes por estado, além de uma escala de cores que indica a proporção relativa em relação à amostra total ($n = 569$). As categorias de cor representam faixas de participação: $<2\%$, 2–4%, 4–6%, 6–8% e $>8\%$. Os estados que não registraram participação no estudo estão representados em cinza.

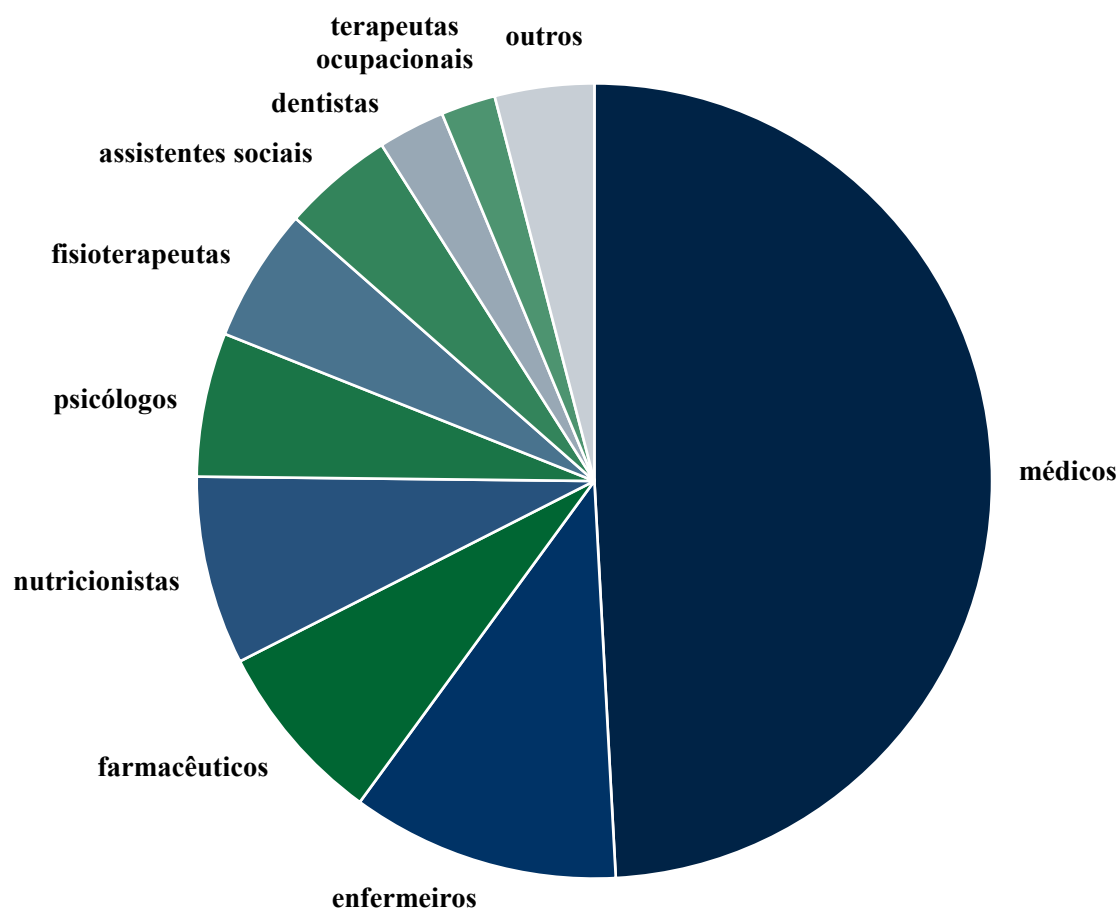


Fonte: Elaborado pela autora.

Houve participação de residentes de diversas carreiras profissionais, dentre elas: médicos (48,7%, $n = 277$); enfermeiros (10,8%, $n = 60$); farmacêuticos (7,4%, $n = 41$);

nutricionistas (7,6%, n = 42); psicólogos (5,8%, n = 32), fisioterapeutas (5,4%, n = 30); assistentes sociais (4,5%, n = 25); dentistas (2,7%, n = 15); terapeutas ocupacionais (2,2%, n = 12), e outros profissionais (4,0%, n = 22). Treze participantes não responderam sua categoria profissional (Figura 4 e Tabela 5).

Figura 4. Gráfico setorial das categorias profissionais dos residentes participantes, elaborado com base nas porcentagens relativas de cada grupo profissional na amostra.



Fonte: Elaborado pela autora.

Dos 569 residentes participantes, 96,7% estavam vinculados a unidades públicas de saúde e 89,1% faziam pós-graduação em hospitais universitários. A média de idade dos participantes foi de $28,9 \pm 4,2$ anos, com predominância do sexo feminino e de autodeclarados brancos. Do total, 18,3% (n= 104) relataram alguma enfermidade crônica; 60,6% (n=345) referiram que trabalham mais de 60 horas por semana, sendo que 70,7% (n=402) declararam não exercer atividade profissional fora do programa de residência (Tabela 5).

Tabela 5. Características sociodemográficas, acadêmicas e ocupacionais dos residentes participantes do estudo. Os percentuais informados são válidos, calculados com base nos dados reportados (dados ausentes foram desconsiderados no denominador).

Características	Total n = 569	(%)
Categoria do profissional participante		
Médicos	277	48,7
Outros profissionais de saúde	279	49
Não reportados:	13	2,3
Formação dos outros profissionais de saúde (279 respostas)*		
Enfermeiros	60	10,8
Farmacêuticos	41	7,4
Nutricionistas	42	7,6
Psicólogos	32	5,8
Fisioterapeutas	30	5,4
Assistentes sociais	25	4,5
Dentistas	15	2,7
Terapeutas ocupacionais	12	2,2
Outras formações	22	4,0
Sexo		
Feminino	455	80,4
Masculino	111	19,6
Não reportados	3	
Etnia		
Branca	346	60,8
Não Branca	223	39,2
Natureza da Instituição de Ensino		
Pública	550	96,7
Privada ou Filantrópica	19	3,3
Hospital Universitário		

Sim	507	89,1
Não	62	10,9
Presença de Enfermidades (568 respostas)*		
Sim	104	18,3
Não	464	81,7
Carga horária semanal		
<=60h	224	39,4
> 60h	345	60,6
Atividade externa ao programa de residência		
Sim	167	29,3
Não	402	70,7

* % calculada a partir do número total de respostas recebidas.

A análise dos resultados obtidos por meio da Escala Stanford de Presenteísmo-6 (SPS-6) indicou que 62,6% dos participantes (n = 356) tiveram escore compatível com presenteísmo, sendo o escore médio de $18,27 \pm 4,13$ pontos para a amostra total (n = 569), conforme detalhado na Tabela 6. Dentre os 356 participantes classificados com presenteísmo, 180 (51%) estavam vinculados a residência multiprofissional e 176 (49%) a residência médica. Não houve significância estatística entre presenteísmo e tipo de programa de residência cursado (Tabela 7).

Em relação aos potenciais fatores de risco associados ao presenteísmo, 68,4% (n = 389) dos participantes apresentaram escores elevados no PHQ-9, sugestivos de depressão; 51% (n = 290) foram identificados com *burnout* com base no instrumento OLBI; e 65,4% (n = 372) foram classificados com baixa resiliência utilizando o instrumento BRCS. Quanto à autonomia profissional, 81% (n = 461) relataram ter autonomia moderada a elevada para tomada de decisões; enquanto 53,1% (n = 302) avaliaram a estrutura pedagógica do programa de residência como moderada a boa (Tabela 6).

Tabela 6. Perfil da amostra quanto a presenteísmo, depressão, resiliência, *burnout*, autonomia profissional e percepção da estrutura pedagógica. Para cada instrumento, estão apresentados a frequência absoluta, o percentual (%), a média dos escores, o desvio-padrão (DP) e o intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Instrumento	Categoria	n = 569	%	Média	DP	[IC 95%]
SPS-6 (presenteísmo)	Normal	213	37,4	18,27	4,13	[17,93;18,61]
	Anormal	356	62,6			
PHQ-9 (depressão)	Normal	180	31,6	13,46	6,57	[12,92; 14,00]
	Anormal	389	68,4			
BRCS (resiliência)	Baixa	372	65,4	12,11	3,58	[11,82; 12,41]
	Moderada a Alta	197	34,6			
OLBI total (burnout)	Normal	279	49,0	3,43	0,71	[3,37; 3,49]
	Anormal	290	51,0			
Autonomia*	Baixa	108	19,0	6,28	2,07	[6,11; 6,45]
	Moderada a Alta	461	81,0			
Adequação de estrutura pedagógica*	Ruim	267	46,9	5,56	2,46	[5,35; 5,76]
	Moderada a Boa	302	53,1			

SPS-6 = *Stanford Presenteeism Scale-6*; PHQ-9 = *Patient Health Questionnaire-9*; BRCS = Escala Breve de *Coping* Resiliente; OLBI = *Oldenburg Burnout Inventory*; DP = desvio padrão; IC = intervalo de confiança.

*Escala visual numérica com corte para autonomia ≤ 4 e para adequação de estrutura pedagógica ≤ 5 .

As análises bivariadas demonstraram que as variáveis preditoras sexo, etnia,

presença de doenças crônicas, tipo de programa de residência (se médica ou de outras profissões de saúde), adequação de estrutura pedagógica, carga horária de trabalho e atividade profissional fora da residência não mostraram associação com significância estatística para a ocorrência de presenteísmo. No entanto, depressão (PHQ-9 elevado), *burnout* (OLBI escore elevado), baixa resiliência (BRCS) e baixa percepção de autonomia apresentaram associação com o presenteísmo com significância estatística ($p < 0,05$), conforme apresentado na Tabela 7.

Entre os participantes com escores sugestivos de depressão (68,4%; $n = 389/569$), 68,1% ($n = 265/389$) apresentaram presenteísmo, com *odds ratio* (OR) igual a 2,09 ($p < 0,001$), indicando um aumento de 109% no risco de presenteísmo entre indivíduos com sintomas depressivos. Da mesma forma, entre os 290 residentes identificados com *burnout* (51% da amostra), 74,1% ($n = 215/290$) foram classificados com presenteísmo, com aumento de 180% no risco de presenteísmo em indivíduos com *burnout* (OR = 2,81; $p < 0,001$) (Tabela 7).

Entre os 372 residentes com baixa resiliência, 65,5% apresentaram presenteísmo. Já entre aqueles com resiliência moderada a alta ($n = 197$), o percentual foi de 56,3%. Esses dados indicam que níveis mais baixos de resiliência estão associados a maior ocorrência de presenteísmo, com aumento estimado de 50% no risco (OR = 1,50; $p = 0,026$). Quanto à percepção de autonomia, observou-se que uma percepção mais elevada de autonomia esteve associada a uma redução de 42% no risco de presenteísmo (OR = 0,58; $p = 0,021$) (Tabela 7).

Tabela 7. Análises bivariadas entre variáveis preditoras e a ocorrência de presenteísmo em residentes médicos e de outras profissões da saúde.

Preditor	Presenteísmo (SPS-6)				
	n = 356	%	OR	[IC 95%]	p*
Sexo					
Feminino (n=455)	279	61,3	0,79	[0,51-1,22]	0,297
Masculino (n=111)	74	66,7			
Etnia					
Não brancos (223)	142	63,7	1,08	[0,76-1,53]	0,660

Branco (346)	214	61,8			
Comorbidades					
Sim (104)	63	60,6	0,90	[0,58-1,40]	0,654
Não (464)	292	62,9			
Tipo de programa					
Médico (292)	176	74,8			
Outros profissionais de saúde (277)	180	65,2	1,08	[0,77-1,52]	0,641
Percepção de autonomia					
Alta (461)	278	60,3	0,58	[0,37-0,93]	0,021
Baixa (102)	78	72,2			
Adequação de estrutura pedagógica					
Boa (302)	183	60,6	0,83	[0,59-1,18]	0,302
Ruim (267)	173	64,8			
Carga horária semanal (horas)					
> 60 (345)	218	63,2	1,07	[0,76-1,51]	0,703
≤ 60 (224)	138	61,6			
Atividade externa ao programa de residência					
Sim (105)	105	62,9	1,02	[0,70-1,48]	0,922
Não (402)	251	62,4			
BRCS					
Baixa resiliência (372)	245	65,9	1,50	[1,05-2,13]	0,026

Moderada a alta resiliência (197)	111	56,3			
PHQ-9					
Anormal (depressão = sim) (389)	265	68,1	2,09	[1,46-3,00]	<0,001
Normal (depressão = não) (180)	91	50,6			
OLBI					
Anormal (burnout = sim (290)	215	74,1	2,81	[1,97-3,99]	<0,001
Normal (burnout = não) (279)	141	50,5			

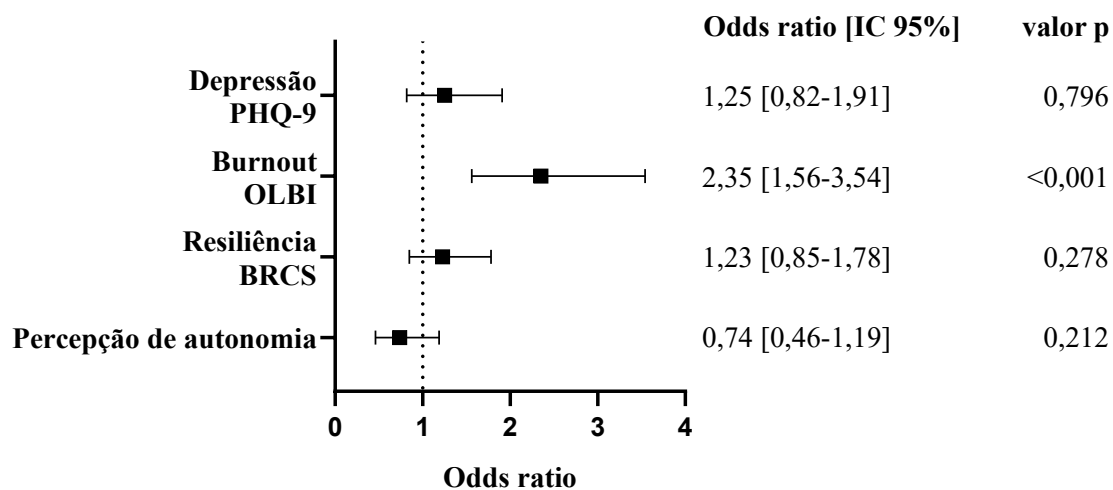
*Valor de p obtido através do teste de chi-quadrado.

BRCS: Escala Breve de *Coping* Resiliente; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire-9*; OLBI: *Oldenburg Burnout Inventory*; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o presenteísmo nas análises bivariadas foram incluídas como potenciais preditores nas análises multivariadas. Nessas análises, os escores da escala SPS-6 (presenteísmo) apresentaram correlação positiva com os escores da BRCS (resiliência) ($r = 0,165$; $p < 0,001$) e com a percepção de autonomia ($r = 0,140$; $p < 0,001$), indicando que níveis mais altos de resiliência e autonomia estão associados a menor presenteísmo. Por outro lado, foram observadas correlações negativas entre o SPS-6 e os escores do PHQ-9 (depressão) ($r = -0,383$; $p < 0,001$) e do OLBI (*burnout*) ($r = -0,388$; $p < 0,001$), o que sugere que maiores níveis de sintomas depressivos e de *burnout* estão associados a maior presenteísmo.

Em análise multivariada por regressão logística, o *burnout* permaneceu como único preditor independente significativo para presenteísmo (desfecho), ajustando-se para as covariáveis preditoras percepção de autonomia, resiliência e depressão, conforme demonstrado na Figura 5.

Figura 5. Análise multivariada por regressão logística dos fatores associados ao presenteísmo em residentes médicos e de outras profissões da saúde.



Foram avaliados ainda o número de dias de afastamento da residência (absenteísmo) nos últimos 3 meses. O absenteísmo teve correlação com o SPS-6 ($\rho = -0,121$; $p = 0,004$), com a presença de comorbidades ($\rho = 0,086$; $p = 0,040$) e tipo de programa de residência ($\rho = 0,091$; $p = 0,031$). Desta forma, as variáveis citadas foram incluídas em modelo linear generalizado com distribuição binomial negativa e função de ligação logarítmica de forma que a variável de desfecho foi o número de dias de afastamento do programa de residência.

Os residentes médicos apresentaram uma redução da chance de 18% ($RR = 0,82$) para a ocorrência de afastamentos em comparação aos residentes de outras profissões da saúde. A presença de comorbidades aumentou em 49% ($RR = 1,49$) o risco de afastamentos e o SPS-6 sugestivo de presenteísmo gerou um aumento do risco de perder dias de trabalho da ordem de 32% ($RR = 1,32$), conforme descrito na Tabela 8.

Tabela 8. Análise multivariada dos preditores do risco de afastamento do trabalho (absenteísmo) entre residentes médicos e de outras profissões da saúde. Modelo de regressão binomial negativa apresentando os riscos relativos (RR), intervalos de confiança de 95% (IC 95%) e valores de p para os preditores do absenteísmo.

Preditor	RR	IC 95%	p
Tipo de programa de residência	0,82	[0,68;0,98]	0,031
Presença de comorbidades	1,49	[1,18;1,87]	0,001
SPS-6 (presenteísmo)	1,32	[1,09;1,59]	0,004

SPS-6 = *Stanford Presenteeism Scale-6*; RR = risco relativo; IC = intervalo de confiança.

5 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve como foco principal avaliar a prevalência de presenteísmo através do instrumento SPS-6 e seus fatores de risco associados em profissionais de saúde matriculados em programas de residência médica e de outras profissões de saúde. A amostra incluiu 569 residentes de diferentes categorias profissionais (48,7% médicos; 51,3% outros profissionais), provenientes de 95 instituições distribuídas por 23 unidades federativas do Brasil, com predomínio de profissionais vinculados a instituições públicas e a hospitais universitários.

Os resultados demonstraram alta prevalência de presenteísmo, afetando 62,6% dos participantes, com escore médio de 18,27 na escala SPS-6. Análises estatísticas indicaram que níveis elevados de depressão (PHQ-9), *burnout* (OLBI), baixa resiliência (BRCS) e baixa percepção de autonomia estiveram significativamente associados a maior risco de presenteísmo. Dentre esses fatores de risco, apenas o *burnout* manteve-se como fator preditor independente na análise multivariada por regressão logística.

As análises demonstraram ainda que depressão e *burnout* estão associados a aumentos de 109% e 180%, respectivamente, no risco de presenteísmo entre residentes. Além disso, residentes com baixa resiliência apresentaram maior frequência de presenteísmo (65,5%) do que aqueles com resiliência moderada a alta (56,3%), com aumento de 50% no risco. Percepção elevada de autonomia, por sua vez, associou-se à redução de 42% no risco de presenteísmo.

Houve participação de residentes com média de idade de $28,9 \pm 4,2$ anos, ou seja, trata-se de uma população jovem, em início de sua carreira profissional, com a saúde mental já comprometida, de forma que os dados contidos neste estudo devem ser considerados alarmantes.

Adicionalmente, observou-se correlação entre o escore de presenteísmo e o número de dias de afastamento do trabalho, sugerindo que quanto maior o impacto funcional (presenteísmo), maior o risco de absenteísmo subsequente. Na análise multivariada para o absenteísmo, o tipo de programa de residência, a presença de comorbidades e o presenteísmo foram identificados como preditores significativos. Especificamente, residentes médicos apresentaram menor risco de afastamento em comparação aos demais.

A coleta de dados deste estudo foi realizada durante uma das ondas da pandemia COVID-19 no Brasil. Diversos estudos já foram conduzidos para avaliação de

presenteísmo em profissionais de saúde, antes e após a pandemia COVID-19 (10,35,69), apesar disso, poucos avaliaram residentes e nenhum havia avaliado objetivamente e comparativamente residentes em programas de outras áreas de saúde até o momento.

Blake e colaboradores (2021) analisaram o presenteísmo em residentes de forma subjetiva na Inglaterra. Foram avaliados 42 participantes - residentes em medicina, enfermagem, fisioterapia e paramédicos - através do simples questionamento quanto ao comparecimento no trabalho apesar da sensação de mal-estar físico ou mental. Nesta avaliação 47,6% dentre os 42 participantes afirmaram que “sim”. Não foi realizada análise quanto a prevalência de presenteísmo por profissão avaliada (2). Além disso foi aplicado a escala de bem-estar mental de Warwick-Edinburgh, que evidenciou que 61,9% da população avaliada tinha uma saúde mental ruim (70). Al-Khudhayr et al. (2021) avaliaram a prevalência de presenteísmo em uma população de médicos residentes da Arábia Saudita. O percentual de presenteísmo encontrado ao instrumento SPS-6 foi de 49,1% (71), consideravelmente menor ao observado no presente estudo (62,6%).

Diversos estudos reportaram a associação de presenteísmo a depressão e *burnout* (49,71,72). Em consonância com os resultados apresentados nesta tese, foi demonstrado que quanto maiores os valores encontrados na escala PHQ-9 (depressão), maior o índice de presenteísmo (73). Uma metanálise estimou que a prevalência de depressão em médicos residentes é de 28,8%, valor bem inferior ao encontrado no presente estudo (68,4%). Os achados dessa metanálise também indicam que sintomas depressivos estão relacionados a maior chance de erros médicos (74). Apesar de diversos estudos com profissionais de saúde, não foram encontrados estudos que avaliam residentes de outros programas de residência não médicos.

Quando se fala em saúde mental, deve-se levar em consideração que a equipe de saúde sofre impacto direto das condições de trabalho relacionadas à qualidade do serviço prestado, horas de trabalho, horas de sono e lazer, tempo hábil para realização de atividades físicas (35,69,75). Residentes, em muitas ocasiões, não tem ideia do que os aguarda no desempenho de suas funções, de forma que já foi demonstrado que o índice de depressão em estudantes de medicina avaliados longitudinalmente durante a graduação e após 12 meses na pós-graduação aumenta de forma considerável (73,74).

Alguns estudos demonstram taxas de *burnout* variando entre 27 e 90% entre médicos residentes em todo mundo (74), sendo o valor encontrado para a amostra analisada nesta tese (51%) compatível com esse intervalo. No entanto, Que et al. (2020) realizaram um estudo com participação de médicos *staffs*, médicos residentes,

enfermeiros e técnicos em enfermagem em que os índices de ansiedade, depressão e insônia em médicos residentes foi o menor dentre os grupos de profissionais de saúde analisados. Não houve correlação com presenteísmo (76).

Hoelz et al. (2015) afirmaram que residentes com *burnout* cometeram maior número de erros com consequências negativas para os pacientes assistidos, de forma que se pode questionar a possibilidade de os erros serem atribuídos ao presenteísmo (54). Al-Khudhayr et al. (2021) identificaram correlação entre elevados índices de presenteísmo e *burnout*, avaliados através do SPS-6 e do escore Maslach Burnout Inventory (MBI), dentre médicos residentes de diversas especialidades na Árabia Saudita. Além disso, ficou evidente que a exaustão emocional desses profissionais foi importante na associação com a perda de produtividade, que não foi recuperada através de aumento de horas de trabalho, realizadas em casa por exemplo (71).

Considerando que, na avaliação de preditores independentes de presenteísmo realizada no presente estudo, somente OLBI sugestivo de *burnout* permaneceu como variável estatisticamente significativa, faz-se necessário atentar-se para o diagnóstico precoce de tal doença, bem como ofertar formas para que os profissionais de forma geral consigam administrar o estresse.

A resiliência, avaliada neste estudo por meio da escala BRCS, refere-se à capacidade do indivíduo lidar com adversidades e superá-las (69). De forma consistente com os resultados desta tese, estudos como o de Feltz-Cornelis et al. (2020), realizado no Reino Unido, demonstraram que profissionais de saúde e estudantes de medicina mais resilientes tem menores índices de presenteísmo. Tal estudo indicou também que a resiliência pode ser maior em estudantes de medicina que em profissionais já formados. Além disso, foi demonstrado que quanto menor a realização de exercícios físicos, menor os índices de resiliência. Não foi identificada correlação entre absenteísmo e resiliência, e não houve avaliação de residentes (69).

Em relação à influência da percepção de autonomia, Mach et al. (2018) corrobora o resultado de que maior percepção de autonomia diminui a chance de presenteísmo. Esse autor sugere também que gestores devem aumentar a autonomia para tomada de decisão dos profissionais de saúde com objetivo de diminuir e evitar o presenteísmo (77), embora por vezes possa haver excesso de autonomia para o especialista em formação, principalmente após a conclusão do primeiro ano de residência (50). Em residentes médicos de modalidades cirúrgicas, por exemplo, a autonomia é vista como necessária no desenvolvimento e adequação pedagógica do serviço (78). Mais além, baixa autonomia

foi associada a possível aumento de *burnout* por Ishikawa (79).

Luksyte et al. (2023) demonstraram prevalência de presenteísmo em homens, que segundo sua análise, sentem uma maior pressão pessoal e social para manter seu desempenho apesar de estar ou não em condições de exercer seu trabalho (80). Nóbrega et al. (2022) evidenciam que as mulheres recorrem aos serviços de saúde com maior frequência (81). Em consonância, nesta tese observou-se predominância feminina na pesquisa, com maior participação das residentes médicas e profissionais de outras áreas da saúde. Essa convergência reflete tanto o protagonismo das mulheres no autocuidado quanto sua inserção em contextos profissionais e acadêmicos que sustentam a prática clínica e a pesquisa em saúde. Cabe ressaltar, porém, que, apesar da predominância observada, não se verificou significância estatística entre sexo e presenteísmo.

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação a etnia dos participantes e presenteísmo. Contudo, estudos demonstram diferenças relevantes quanto a etnia no que diz respeito a ausência no trabalho. Segundo Haro-Ramos e Bacong (2023), na Califórnia, latinos (inclusive aqueles de fenótipo branco) e asiáticos, mesmo quando naturalizados, têm um maior risco de ir trabalhar doentes em comparação a população branca nativa, sugerindo assim uma prevalência aumentada do presenteísmo por motivo de doença nesta população (82).

Assim como para sexo e etnia, não houve associação entre aumento de presenteísmo e presença de comorbidades entre os profissionais de saúde participantes do presente estudo, embora a associação com comorbidades tenha sido observada para o absenteísmo. Na literatura, diversos estudos relacionam o presenteísmo a comorbidades, sobretudo relacionadas a saúde mental dos membros da equipe de saúde (49,83–85).

Frequentemente, a carga horária preconizada de 60 horas semanais dos programas de residência é extrapolada e tem como consequência residentes exaustos e estressados com capacidade de aprendizado reduzida e dificuldade em atender bem aos pacientes (50,54). Neste estudo, 60,6% dos participantes referiram cumprir mais que 60 horas semanais na pós-graduação, o que poderia estar associado a aumento do *burnout* e presenteísmo, uma vez que 61,2% dos participantes com escore SPS-6 sugestivo de presenteísmo referiram cumprir mais de 60 horas semanais. No entanto, não houve significância estatística entre presenteísmo e carga horária de trabalho.

É importante ressaltar que uma carga horária de trabalho elevada está associada a maiores índices de depressão, ansiedade, doenças cardíacas e insônia, além de elevação proporcional de pensamentos suicidas em médicos residentes, bem como redução da

qualidade de prestação de serviço e queda do aproveitamento do treinamento em serviço oferecido (79,86). Não foram encontrados estudos que correlacionem presenteísmo a atividades profissionais externas ao programa de residência. Em diversos países são oferecidas melhores remunerações, associadas a planos de saúde e odontológicos, porém, há exigência de cargas de trabalho maiores que 60 horas por semana (87).

No Brasil, estudos demonstram que 99,5% dos médicos residentes consideram a remuneração oferecida inadequada pela alta carga de trabalho de 60 horas semanais, bem como pela complexidade das tarefas desempenhadas. Além disso, dívidas acumuladas para o financiamento da graduação são responsáveis pela necessidade de trabalhar além do que é preconizado nos programas de residência (87).

Com relação ao absenteísmo, não foram encontrados estudos abordando essa prática dentre os residentes médicos e de outras áreas de saúde – possivelmente devido à obrigatoriedade de reposição de carga horária. No entanto, coincidindo com trabalhos que abordaram profissionais de saúde de maneira geral (77,88), os resultados do presente estudo permitiram perceber que residentes com escores SPS-6 sugestivos de presenteísmo também tiveram maiores índices de absenteísmo, ou seja, além da capacidade laboral comprometida durante a presença no trabalho, houve também maiores índices de ausência no trabalho.

Além disso, a presença de comorbidades prévias foi positivamente correlacionada ao absenteísmo. É possível inferir que tal fato ocorra por descompensações das doenças apresentadas previamente, necessidade de avaliações médicas ou mesmo terapêutica. O terceiro fator que teve correlação significativa com o absenteísmo foi cursar residência médica. Os residentes médicos apresentaram risco 18% menor de absenteísmo em comparação aos demais. Essa diferença pode refletir aspectos específicos da formação médica.

Sabe-se que a sensação de sobrecarregar os colegas pode forçar o presenteísmo e dificultar o absenteísmo em profissionais de saúde (88). Considerando a necessidade de reposição da carga horária, é possível supor que a taxa de absenteísmo é baixa durante a residência. No entanto, estudos demonstram que mais de 80% dos profissionais médicos já trabalharam enquanto estavam doentes (73).

Diferente do absenteísmo, o presenteísmo está associado mais intimamente ao estresse e *burnout* (71,72), tratando-se de uma condição comum em trabalhos com grande interação com público (89). Feltz-Cornelis et al. (2020) demonstraram que a correlação entre presenteísmo e sofrimento emocional teve maior relevância do que quando

comparado ao absenteísmo (69).

Frente ao cenário observado, faz-se necessária a discussão de soluções voltadas ao aprimoramento dos sistemas de formação, bem como à formulação de políticas públicas e institucionais que priorizem a saúde mental dos residentes. Tais medidas são fundamentais para prevenir os impactos do presenteísmo, contribuindo para a melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes, das condições de trabalho e dos hábitos de autocuidado dos profissionais de saúde.

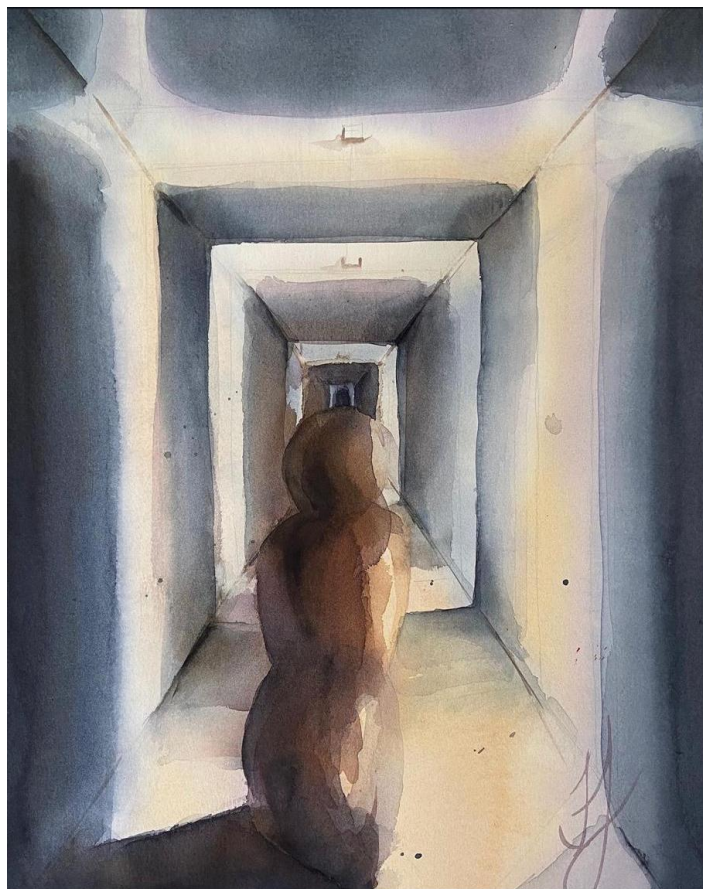
Deve haver acesso a suporte psicológico aos estudantes em formação para que estejam preparados para situações de crise, de forma a minimizar os impactos na saúde mental dos futuros profissionais, como desenvolvimento de pacotes com ferramentas virtuais ou presenciais que possibilitem acesso a equipes multidisciplinares com psicólogos, grupos de apoio, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e se necessário psiquiatras (2,74).

Vários estudos relatam dificuldades dos residentes médicos em buscar ajuda em relação a sua saúde mental. Diversos impedimentos como medo de perda de oportunidades profissionais posteriores por estigmatização, falta de tempo, ou medo de inconfidencialidade são reportados. Se possível, esses pacientes devem ser avaliados com a máxima prioridade, segurança e em consultas formais e regulares para minimizar tais queixas (74).

A arte mostrada na Figura 6 foi escolhida pela autora para representar o sentimento de muitos residentes participantes deste estudo, além de muitos profissionais de saúde que necessitam de atenção quanto a sua saúde mental.

Sabe-se que *burnout* e depressão devem ser abordados de forma individual e institucionalmente. Isso envolve o acesso a equipes de saúde especializadas, aumento de autonomia do profissional de saúde, modificação de fluxos e processos de trabalho, colocando o profissional como um dos personagens principais do processo. Também é fundamental promover um ambiente de trabalho saudável, com pessoas com objetivos em comum, além da oferta de serviços de suportes adequados, como secretarias estruturadas, equipes completas, e implementação de agendas sociais e culturais para interação dos profissionais. A racionalização da carga horária e a oferta de possibilidades de desenvolvimento profissional no próprio ambiente de trabalho são igualmente essenciais (74). Infelizmente, sabe-se que os custos financeiros acabam por dissuadir os gestores de aplicar tais medidas com o devido empenho (73).

Figura 6. Memento Mori. JOCHIMS, Isadora. Maio de 2022. Pintura em aquarela. Acervo pessoal da artista.



Ainda como medida de controle de sintomas e melhora da qualidade de vida dos profissionais, existem estudos mostrando benefícios do treinamento dos profissionais em realização de *mindfulness*, com redução significativa nos sintomas de esgotamento e aumento da resiliência em profissionais de saúde. Além disso, atividade física e meditação devem ser sempre estimulados para melhoria de qualidade de vida de todos.

Em relação às limitações do estudo, reconhece-se a possibilidade de viés de seleção em relação aos indivíduos que concordaram em participar do estudo. Os achados não refletem necessariamente a realidade dos indivíduos que optaram por não participar. Entretanto, a participação é voluntária em qualquer estudo clínico. Além disso, a resposta aos instrumentos utilizados depende da percepção do profissional em relação ao seu trabalho ao seu desempenho.

Além disso, houve clara predominância de respostas de residentes associados a hospitais universitários, que geralmente possuem melhor estrutura educacional e física do que a maioria dos hospitais não universitários. Portanto, a realidade dos hospitais não

universitários pode não estar adequadamente refletida nos dados deste estudo. O estudo também é limitado pelo uso exclusivo de formulários digitais para coleta remota de dados e a utilização de instrumentos validados para avaliação de presenteísmo, *burnout*, ansiedade, estresse e depressão, sem avaliações clínicas presenciais para confirmação dos diagnósticos sugeridos pelos instrumentos.

Outras limitações foram não averiguar as subespecialidades dos residentes participantes, bem como a não diferenciação entre os participantes quanto ao tempo de residência. Deve-se ressaltar que há possibilidade de os dados terem sido influenciados pelo contexto sanitário presente na coleta dos dados - a pandemia por COVID-19.

6 CONCLUSÃO

Neste estudo, demonstrou-se elevado índice de presenteísmo nos residentes participantes (62,6%), influenciado sobretudo por elevados índices de depressão e *burnout*, além de outros fatores como baixa resiliência e sensação de baixa autonomia na população avaliada. Esses resultados revelam que o presenteísmo é um fenômeno multifatorial, relacionado tanto a aspectos individuais quanto organizacionais, e que pode comprometer o bem-estar dos profissionais de saúde, a qualidade do cuidado prestado e a segurança dos pacientes.

Embora receba atenção há pouco tempo, o presenteísmo deve, cada vez mais, ser levado em consideração. O presenteísmo pode estar relacionado ao comprometimento da motivação pessoal do residente, que pode não estar satisfeito com o trabalho desenvolvido, ou estar em fase de adaptação a sua nova realidade como residente, de forma que mais dados sobre as especialidades com maiores índices de presenteísmo, *burnout* e depressão, tempo de residência e motivações pessoais são necessários em residentes médicos e principalmente em residentes de outras áreas da saúde.

Este estudo demonstrou ainda a associação entre presenteísmo e absenteísmo, indicando que a permanência no trabalho mesmo em condições de adoecimento pode preceder afastamentos posteriores. A análise multivariada identificou como preditores do absenteísmo o tipo de programa de residência, a presença de comorbidades e o próprio presenteísmo, sendo os residentes médicos os que apresentaram menor risco de afastamento. Esses achados reforçam a importância do olhar atento às especificidades de cada programa, bem como ao suporte fornecido pelas instituições.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa ressaltam a necessidade de estratégias institucionais que contemplem tanto o cuidado com a saúde mental dos residentes quanto a criação de ambientes de trabalho mais acolhedores e saudáveis. Políticas que promovam aumento da autonomia, mudança de hábitos individuais, a racionalização da carga horária, apoio por equipes multidisciplinares completas e o acesso a serviços de saúde especializados podem contribuir significativamente para a prevenção do presenteísmo e seus desdobramentos para aqueles que representam os futuros responsáveis pela assistência à saúde da população. Por fim, recomenda-se a realização de novos estudos que aprofundem a compreensão dessas relações e subsidiem intervenções eficazes em nível nacional.

REFERÊNCIAS

1. Cravero AL, Kim NJ, Feld LD, Berry K, Rabiee A, Bazarbashi N, et al. Impact of exposure to patients with COVID-19 on residents and fellows: An international survey of 1420 trainees. *Postgrad Med J.* 2021;97(1153):706–15.
2. Blake H, Mahmood I, Dushi G, Yildirim M, Gay E. Psychological impacts of covid-19 on healthcare trainees and perceptions towards a digital wellbeing support package. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(20).
3. Tempany M, Leonard A, Prior AR, Boran G, Reilly P, Murray C, et al. The potential impact of post-COVID symptoms in the healthcare sector. *Occup Med (Chic Ill).* 2021;71(6–7):284–9.
4. Lui JNM, Andres EB, Johnston JM. How do organizational culture and leadership style affect nurse presenteeism and productivity?: A cross sectional study of Hong Kong acute public hospitals. *Int J Nurs Stud.* 2024;152:104675.
5. Madrazo L, Choo-Foo J, Yu W, LaDonna KA, Domecq MC, Humphrey-Murto S. Going to work sick: A scoping review of illness presenteeism among physicians and medical trainees. *Med Educ.* 2024;(September):1–15.
6. BALDONEDO-MOSTEIRO M, SANCHEZ-ZABALLOS M, RODRIGUEZ-DIAZ FJ, HERRERO-OLAIZABAL J MDMP. Adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale-6 in healthcare professionals. *Internacional Nursing Review*; 2019. p. 109–17.
7. Kigozi J, Jowett S, Lewis M, Barton P, Coast J. The Estimation and Inclusion of Presenteeism Costs in Applied Economic Evaluation: A Systematic Review. *Value in Health.* 2017;20(3):496–506.
8. Peter KA, Gerlach M, Kilcher G, Bürgin R, Hahn S, Golz C. Extent and predictors of presenteeism among healthcare professionals working in Swiss hospitals, nursing homes and home care organizations. *Sci Rep.* 2023;13(1):1–10.
9. Carrieri D, Briscoe S, Jackson M, Mattick K, Papoutsis C, Pearson M, et al. ‘Care Under Pressure’: a realist review of interventions to tackle doctors’ mental ill-health and its impacts on the clinical workforce and patient care. *BMJ Open.* 2018;1–8.
10. Yaghoubi M, Salimi M, Meskarpour-Amiri M. Systematic review of productivity loss among healthcare workers due to Covid-19. *International Journal of Health Planning and Management.* 2022;37(1):94–111.
11. Mosteiro-Díaz MP, Baldonado-Mosteiro M, Borges E, Baptista P, Queirós C, Sánchez-Zaballos M, et al. Presenteeism in nurses: comparative study of Spanish, Portuguese and Brazilian nurses. *Int Nurs Rev.* 2020;67(4):466–75.

12. Laranjeira C, Querido A. An exploratory qualitative study describing frontline nurses' experiences with Presenteeism due to the COVID-19 pandemic. How did the Covid-19 Pandemic Impact the Life of Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders COVID-19 Psychiatric Inpatient Unit-. 2022;2022.
13. 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):1–8.
14. Priebe JA, Hagerbaumer M. Presenteeism Reloaded - We Need a Revised Presenteeism Approach. *Zeitschrift fur Arbeits- und Organisationspsychologie.* 2023;67(3):163–5.
15. Breitsohl H, Zohrer L, Ruhle SA. Presenteeism Is Reloaded and Ready for Further Research - A Commentary on Priebe, J. and Hagerbaumer, M. (2023). *Zeitschrift fur Arbeits- und Organisationspsychologie.* 2023;67(3):166–71.
16. Yoshimoto T, Oka H, Fujii T, Nagata T, Matsudaira K. The Economic Burden of Lost Productivity due to Presenteeism Caused by Health Conditions Among Workers in Japan. *J Occup Environ Med.* 2020;62(10):883–8.
17. Kinman G. Sickness presenteeism at work: Prevalence, costs and management. *Br Med Bull.* 2019;129(1):107–16.
18. Zakrzewska K. Presenteeism--unhealthy extra presence in the workplace. *Przegl Epidemiol.* 2014;68(1):77–80.
19. Pereira AMS, Silva CF, Castelo-Branco MC, Latino ML. Presenteísmo e sua influência sobre a capacidade para o trabalho em profissionais de saúde. *Rev enferm UERJ.* 2002;30.
20. Conceptuales A, Presentismo D, Arteaga O. Presentismo y su Relevancia para la Salud Ocupacional en Chile Artículo Original. 2007;61–3.
21. Nigam JAS, Barker RM, Cunningham TR, Swanson NG, Chosewood LC. Vital Signs: Health Worker–Perceived Working Conditions and Symptoms of Poor Mental Health — Quality of Worklife Survey, United States, 2018–2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023 Nov 3;72(44):1197–205.
22. Chen CC, Lan YL, Chiou SL, Lin YC. The Effect of Emotional Labor on the Physical and Mental Health of Health Professionals: Emotional Exhaustion Has a Mediating Effect. *Healthcare.* 2022 Dec 29;11(1):104.
23. Ashraf F, Ahmad H, Shakeel M, Aftab S, Masood A. Mental health problems and psychological burnout in medical health practitioners: A study of associations and triadic comorbidity. *Pak J Med Sci.* 2019;35(6):1558–64.

24. Tong J, Zhang J, Zhu N, Pei Y, Liu W, Yu W, et al. Effects of COVID-19 pandemic on mental health among frontline healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2023;13.
25. Teoh KRH, Vasconcelos AG, Lima EP. Work and Nonwork Contributory Factors to Health Care Workers' Mental Health. *Am J Public Health*. 2022;112(5):703–5.
26. Lasalvia A, Tansella M. Occupational stress and job burnout in mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011 Dec 5;20(4):279–85.
27. Dreison KC, Luther L, Bonfils KA, Sliter MT, McGrew JH, Salyers MP. Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *J Occup Health Psychol*. 2018 Jan;23(1):18–30.
28. Kim MS, Kim T, Lee D, Yook J hoo, Hong YC, Lee SY, et al. Mental disorders among workers in the healthcare industry: 2014 national health insurance data. *Ann Occup Environ Med*. 2018;30(1):1–8.
29. Wang X, Liu L, Zou F, Hao J, Wu H. Associations of Occupational Stressors, Perceived Organizational Support, and Psychological Capital with Work Engagement among Chinese Female Nurses. *Biomed Res Int*. 2017;2017.
30. Olğaç K, Bütün A. Examination of factors affecting job satisfaction of healthcare professionals. *Journal of Medical Topics and Updates*. 2024 Dec 31;3(3):116–27.
31. García Mariano; Sáez María; Bartolome Esteban. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 2000;16(2):215–28.
32. Sundram BM, Kumareswaran S, Muhadi SU. Exploring the Multifaceted Nature of Occupational Stress Among Nurses: A Systematic Review. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. 2024;19(2):121–8.
33. Woods EH, Zhang Y, Roemer EC, Kent KB, Davis MF, Goetzel RZ. Addressing Psychosocial, Organizational, and Environmental Stressors Emerging From the COVID-19 Pandemic and Their Effect on Essential Workers' Mental Health and Well-being: A Literature Review. *J Occup Environ Med*. 2023;65(5):419–27.
34. Purcell N, Bertenthal D, Usman H, Griffin BJ, Maguen S, McGrath S, et al. Moral injury and mental health in healthcare workers are linked to organizational culture and modifiable workplace conditions: Results of a national, mixed-methods study conducted at Veterans Affairs (VA) medical centers during the COVID-19 pandemic. Tsuno K, editor. *PLOS Mental Health*. 2024 Dec 23;1(7):e0000085.
35. Song CS, Ma SR, Lee JY, Chun BY. Effects of Presenteeism on Burnout among Rehabilitation Medical Workers in Korea: Multiple Mediating Effects of Organization and Supervisor Supports. *Healthcare (Switzerland)*. 2024;12(5).

36. Dos Santos DGSM, Conceição AAM, Ferreira MMF. Presenteeism in healthcare workers on a pandemic context by COVID-19 disease: A scoping review. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2022;2022(suppl):1–8.
37. Redy R, Hasyim H, et al. The Impact Of Presenteeism On Hospital Management And The Factors Influence Indonesia Case. *International Journal of Social Science and Human Research*. 2024;7(05):2565–74.
38. de Sousa RM, Ribeiro AC, Valim MD. Burnout syndrome, presenteeism and loss of productivity in nursing workers. *Revista de Enfermagem Referencia*. 2023;6(2):1–10.
39. García-Iglesias JJ, 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(September).
40. Jia H, Shang P, Gao S, Cao P, Yu J, Yu X. Work Stress, Health Status and Presenteeism in Relation to Task Performance Among Chinese Medical Staff During COVID-19 Pandemic. 2022;10(April):1–10.
41. Guo S, Zhang H, Chang Y, Zhang J, Chen H, Zhang L. The relationship between presenteeism among nurses and patients' experience in tertiary hospitals in China. *Heliyon*. 2023;9(12):e22097.
42. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Böke Ö. The prevalence of anxiety, depression, insomnia, and post-traumatic stress disorders symptoms among healthcare workers after the COVID-19 vaccinations. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2024;16(2):129–39.
43. Xu YH, Wu F, Yu S, Zhang XY, Xu PJ, Sun QM. Prevalence of mental health symptoms and associated risk factors among healthcare workers in specialized COVID-19 hospitals in Anyang, China: A cross-sectional survey. *Heliyon*. 2024;10(11):e32593.
44. Lal C, Adil T, Siddiqui JA, Amar H, Naqvi SAB, Abdi IA, et al. Presenteeism in Case of a Disease or Illness and Its Relationship With Anxiety and Depression Amongst Doctors in a Tertiary Care Hospital in Karachi, Pakistan: a Cross Sectional Study. *Asia Pacific Journal of Health Management*. 2024;19(3):1–11.
45. Moore A, Knutsen Glette M. Nurses' experience with presenteeism and the potential consequences on patient safety: a qualitative study among nurses at out-of-hours emergency primary care facilities. *BMJ Open*. 2023;13(11):1–9.
46. 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.
47. Li Y, Guo B, Wang Y, Lv X, Li R, Guan X, et al. Serial-Multiple Mediation of Job Burnout and Fatigue in the Relationship Between Sickness Presenteeism and

- Productivity Loss in Nurses: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Front Public Health*. 2022;9(January):1–10.
48. Madrazo L, Choo-Foo J, Domecq MC, LaDonna KA, Humphrey-Murto S. Illness presenteeism among physicians and trainees: Study protocol of a scoping review. *PLoS One*. 2024;19(2):e0297447.
 49. Homrich PHP, Dantas-Filho FF, Martins LL, Marcon ER. Presenteeism among health care workers: Literature review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2020;18(1):97–102.
 50. Sponholz TCH, Sartori MT, Marques APS, Albuquerque GSC de, Silva MJ de S e, Perna P de O. Processo De Trabalho Na Residência Médica: a Subordinação Do Ensino-Aprendizagem À Exploração Da Força De Trabalho Dos Residentes. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016;14(suppl 1):67–87.
 51. de Mélo Silva Júnior ML, Valença MM, Sampaio Rocha-Filho PA. Characteristics of residency programs and residents' learning experience in Brazil: a multispecialty, nation-wide study. *Psychol Health Med*. 2023;28(8):2329–40.
 52. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. 1982;200–9.
 53. Mesquita VSM, Malagris LEN. Síndrome de Burnout em residentes multiprofissionais em saúde de um hospital universitário. *Rev SBPH*. 2020;23(2):65–76.
 54. Hoelz L, Campello L. Relação entre Síndrome de Burnout, erro médico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina Association of long working hours, medical errors and the Burnout syndrome in medical residents. *Rev Bras Med Trab*. 2015;13(2):126–60.
 55. Ministério da Educação (MEC). Residência Multiprofissional. Disponível em: <https://www.gov.br/mec-divulga-mapa-das-mais-de-7-mil-formaturas-antecipadas-de-cursos-da-saude/pt-br/assuntos/es/residencia-multiprofissional>. Acesso em: 12 de agosto de 2025.
 56. Ministério da Educação (MEC). Residência Médica. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica>. Acesso em: 12 de agosto de 2025.
 57. Veale PM, Vayalumkal J V, Mclaughlin K. Sickness presenteeism in clinical clerks: Negatively reinforced behavior or an issue of patient safety? *AJIC: American Journal of Infection Control*. 2016;44(8):892–7.
 58. Bond MMK, Oliveira MS de, Bressan BJ, Bond MMK, Silva ALFA da, Merlo ÁRC. Prevalence of burnout among medical residents of a university hospital. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(3):97–107.

59. Surawattanasakul V, Kiratipaisarl W, Siviroj P. Association between Presenteeism, Associated Factors, and Outcomes among Intern Physicians in Public Hospitals during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Medicina (Lithuania)*. 2024;60(6):1–15.
60. Kaldjian LC, Shinkunas LA, Reisinger HS, Polacco MA, Perencevich EN. Attitudes about sickness presenteeism in medical training: Is there a hidden curriculum? *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019 Sep 5;8(1).
61. Szymczak JE, Smathers S, Hoegg C, Klieger S, Coffin SE, Sammons JS. Reasons Why Physicians and Advanced Practice Clinicians Work While Sick A Mixed-Methods Analysis. 2015;19104(9):815–21.
62. Pinho RNL, Costa TF, Silva NM, Barros-Areal AF, de Mattos Salles A, Oliveira AP, et al. Mental health and burnout syndrome among postgraduate students in medical and multidisciplinary residencies during the COVID-19 pandemic in Brazil: Protocol for a prospective cohort study. *JMIR Res Protoc*. 2021;10(1).
63. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Empresa Brasileira de serviços hospitalares - Institucional. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 28 de setembro de 2023.
64. Paschoalin, H. C. et al. Adaptação transcultural e validação para o português brasileiro do *Stanford Presenteeism Scale* para avaliação do presenteísmo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 388–395, jan.–fev. 2013.
65. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, de Almeida LSP, da Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533–43.
66. Sinval J, Queirós C, Pasian S, Marôco J. Transcultural adaptation of the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) for Brazil and Portugal. *Front Psychol*. 2019;10(MAR).
67. Delgadillo J, Saxon D BM. Associations between therapists’ occupational burnout and their patients’ depression and anxiety treatment outcomes. *Depress Anxiety*. 2018;844–50.
68. Ribeiro JLP, Morais R, Scale C. Adaptação Portuguesa Da Escala Breve De Coping Resiliente. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2010;11(1):5–13.
69. Van Der Feltz-Cornelis CM, Varley D, Allgar VL, de Beurs E. Workplace Stress, Presenteeism, Absenteeism, and Resilience Amongst University Staff and Students in the COVID-19 Lockdown. *Front Psychiatry*. 2020;11(November):1–15.
70. 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):1–22.
71. Al-Khudhayr AM, Al-Shaghab MA, Al-Jabr QM. The effect of using technology for work on burnout and work productivity among Saudi board residents: a cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*. 2021;28(1).
 72. Pei P, Lin G, Li G, Zhu Y, Xi X. The association between doctors' presenteeism and job burnout: A cross-sectional survey study in China. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–7.
 73. Rosen T, Zivin K, Eisenberg D, Guille C, Sen S, Arbor A, et al. The Cost of Depression-Related Presenteeism in Resident Physicians. *Acad Psychiatry*. 2019;42(1):84–7.
 74. Thomas MK, Udipi GA, Seshadri SP. Clinical practice guidelines for assessment and management of intellectual disability. *Indian J Psychiatry*. 2019;61(8):S194–210.
 75. Jalali M, Esmaeili R, Habibi E, Alizadeh M, Karimi A. Mental workload profile and its relationship with presenteeism, absenteeism and job performance among surgeons: The mediating role of occupational fatigue. *Heliyon*. 2023;9(9):e19258.
 76. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *Gen Psychiatr*. 2020 Jun 1;33(3):e100259.
 77. Mach M, Ferreira AI, Martinez LF, Lisowskaia A, Dagher GK, Perez-Nebra AR. Working conditions in hospitals revisited: A moderated-mediated model of job context and presenteeism. *PLoS One*. 2018;13(10):1–15.
 78. Husk K. Assessment of surgical autonomy: in support of aspirational goals. *AJOG Global Reports*. 2022 Aug 1;2(3):100077.
 79. Ishikawa M. Relationships between overwork, burnout and suicidal ideation among resident physicians in hospitals in Japan with medical residency programmes: a nationwide questionnaire-based survey. *BMJ Open*. 2022;12(3):1–10.
 80. Luksyte A, Unsworth KL, Avery DR, Cordery JL, Seah J. Gender differences in the relationship between presenteeism and extra-role behaviors. *J Organ Behav*. 2023;44(6):957–72.
 81. Nóbrega LPR, Costa TF, Silva NM, Barros-Areal AF, de Matos Salles A, Oliveira APRA, et al. High prevalence of burnout syndrome among medical and nonmedical residents during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2022;17(11 November):1–14.

82. Haro-ramos AY, Bacong AM. Disparities in unmet needed paid leave across race, ethnicity and citizenship status among employed Californians: a cross-sectional study. *Public Health*. 2023;221:97–105.
83. Bokma WA, Batelaan NM, van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Impact of Anxiety and/or Depressive Disorders and Chronic Somatic Diseases on disability and work impairment. *J Psychosom Res*. 2017;94:10–6.
84. Ammendolia C, Côté P, Cancelliere C, Cassidy JD, Hartvigsen J, Boyle E, et al. Healthy and productive workers: Using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism. *BMC Public Health*. 2016;16(1).
85. Xi X, Lu Q, Wo T, Pei P, Lin G, Hu H, et al. Doctor's presenteeism and its relationship with anxiety and depression: A cross-sectional survey study in China. *BMJ Open*. 2019;9(7):1–9.
86. Sanchez Martinez DA, Carrasco Picazo JP, Estrella Porter PD, Ruiz-Montero R, Aginagalde Llorente AH, García-Camacho E, et al. Resident physician duty hours, resting times and European Working Time Directive compliance in Spain: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 2023;21(1):1–9.
87. Silva-Júnior ML de M, Rocha-Filho PAS. Moonlighting and physician residents' compensation: is it all about money? A cross-sectional Brazilian study. *Sao Paulo Med J*. 2022;141(4):e2022187.
88. Kottwitz MU, Schade V, Burger C, Radlinger L, Elfering A. Time Pressure, Time Autonomy, and Sickness Absenteeism in Hospital Employees: A Longitudinal Study on Organizational Absenteeism Records. *Saf Health Work*. 2018;9(1):109–14.
89. Lui JNM, Andres EB, Johnston JM. Presenteeism exposures and outcomes amongst hospital doctors and nurses: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Dec 19;18(1).



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Saúde mental e síndrome do esgotamento profissional (burnout) entre pós-graduandos de residências médica e multiprofissional em saúde durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: estudo de coortes prospectivo”**, de responsabilidade de Rebeca da Nóbrega Lucena Pinho e Nayane Miranda Silva, ambas estudantes do curso de mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é avaliar, entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional em saúde durante a pandemia COVID-19 no Brasil a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais e de síndrome do esgotamento profissional (burnout) e a incidência de fatores de risco (preditores) de síndrome do esgotamento profissional (burnout). Assim, gostaria de consultá-lo/a sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo/a. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, ou seja, os questionários que serão respondidos por meio de formulário eletrônico, se necessário via contato telefônico, e ficarão sob a guarda do/da pesquisador/a responsável pela pesquisa.

Você receberá a sua cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido sob a forma de e-mail. Caso decida colaborar com a pesquisa você deve responder SIM, também por e-mail, a seguinte pergunta: “O (a) senhor (a) confirma ter recebido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assim livremente consente em participar da pesquisa Saúde mental e síndrome do esgotamento profissional (burnout) entre pós-graduandos de residências médica e multiprofissionais em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: estudo de coortes prospectivo”? Por favor retorne esse e-mail com sua resposta: SIM ou NÃO.” A mensagem com a resposta do indivíduo recrutado, consentindo sua participação na pesquisa, será armazenada pela coordenação do estudo em arquivo digital.

A coleta de dados será realizada por meio de eletrônico, e você responderá a seis instrumentos de pesquisa: a escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21), a escala breve de depressão (PHQ-9), o escore de resiliência (BRCS), a escala de grau de autonomia para tomadas de decisão no trabalho, uma pergunta sobre a disponibilidade de equipamentos de proteção individual no seu ambiente de trabalho, uma pergunta sobre a existência de vínculo de trabalho externo e uma pergunta sobre o atendimento direto à pacientes com COVID-19. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco a sua saúde. No entanto, as perguntas pessoais a serem respondidas podem gerar algum desconforto.

Apenas pesquisadores que não estão envolvidos com programas de residência participam desse contato inicial, assim como da coleta de dados e de comunicações posteriores com você. Nenhum superior hierárquico terá acesso a informações sobre sua participação ou não nessa pesquisa. O sigilo das informações é assegurado. Todos os dados que permitem a sua identificação serão removidos para a análise dos dados e divulgação dos resultados.

Espera-se com esta pesquisa entender a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais e de síndrome do esgotamento profissional (burnout), assim como determinar os fatores de risco (preditores) de síndrome de burnout durante a pandemia COVID-19 no Brasil, entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional

Quando os escores dos questionários indicarem transtornos mentais potencialmente graves de depressão, ansiedade ou outros distúrbios mentais, você será comunicado dos resultados e recomendado a procurar tratamento especializado em serviços de saúde mental na área de psiquiatria e psicologia.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61 (98343-6834 ou 99298-4464) ou pelo e-mail saude.residentes@ebserh.gov.br.

A equipe de pesquisa poderá publicar os dados posteriormente na comunidade científica, sem que haja qualquer identificação do participante.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina (CEP/FM) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1918 ou do e-mail cepfm@unb.br, horário de atendimento de 08:30hs às 12:30hs e de 14:30hs às 16:00hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FM está localizado na Faculdade de Saúde/Faculdade de Medicina no 2º andar do prédio, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Este documento foi elaborado de forma eletrônica, onde a via do participante será enviada via e-mail, após aceite de participação na pesquisa.

Brasília DF, ____ de ____ de ____.

Assinatura do/da participante

Assinatura do pesquisador



Saúde Mental e Síndrome do Esgotamento Profissional - Última fase da pesquisa (Copiar)

Olá, Residente!

Você participou da primeira fase da nossa pesquisa há 3 meses! Seguimos para última fase de produção do maior estudo sobre Saúde Mental entre residentes já realizado no Brasil. Chegou à etapa final!

Com a sua ajuda, iremos saber como a realidade se modificou nesse período tão difícil e identificar os principais determinantes associados a esgotamento profissional (burnout) e transtornos psíquicos e emocionais.

Conclua agora sua participação e nos ajude a finalizar o estudo FORCE FELLOW!
Sua resposta é muito importante!

* Obrigatória

Identificação

1. E-mail *

2. Telefone celular (com DDD) *

3/2022
3/2022-XXXX

3. Data de Nascimento *



Formato: D/m/yyyy

4. Sexo *

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Prefiro não informar

5. Por favor, descreva suas experiências no trabalho nos últimos 30 dias. Essas experiências podem ter sido influenciadas por diversos fatores pessoais e do ambiente e alteradas ao longo do tempo. *

Por favor, utilize a seguinte escala:

0 - Eu discordo totalmente

1- Eu discordo parcialmente

2 - Não concordo nem discordo

3 - Eu concordo parcialmente

4 - Eu concordo totalmente

Devido a problema (s) de saúde, foi muito mais difícil lidar com o estresse no meu trabalho



☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

Apesar de ter problema (s) de saúde, consegui terminar tarefas difíceis no meu trabalho



Devido a problema (s) de saúde, não pude ter prazer no trabalho



Eu me senti sem ânimo para terminar algumas tarefas no trabalho, devido a problema (s) de saúde



No trabalho consegui me concentrar nas minhas metas apesar de ter problema (s) de saúde



Apesar de ter problema (s) de saúde, tive energia para terminar todo o meu trabalho



Distanciamento e Exaustão

6. Distanciamento *

Instruções:

Por favor, leia cuidadosamente cada um dos itens abaixo e informe o número de 1, 2, 3, 4 ou 5 que melhor se aplica a você, conforme a legenda a seguir:

1 - Discordo totalmente

2 - Discordo

3 - Nem concordo, nem discordo

4 - Concordo

5 - Concordo Totalmente

Encontro com frequência assuntos novos e interessantes no meu trabalho



☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Cada vez mais falo de forma negativa do meu trabalho



Ultimamente tenho pensado menos no meu trabalho e faço as tarefas de forma quase mecânica



Considero que o meu trabalho é um desafio positivo



Com o passar do tempo, sinto-me desligado do meu trabalho



Às vezes, sinto-me farto das minhas tarefas no trabalho



Este é o único tipo de trabalho que me imagino a fazer



Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho



7. Exaustão *

Instruções:

Por favor, leia cuidadosamente cada um dos itens abaixo e informe o número de 1, 2, 3, 4 ou 5 que melhor se aplica a você, conforme a legenda a seguir:

1 - Discordo totalmente

2 - Discordo

3 - Nem concordo, nem discordo

4 - Concordo

5 - Concordo Totalmente

Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho



☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

○ 5

Depois do trabalho, preciso de mais tempo para relaxar e sentir-me melhor do que precisava antigamente



Consigo aguentar bem a pressão do meu trabalho



Durante o meu trabalho, muitas vezes sinto-me emocionalmente esgotado



Depois do trabalho, tenho energia suficiente para minhas atividades de lazer



Depois do trabalho sinto-me cansado e sem energia



De uma forma geral, consigo administrar bem a quantidade de trabalho que tenho



Quando trabalho, geralmente sinto-me com energia



Escala breve de depressão

8. PHQ - 9: VERSÃO TRADUZIDA E VALIDADA PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL.

Autores: Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral .

IS Santos, BF Tavares, TN Munhoz... - Cadernos de Saúde ..., 2013 - SciELO Public Health *

Instruções:

Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e circule o número apropriado 0, 1, 2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante as duas últimas semanas, conforme a indicação a seguir:

0 - Nenhum dia

1 - Menos de 1 semana

2 - Uma semana ou mais

3 - Quase todos os dias

Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?



☐ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?



Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que

de costume?



☐ 0

Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?



Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?



Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?



☐ 0

Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?



Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?



☐ 0

Nas últimas duas semanas, em qual proporção de tempo o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?



9. Nos últimos 3 meses, senti que precisava me afastar das atividades da residência por problemas de saúde, mas evitei em razão de minhas responsabilidades *

- ☐ 1 - Discordo totalmente
- ☐ 2 - Discordo parcialmente
- ☐ 3 - Não discordo, nem concordo
- ☐ 4 - Concordo parcialmente
- ☐ 5 - Concordo totalmente

10. Quantos dias de afastamento das atividades da residência no total, em razão de problemas de saúde, você teve nos últimos três meses? *

O número deve estar entre 0 ~ 99

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Saúde mental e síndrome do esgotamento profissional (burnout) entre pós-graduandos de residências médica e multiprofissionais em saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: estudo de coortes prospectivo

Pesquisador: Veronica Moreira Amado

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33493920.0.0000.5558

Instituição Proponente: EMPRESA BRASILEIRA DE SERVICOS HOSPITALARES - EBSEH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.242.601

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa prospectivo, do tipo coorte, com estudantes de pós-graduação em residência médica e multiprofissional que estejam trabalhando na resposta à Covid-19. Os indivíduos recrutados serão entrevistados duas vezes: uma entrevista basal e outra 12 semanas depois. No contato inicial, serão aplicados seis questionários validados para avaliação de depressão, ansiedade, estresse e resiliência (coping). De acordo com as respostas a estes questionários, os participantes serão divididos nos grupos "exposição" e "controle". No contato final, será avaliada a incidência de burnout, que será correlacionada com fatores preditores obtidos no contato inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa não são alterados pela emenda sugerida pelos pesquisadores. Segundo eles, o objetivo da pesquisa é "Avaliar entre pós-graduandos de residência médica e multiprofissional em saúde a prevalência de sintomas indicativos de transtornos mentais e de síndrome do esgotamento profissional (burnout), assim como determinar os fatores de risco (preditores) de síndrome de burnout durante a pandemia COVID-19 no Brasil."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente emenda não altera a avaliação de riscos e benefícios deste projeto. Segundo os pesquisadores: "os principais riscos que se vislumbra aos participantes é o eventual desconforto

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.242.601

diante das perguntas de cunho pessoal que farão parte da entrevista clínica inicial, para aplicação dos instrumentos (formulários) da pesquisa. Adicionalmente, há a preocupação com a possibilidade do impacto da relação hierárquica entre membros da equipe de pesquisa (preceptores) e participantes (residentes), que deve ser evitado. Dessa forma, apenas pesquisadores que não têm relação com programas de residência participarão da coleta de dados e demais contatos com os participantes. Todas as informações que permitam a identificação individual do participante serão removidas antes de serem repassadas aos demais pesquisadores. Quando os escores dos questionários indicarem transtornos mentais potencialmente graves de depressão, ansiedade ou outros distúrbios mentais, o participante será comunicado dos resultados e recomendado a procurar tratamento especializado em serviços de saúde mental na área de psiquiatria e psicologia."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo observacional previamente aprovado pelo CEP-FM. Os pesquisadores propõe uma emenda com a seguinte justificativa:

"Comunicamos uma pequena mudança no protocolo de pesquisa CAEE nº 33493920.0.0000.5558. Serão incluídos os residentes de todos os programas regulares do país, e não somente os inscritos nos programas dos Hospitais Universitários Federais da EBSEH. O perfil do participante permanecerá o mesmo. Observamos que assim que a pesquisa foi iniciada, houve uma demanda informal de vários outros serviços, incluindo a própria Comissão Nacional de Residência Médica. A ideia é aprimorar a qualidade da pesquisa, estendendo o número de participantes e serviços, o que aumentará também os benefícios esperados do estudo. Ressaltamos que essa ampliação da população estudada não implica em qualquer mudança nos aspectos éticos e metodológicos do estudo."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os únicos documentos adicionados ao processo são uma carta justificando a emenda e uma nova versão do documento de informações básicas. O documento de informações básicas ainda fala em realização do projeto "nos hospitais e unidades ambulatoriais da rede EBSEH" em dois momentos distintos do documento.

Recomendações:

Recomendo aos pesquisadores que chequem os documentos do projeto para deixar claro que o projeto não será realizado somente nos hospitais da EBSEH.

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.242.601

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A mudança proposta nesta emenda não traz impactos éticos além daqueles já apreciados anteriormente pelo CEP. Por este motivo o parecer é pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda apreciada na Reunião Ordinária do CEP-FM-UnB-08/2020. Após apresentação do parecer do (a) Relator (a), aberta a discussão para os membros do Colegiado. a emenda foi Aprovada.

De acordo com a Resolução 466/2012-CONEP/CNS, itens X.1. - 3.b. e XI. -2.d, este Comitê chama a atenção da obrigatoriedade de envio do relatório parcial semestral e final do projeto de pesquisa para o CEP -FM, através de Notificações submetidas pela Plataforma Brasil, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1605754_E1.pdf	04/08/2020 09:32:55		Aceito
Outros	EmendaCEP.pdf	04/08/2020 09:32:28	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FINAL.pdf	30/06/2020 07:39:31	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	Carta_de_Respostas_as_PendenciasN.pdf	29/06/2020 16:50:39	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	RESMO_ESTRUTURADO.pdf	29/06/2020 16:30:46	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	LATTES_Veronica.pdf	29/06/2020 16:25:40	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Force_Fellow_VERSAO_FINAL.docx	29/06/2020 16:19:33	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/06/2020 16:17:45	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	CURRICULO_TODOS.pdf	28/06/2020 18:42:13	REBECA DA NOBREGA LUCENA	Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.242.601

Outros	CURRICULO_TODOS.pdf	28/06/2020 18:42:13	PINHO	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade.pdf	10/06/2020 16:06:04	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	termo_Sigilo.pdf	10/06/2020 16:01:49	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento.pdf	10/06/2020 16:00:07	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Declaração de concordância	Concordancia_institucional.pdf	10/06/2020 12:04:46	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Orçamento	Planilha_de_Orcamento.pdf	10/06/2020 11:59:59	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	10/06/2020 10:49:05	REBECA DA NOBREGA LUCENA PINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Agosto de 2020

**Assinado por:
Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
(Coordenador(a))**

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br