

Preditores do retorno sustentado ao trabalho após afastamento por transtornos mentais

Predictors of sustained return to work after sick leave due to mental disorders

Bruna Roberta Muntanelli¹ , João Silvestre Silva-Junior¹ 

RESUMO | O transtorno mental é uma disfunção cerebral que prejudica o desempenho profissional, sendo associado a longos períodos de afastamento e maior probabilidade de recaída. O retorno sustentado ao trabalho é o retorno às atividades laborais, originais ou modificadas, por um mínimo de 1 mês, sem novos afastamentos, estando associado à melhora dos desfechos em saúde do trabalhador e à mitigação dos impactos socioeconômicos decorrentes da ausência. Este estudo visou identificar os preditores do retorno sustentado ao trabalho após afastamento por transtornos mentais, por meio de revisão bibliográfica nas bases de dados MEDLINE/PubMed, Scopus e SciELO, com artigos publicados até julho de 2023. Foram incluídos estudos quantitativos que definiram claramente o retorno sustentado ao trabalho e envolveram trabalhadores afastados por transtornos mentais. Os preditores foram classificados nas dimensões sociodemográficas, clínicas, psicossociais e ocupacionais. Preditores positivos para o retorno sustentado ao trabalho incluíram expectativas favoráveis sobre o afastamento, autoeficácia, suporte do supervisor, notificações sobre afastamentos prolongados e afastamentos parciais. Preditores negativos foram maior número de episódios de transtornos mentais, idade avançada, persistência de sintomas, pressão no trabalho, acompanhamento psiquiátrico/psicológico, uso de medicação, tempo prolongado de afastamento, vínculo com pequenas empresas e atuação em certos setores, além de alta escolaridade. O sexo feminino foi um preditor dúbio, com resultados inconsistentes. Conclui-se que o retorno sustentado ao trabalho é multifatorial, dependendo da interação entre fatores individuais e contextuais, exigindo colaboração entre os envolvidos na reintegração do trabalhador.

Palavras-chave | retorno ao trabalho; revisão; transtornos mentais.

ABSTRACT | Mental disorders are brain dysfunctions that impair occupational performance and are associated with prolonged absences from work and a higher likelihood of relapse. Sustained return to work refers to resuming either original or modified job duties for at least 1 month without recurrent sick leave. This outcome is linked to improved health indicators among workers and reduced socioeconomic burdens resulting from prolonged absences. This study aimed to identify predictors of sustained return to work following sick leave due to mental disorders, based on a literature review conducted in the MEDLINE/PubMed, Scopus, and SciELO databases, including articles published up to July 2023. Quantitative studies were included if they clearly defined sustained return to work and involved workers on leave due to mental disorders. Predictors were categorized into sociodemographic, clinical, psychosocial, and occupational domains. Positive predictors of sustained return to work included favorable expectations regarding the sick leave, self-efficacy, supervisor support, notification systems for prolonged absences, and partial sick leave arrangements. Negative predictors included a greater number of mental disorder episodes, older age, persistent symptoms, job strain, psychiatric/psychological follow-up, medication use, extended duration of leave, employment in small enterprises or specific sectors, and higher educational attainment. Female sex emerged as an inconsistent predictor, with mixed findings. In conclusion, sustained return to work is influenced by multiple factors and results from the interaction between individual and contextual elements. Therefore, collaboration among all stakeholders is essential for successful worker reintegration.

Keywords | return to work; review; mental disorders.

¹ Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma

Conflitos de interesse: Nenhum

Como citar: Muntanelli BR, Silva-Junior JS. Predictors of sustained return to work after sick leave due to mental disorders. Rev Bras Med Trab. 2025;23(2):e20251360. <http://doi.org/10.47626/1679-4435-2025-1360>

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são distúrbios que afetam a cognição, a emoção e o controle comportamental, levando ao comprometimento significativo das habilidades pessoais e profissionais, bem como ao prejuízo nas relações sociais¹. Em 2019, uma em cada oito pessoas ao redor do mundo foi diagnosticada com transtornos ansiosos ou depressão maior, estimando-se uma perda de 12 bilhões de dias de trabalho por incapacidade e 1 trilhão de dólares em perda de produtividade².

No Brasil, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é responsável pelo pagamento de benefícios aos segurados que se encontram temporariamente incapacitados para o exercício de suas atividades laborais, em decorrência de doença, por um período maior do que 15 dias. De acordo com os dados divulgados no Anuário Estatístico da Previdência Social³, as doenças que acometem a saúde mental foram a terceira maior causa de afastamento por incapacidade temporária laboral em 2021, correspondendo a 9% do total de concessão de benefícios previdenciários e a 10% dos custos com benefícios.

Os transtornos mentais levam a períodos mais longos de afastamento do trabalho em relação a outras doenças⁴, sendo que a probabilidade de retorno ao trabalho diminui progressivamente quanto maior for o tempo de afastamento⁵. A recorrência do transtorno mental incapacitante é comum, podendo atingir de 20 a 30% dos trabalhadores que retornam ao trabalho em um período de 10 anos⁶. Essa recaída usualmente é mais grave e leva a afastamentos mais longos em relação ao episódio inicial⁷. Tempo prolongado de ausência ao trabalho onera o empregador, aumenta os gastos com benefícios previdenciários e prejudica a reintegração do trabalhador às suas atividades laborais e ao convívio em sociedade⁸.

O retorno ao trabalho constitui o passo seguinte ao término do período de afastamento, sendo uma etapa fundamental no processo de reintegração do trabalhador às suas atividades. Sendo assim, é necessário compreender os fatores que favorecem a permanência dos trabalhadores em suas atividades, assim como aqueles que reduzem a probabilidade de recaídas. Na literatura, não há consenso sobre a definição de retorno sustentado

ao trabalho (RST). Na maior parte dos estudos^{6,9,10}, o RST é definido como o período de 4 semanas consecutivas sem novos afastamentos por doença. Esse período seria considerado longo o suficiente para sugerir uma funcionalidade duradoura para o trabalho. Corbière et al.¹¹ indicam que a sustentabilidade do retorno ao trabalho deve ser medida 3 meses após o retorno. Arends et al.¹² utilizaram avaliações sucessivas aos 3, 6 e 12 meses da data de retorno. Lammerts et al.¹³ sugerem que o desfecho deve ser avaliado após 2 anos de estabilidade no trabalho.

Alguns estudos consideram que o trabalhador deve retornar com a mesma carga horária que tinha previamente ao afastamento^{14,15}, enquanto outros consideram que esse retorno pode ser parcial^{11,16}.

Apesar das divergências na definição, sabe-se que o processo de RST é resultado de uma combinação complexa de fatores individuais, comportamentais e ambientais^{17,18}. A interação do trabalhador com o seu local de trabalho pode representar um importante papel na reabilitação e na reintegração desse profissional^{17,19}. Um estudo prévio mostra que o suporte dos supervisores e uma adequada comunicação entre os pares são fundamentais para o RST, especialmente nos casos de transtornos mentais²⁰. O RST leva a melhores desfechos em saúde para o trabalhador, reduz o risco de novos afastamentos e de incapacidade permanente, além de minimizar os impactos sociais e econômicos gerados pela ausência⁸.

Apesar do reconhecimento dos impactos gerados pelo afastamento do trabalho devido a transtornos mentais e da importância do RST, os seus fatores preditores ainda permanecem pouco conhecidos. Esses fatores podem direcionar estratégias que visem à reintegração do trabalhador ao local de trabalho de forma duradoura. O objetivo desta revisão é identificar os principais preditores sociodemográficos, clínicos, psicossociais e ocupacionais relacionados ao RST após afastamento por transtornos mentais.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos originais publicados até 31 de julho de 2023, nas bases de

dados MEDLINE/PubMed, Scopus e SciELO, utilizando como estratégia a junção de palavras-chave e operadores booleanos: (((sustainable OR sustained) AND return to work) AND mental).

Os critérios para a inclusão no estudo foram: participantes deveriam ser trabalhadores afastados das atividades laborais por transtorno mental, RST bem caracterizado como ausência de novos afastamentos em período inferior a 1 mês (28 ou 30 dias) após o retorno, incluindo retornos às atividades laborais habituais ou modificadas (adaptadas), em tempo integral ou parcial. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, estudos qualitativos e desfechos que não respondiam ao objetivo do estudo.

Não houve limitação em relação à temporalidade na busca dos artigos, nem em relação ao sexo, idade, nacionalidade ou características socioculturais dos participantes. Todos os estudos relevantes prévios à data da pesquisa foram incluídos. Os estudos encontrados foram selecionados de acordo com o modelo de fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)²¹.

Foram extraídos dos artigos analisados os resultados de inferência estatística quantitativa entre o desfecho e as variáveis explicativas. As informações gerais dos estudos selecionados estão apresentadas na Tabela 1, abrangendo os seguintes dados: autor, ano de publicação, país de origem, desenho do estudo, tempo de seguimento, número de participantes, média de idade e distribuição de sexo. Em um segundo momento, foram compiladas as principais informações de cada estudo incluído nesta revisão. Esses dados foram organizados de forma a incluir: autor, população investigada, desfecho de interesse, definição e incidência de RST, e os preditores positivos, negativos e dúbios do RST, conforme apresentado na Tabela 2. Os preditores de RST foram classificados em: positivos, quando foi alcançado o RST; negativos, quando não houve êxito; e dúbios, quando os resultados encontrados foram inconsistentes.

Por fim, os preditores identificados foram categorizados conforme diferentes dimensões, incluindo aspectos sociodemográficos, clínicos, psicossociais e ocupacionais, conforme detalhado na Tabela 3. Os preditores foram considerados

estatisticamente significativos quando o valor de *p* foi menor que 0,05, com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Um total de 73 estudos foi identificado nas bases de dados, dos quais 18 foram excluídos por serem duplicatas. Após avaliação de títulos e resumos, 41 foram excluídos pelos seguintes motivos: não incluíam trabalhadores afastados por transtornos mentais (*n* = 12), revisão de literatura (*n* = 2), estudos qualitativos (*n* = 9), protocolos de pesquisa (*n* = 11), resumo sem texto completo (*n* = 1), não apresentava RST como desfecho (*n* = 6). Dos 14 estudos elegíveis para leitura na íntegra, seis foram excluídos por apresentarem definição de RST diferente da requerida no estudo. Após avaliação do texto completo, oito estudos foram incluídos nesta revisão. A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos de acordo com o modelo PRISMA.

Todos os oito estudos selecionados foram realizados em países desenvolvidos do ponto de vista socioeconômico, sendo três na Finlândia, três na Austrália, um na Noruega e um no Japão. O desenho de estudo dos artigos elegíveis foi coorte, sendo seis prospectivas e duas retrospectivas, com tempo de seguimento variando entre 2 meses e 6 anos. O tamanho da população variou de 168 a 103.215 participantes, sendo que as maiores populações foram encontradas nas coortes retrospectivas. Ao todo, sete dos oito estudos incluíram trabalhadores cujos dados do afastamento das atividades laborais foram obtidos do sistema previdenciário. Em um deles, apenas trabalhadores do setor público foram selecionados. Por fim, um estudo incluiu apenas trabalhadores da indústria automobilística, e as informações sobre os afastamentos foram obtidas da própria empresa ou por meio dos prontuários médicos dos pacientes.

Todos os estudos representaram trabalhadores de ambos os sexos em diferentes proporções, sendo que a proporção de indivíduos do sexo feminino foi superior a 75% (75,7-81,0) em três estudos. Em um estudo, a proporção de homens foi de 91,5%. Apenas um estudo incluiu trabalhadores afastados exclusivamente por transtornos mentais.

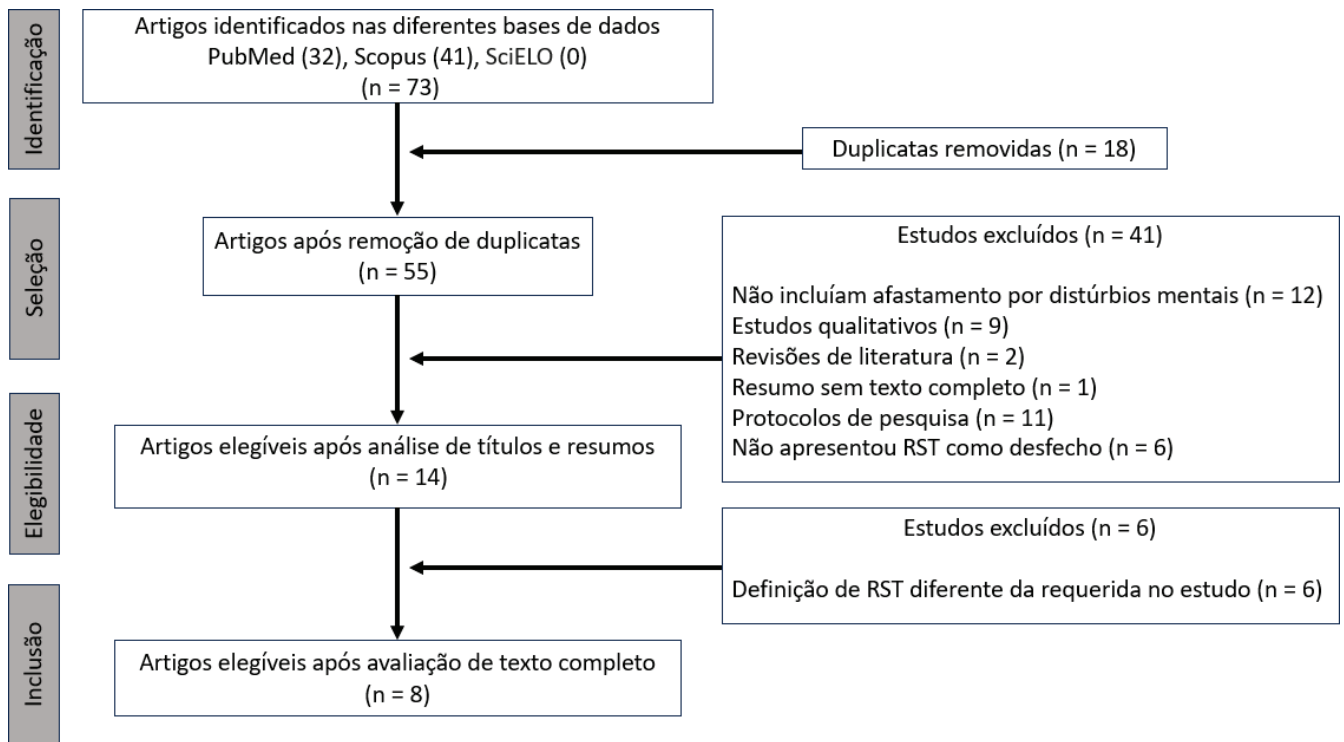


Figura 1. Processo de seleção dos artigos de acordo com o modelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). RST = retorno sustentado ao trabalho.

Tabela 1. Dados gerais dos estudos incluídos na revisão sobre retorno sustentado ao trabalho após afastamento por transtornos mentais

Autor	Data	País	Desenho do estudo	Tempo	Participantes (n)	Idade (média)	Sexo (%) (M/F)
Mishima et al. ²²	2020	Japão	Coorte prospectiva	3 anos	234	37,0 (G)	91,5/8,5
Aasdahl et al. ¹⁸	2019	Noruega	Coorte prospectiva	9 meses	168	47,0 (G)	19,0 /81,0
Black et al. ²³	2019	Austrália	Coorte prospectiva	12 meses	410	45,1 (G)	44,3/55,7
Jetha et al. ²⁴	2018	Austrália	Coorte prospectiva	6 meses	551	-	48,2/51,9
Halonen et al. ²⁵	2018	Finlândia	Coorte retrospectiva	2 meses	50.426 (coorte 1) 52.789 (coorte 2)	-	42,7/57,3 (coorte 1) 41,9/58,1 (coorte 2)
Kausto et al. ²⁶	2017	Finlândia	Coorte prospectiva	6 anos	123.506	43,1 (M)/42,7 (F)	24,3/75,7
Viikari-Juntura et al. ¹⁰	2017	Finlândia	Coorte prospectiva	2 anos	3.756 (caso) 1.878 (controle)	Caso: 44,6 (M)/45,6 (F) Controle: 45,9 (M)/46,9 (F)	22,9/77,1 (caso) 22,3/77,2 (controle)
Prang et al. ²⁷	2016	Austrália	Coorte retrospectiva	2 anos	8.358	44,0 (G)	44,0 /56,0

F = feminino; G = geral; M = masculino.

Tabela 2. Principais informações de cada estudo presente na revisão: autor, população, desfecho de interesse, definição e incidência de RST e preditores positivos e negativos do RST após afastamento por transtornos mentais

Autor	População	Desfecho avaliado	RST		Preditores	
			Definição	Incidência	Positivos	Negativos
Mishima et al. ²²	Trabalhadores de indústria automobilística japonesa afastados por pelo menos 30 dias devido a transtorno mental	Relação entre número de episódios prévios de transtornos mentais e RST	Retorno às atividades laborais sem novos afastamentos por doença por, pelo menos, 30 dias	23-86% em 36 meses	-	Maior número de episódios de transtornos mentais
Aasdahl et al. ²⁸	Trabalhadores afastados das atividades laborais por 2-12 meses devido a transtornos mentais, musculoesqueléticos ou gerais/inespecíficos	Expectativa sobre tempo de afastamento e RST	1 mês sem receber benefício por doença após o retorno.	41% em 9 meses	Expectativas positivas sobre duração do afastamento	-
Black et al. ²³	Trabalhadores afastados das atividades laborais por 4-6 meses devido a transtornos mentais ou musculoesqueléticos	Relação entre autoeficácia de retorno ao trabalho e RST	Retorno às atividades laborais habituais ou modificadas sem novos afastamentos por, pelo menos, 28 dias	379% em 6 meses e 21,5% em 12 meses	Autoeficácia de retorno ao trabalho nos processos iniciais de recuperação	-
Jetha et al. ²⁴	Trabalhadores afastados recrutados em média de 3-4 meses após injúrias psicológicas/mentais ou musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho	Impacto social do ambiente laboral e RST	Retorno às atividades laborais habituais ou modificadas sem novos afastamentos por, pelo menos, 28 dias	59% no <i>baseline</i> e 70% após 6 meses	Reação positiva do supervisor frente ao trabalhador doente	-
Halonen et al. ²⁵	Trabalhadores afastados das atividades laborais por > 30 dias devido a transtornos variados (musculoesquelético, mental, trauma, cardiovascular, neurológico, câncer, outros)	Impacto da notificação compulsória oficial de afastamentos prolongados (> 30 dias) e RST	Retorno às atividades laborais em tempo integral por, no mínimo, 28 dias consecutivos	-	Notificação oficial sobre afastamentos prolongados (> 30 dias)	-
Kausto et al. ²⁶	Trabalhadores do setor público acompanhados em relação ao desenvolvimento de depressão, transtornos ansiosos e distúrbios osteomusculares e posterior RST	Avaliar associação entre a duração do afastamento do trabalho e RST e os preditores do RST	Retorno às atividades laborais sem novos afastamentos por doença por, pelo menos, 30 dias	80% (depressão) e 93% (distúrbios ansiosos)	Mulheres no caso de depressão maior	Maior idade, persistência de problemas de saúde em ambos os sexos e presença de comorbidades em mulheres
Vilkari-Juntura et al. ¹⁰	Trabalhadores afastados integralmente ou parcialmente devido a distúrbio mental ou musculoesquelético	Avaliar a efetividade do uso do afastamento laboral parcial e RST	Retorno as tarefas laborais regulares em tempo total ou parcial por, no mínimo, 28 dias consecutivos	77,5%	Afastamento parcial	-
Prang et al. ²⁷	Trabalhadores afastados do trabalho por, pelo menos, 10 dias devido a transtorno mental (doença relacionada ao estresse, transtorno de estresse pós-traumático, ou transtorno mental)	Avaliar preditores de RST em trabalhadores afastados por transtorno mental	Retorno total às atividades laborais realizadas previamente à injúria, sem novos afastamentos/benefícios por, pelo menos, 30 dias	93,9% em 2 anos	-	Mulher, maior idade, bullying/assédio ou pressão como mecanismo de desenvolvimento da doença, acompanhamento com psiquiatria/ psicologia, uso de medicação prescrita, maior número de episódios prévios, maior tempo de afastamento, trabalhar em pequenas empresas e em certos setores (manufatura, comércio, telecomunicações, serviços públicos, educação, área financeira), alto nível de habilidades (escolaridade)

RST = retorno sustentado ao trabalho.

Tabela 3. Preditores para o RST conforme significância estatística categorizados em domínio e resultado

Preditores	Positivos	Negativos	Dúbios
Sociodemográficos		Alta capacitação (alta escolaridade ou > 5 anos de treinamento) (1)	Sexo (2)
Clínicos		Número de episódios (2) Comorbidades (1) Seguimento com psiquiatra/psicólogo (1) Medicamentos (1) Depressão (1) Persistência de problemas de saúde (1)	
Psicossociais	Expectativa positiva de retorno ao trabalho (1) Autoeficácia (1)		
Ocupacionais	Apoio do supervisor (1) Afastamento parcial (1) Notificação sobre afastamentos prolongados (1)	Duração do afastamento (1) Bullying/assédio ou pressão no trabalho como mecanismo de desenvolvimento da doença (1) Trabalhar em pequenas empresas (1) Trabalhadores de setores: manufatura, comércio, telecomunicações, administração ou segurança pública, educação, área financeira (1)	

DISCUSSÃO

Mishima et al.²² avaliaram se o número de episódios prévios de ausência no trabalho devido a transtornos mentais se relaciona com o RST. O estudo consistiu em uma coorte de 234 trabalhadores de uma indústria automobilística japonesa, afastados por pelo menos 30 dias devido a transtorno mental. Os critérios de elegibilidade foram idade entre 18-60 anos, empregado e ter diagnóstico de transtorno mental feito por psiquiatra. Os trabalhadores foram alocados em três grupos de acordo com o número de episódios prévios de transtornos mentais: um episódio (grupo 1), dois (grupo 2), três ou mais (grupo 3), sendo acompanhados por um período de 3 anos. O desfecho avaliado foi a taxa de RST nos três grupos em 6, 12, 18, 24, 30 e 36 meses. O RST foi definido como o retorno às atividades laborais sem novos afastamentos por doença por, pelo menos, 30 dias. O resultado do estudo indica que a taxa de RST foi significativamente maior no grupo 1 em comparação ao grupo 3 em todo o período estudado. Esse resultado sugere que repetidos episódios de ausência devido a transtornos mentais predizem um pior prognóstico para o RST.

Aasdahl et al.¹⁸ realizaram uma coorte prospectiva, com 9 meses de seguimento, de 168 trabalhadores randomizados em dois protocolos de terapia de reabilitação (*Acceptance and Commitment Therapy* [ACT]). A população elegível era de trabalhadores com idades entre 18-60 anos, afastados do trabalho por transtornos

mentais ou distúrbios musculoesqueléticos, com redução da jornada em pelo menos 50% por um período de 2 a 12 meses. Os dados dos trabalhadores afastados foram obtidos a partir do sistema nacional de seguridade social norueguês. O objetivo do estudo foi avaliar se a expectativa dos participantes sobre a duração do afastamento mudou durante a reabilitação ocupacional, e se essa mudança estava associada com o RST. Os dados foram coletados por meio de questionários realizados no começo e no final do programa de reabilitação. O RST foi definido como trabalhar por pelo menos 1 mês sem receber benefícios médicos. A análise dos dados foi ajustada por idade, gênero e escolaridade, programa de reabilitação, duração do afastamento, avaliação subjetiva da saúde e *status* de emprego. O RST foi alcançado por 41% dos participantes. O resultado do estudo indica que participantes com expectativas consistentemente positivas sobre a duração do afastamento do trabalho tinham probabilidade mais alta de RST, sugerindo que expectativas sobre a duração do afastamento constituem um forte preditor para RST.

Black et al.²³ realizaram uma coorte prospectiva, com 12 meses de seguimento, de 410 trabalhadores afastados devido a transtornos mentais ou musculoesqueléticos. Os dados dos trabalhadores afastados foram obtidos a partir do sistema de regulação de saúde e segurança do estado de Vitória, na Austrália (WorkSafe Victoria). A população elegível era de trabalhadores que sofreram agravo mental ou musculoesquelético e estavam afastados de sua jornada de trabalho em T1 (4-6 meses após o

agravo) ou T2 (10-12 meses após a injúria). O objetivo do estudo foi avaliar a relação entre autoeficácia para retorno ao trabalho e o RST, além de como essa relação variou ao longo de 12 meses. Os dados foram coletados por meio de questionário em três momentos: 4-6 meses (T1), 10-12 meses (T2) e 16-18 meses (T3) após o agravo. O desfecho avaliado foi RST aos 6 e 12 meses após T1. O RST foi definido como retornar ao mesmo tipo de atividade prévia ao afastamento ou a atividades modificadas/adaptadas por, pelo menos, 28 dias. A análise dos dados foi ajustada por idade, gênero, tipo de agravo, tempo de doença, *status* de trabalho prévio, autonomia no trabalho e interação com o coordenador do retorno ao trabalho. A autoeficácia para retorno ao trabalho teve uma associação positiva com o RST em T2, ou seja, de 10 a 12 meses após o agravo, mas não em T3. Esse resultado sugere que a autoeficácia é um preditor positivo para o RST nos estágios iniciais da doença.

Jetha et al.²⁴ realizaram uma coorte prospectiva de 6 meses com 551 trabalhadores com idades acima de 18 anos, afastados por quadros psicológicos/mentais ou musculoesqueléticos relacionados ao trabalho. Os dados dos trabalhadores afastados também foram obtidos do sistema WorkSafe Victoria. O objetivo do estudo foi examinar o impacto social do ambiente laboral no RST. A amostra de trabalhadores afastados foi recrutada ao longo do período de 1 ano, assim que a solicitação do benefício era aceita. Após a etapa de recrutamento, os participantes foram entrevistados (momento 1) e, 6 meses depois, contatados para uma subsequente entrevista (momento 2). O suporte social e a reação à injúria foram avaliados no momento 1 e após 6 meses, conforme duas dimensões: (1) suporte social dos colegas de trabalho e do supervisor; (2) reação dos colegas de trabalho e do supervisor frente à doença. O RST foi avaliado no momento 1 e após 6 meses. As covariáveis avaliadas foram dados demográficos, características da injúria e fatores do contexto laboral no momento da injúria. O RST foi definido como a permanência no trabalho, sem novos afastamentos, por, pelo menos, 28 dias após o retorno, na mesma atividade anterior ou modificada. No momento 1, 59% dos participantes relataram RST, e 70% relataram RST no momento 2. A análise final mostrou que a reação positiva do supervisor frente a um trabalhador doente está associada com o

RST nos momentos 1 e 2, indicando o importante papel do supervisor na facilitação do RST.

Halonen et al.²⁵ avaliaram se a proporção de trabalhadores que alcançaram o RST mudou após alteração da legislação da Finlândia, em 2012, que passou a obrigar os empregadores a notificarem ao serviço de saúde ocupacional os afastamentos por doença prolongados (> 30 dias). O estudo consistiu em duas coortes de aproximadamente 50.000 trabalhadores em cada, com duração de 2 meses. Foram incluídos 70% dos trabalhadores em idade ativa (18-60 anos), habitantes na Finlândia em 2010 (pré-intervenção) e 2013 (pós-intervenção), afastados das atividades laborais devido a variadas doenças (13,9% eram transtornos mentais) por mais de 30 dias. O desfecho avaliado foi a média de tempo até o RST ao final de 2 meses. O RST foi definido como o retorno às atividades laborais em tempo integral por, no mínimo, 28 dias consecutivos. A análise do resultado foi estratificada de acordo com as variáveis sexo, grupo etário, setor de trabalho (público/privado), diagnóstico (musculoesquelético, mental, trauma, cardiovascular, neurológico, câncer, outros) e taxa de desemprego (alta/baixa). Os resultados indicaram que o RST foi 5% maior no pós-intervenção para casos de afastamento por transtornos mentais.

Kausto et al.²⁶ realizaram um estudo de coorte com 123.506 trabalhadores do setor público da Finlândia, os acompanhando por um período de 6 anos. A população elegível trabalhava em 10 municípios e seis distritos hospitalares. O objetivo foi investigar a associação entre a duração do afastamento do trabalho e o RST, além dos preditores do RST na depressão, distúrbios ansiosos e distúrbios osteomusculares entre trabalhadores que desenvolveram algum desses no período avaliado. O RST foi definido como fim do período de afastamento não seguido por novos afastamentos por doença em 30 dias. As principais variáveis analisadas foram: idade, gênero, grupo ocupacional, região do país, persistência de problemas de saúde, comorbidades, compra de antidepressivos ou hospitalização por transtorno mental. Dos trabalhadores afastados no período devido a depressão, 80% alcançaram o RST. Para distúrbios de ansiedade, o valor foi de 93%. Na depressão, a média de tempo até o RST variou de 33-57 dias entre os homens e 31-40 dias entre as mulheres, dependendo do grupo de idade. Uma idade mais alta

(> 46 anos) está associada a maior tempo até o RST. A persistência de problemas de saúde em ambos os sexos e de comorbidades em mulheres também estiveram associadas com maior tempo até o RST. Nos distúrbios ansiosos, a média de tempo até o RST variou de 22-27 dias entre os homens, dependendo do grupo etário. Entre os homens, maior idade e persistência de problemas de saúde estiveram associadas com maior tempo até o RST. Em mulheres, o fator correspondente foi persistência de problemas de saúde.

Viikari-Juntura et al.¹⁰ realizaram um estudo de coorte com 3.756 trabalhadores, com idades de 20-64 anos, afastados devido a distúrbio mental ou musculoesquelético. O critério de elegibilidade era o trabalhador estar afastado por tempo parcial (caso) ou integral (controle). Desde 2007, na Finlândia, é possível que o trabalhador retorne às suas atividades laborais de forma parcial, ou seja, realizando de 40 a 60% de sua carga horária habitual, após afastamento total das atividades laborais por 60 dias em razão de doença. O objetivo do estudo foi avaliar a efetividade do afastamento laboral parcial nos estágios iniciais da incapacidade, visando alcançar o RST. O desfecho primário avaliado foi RST, definido como retorno às tarefas regulares em tempo total ou parcial por, no mínimo, 28 dias consecutivos. O resultado indica que 77,5% da população do estudo mostrou RST durante o seguimento, sendo que houve uma maior proporção de RST entre os trabalhadores afastados parcialmente. Essa diferença foi vista em ambos os gêneros, em todas as idades e nos casos de afastamento por distúrbios mentais.

Prang et al.²⁷ realizaram um estudo de coorte retrospectiva, com duração de 2 anos, com 8.358 trabalhadores afastados do trabalho por, no mínimo, 10 dias devido a transtorno mental. Os trabalhadores incluídos tinham idades entre 15-70 anos. O desfecho primário de interesse foi o tempo até o primeiro RST, durante os 2 anos de seguimento. O RST foi definido como um retorno total às atividades laborais realizadas previamente ao afastamento, sem novos episódios por, pelo menos, 30 dias. No total, 93,9% dos trabalhadores alcançaram o RST. Entre os trabalhadores que não alcançaram o RST, a média de idade foi de 47 anos, sendo que 57,2% eram mulheres, 85,4% tinham transtorno mental relacionado ao estresse, 30,4% indicavam *bullying*/assédio, e 27% relatavam pressão no trabalho como mecanismo envolvido na doença. O

estudo encontrou evidências que sugerem que mulheres, indivíduos mais velhos, ser proveniente de pequenas empresas e de certos grupos de atividade (manufatura, comércio, telecomunicações, administração ou segurança pública, educação, área financeira), ocupações que requerem alta capacitação (alta escolaridade ou > 5 anos de treinamento), acompanhamento com psiquiatria ou psicologia, fazer uso de medicações prescritas, presença de episódios prévios e maior duração do afastamento estão associados com maior dificuldade em alcançar o RST.

Os dados científicos disponíveis sobre o tema RST após afastamentos por transtornos mentais são esparsos. Embora não tenha havido limitação quanto à temporalidade durante a realização do levantamento bibliográfico, o estudo mais antigo relacionado ao tema data de 2014. Isso indica que esse é um assunto que passou a ganhar relevância no cenário mundial apenas recentemente, em razão do aumento dos afastamentos por transtornos mentais, suas repercussões socioeconômicas e das projeções da OMS, que apontam os agravos à saúde mental como a principal causa de incapacidade global até 2030²⁹.

Em dois estudos^{22,27}, encontramos o número de episódios prévios de doença mental como um forte preditor negativo de RST. Mishima et al.²² mostraram que a incidência de RST após um episódio prévio foi de 86 e 57% em 6 e 36 meses, respectivamente. Já entre aqueles participantes que apresentaram três ou mais episódios previamente, os números foram de 63 e 26% para os mesmos períodos. Esses resultados sugerem que afastamentos repetidos por transtornos mentais indicam um pior prognóstico de RST, com aumento progressivo da probabilidade de recaída ao longo de 3 anos após o retorno. Em estudo prévio, Sado et al.³⁰ relataram que o número de episódios de afastamento por transtorno mental é preditor significativo de novos afastamentos, embora não tenha avaliado a sua relação com o RST. Considerando a possível relação entre o número de episódios e o RST, devem ser consideradas medidas para diagnóstico e tratamento precoces dos casos de transtorno mental, além de um seguimento adequado do trabalhador durante o seu processo de retorno às atividades, visando à prevenção de recaídas.

De acordo com Aasdahl et al.¹⁸, ter expectativas positivas sobre a duração do afastamento do trabalho é um

preditor positivo relevante para a obtenção do RST. Esse achado corrobora com os resultados de Black et al.²³, que indicam que a autoeficácia prediz positivamente o RST em trabalhadores. A autoeficácia refere-se à crença de um indivíduo em si mesmo e em sua capacidade de ser bem-sucedido em uma tarefa³¹. A associação entre a expectativa de retorno ao trabalho e desfechos relacionados ao trabalho parece ser um preditor mais forte do que as variáveis clínicas³². Criar mecanismos que auxiliem o trabalhador no fortalecimento de sua autoeficácia pode ser uma importante ferramenta de enfrentamento de desafios, contribuindo para melhorar a sua motivação e expectativa em relação à situação de adversidade vivenciada.

Jetha et al.²⁴ buscaram avaliar o impacto do ambiente social laboral no RST. Os resultados sugerem que a reação positiva do supervisor frente ao trabalhador doente é um importante preditor de RST. Nesse mesmo estudo, encontramos que o suporte dos colegas de trabalho e a sua reação frente à injúria não foram significativamente associados com o RST. Um estudo prévio³³ indica que o ambiente de trabalho, em especial a forma com que os supervisores se relacionam com o trabalhador, pode auxiliar ou dificultar o processo de retorno ao trabalho. O suporte do supervisor pode contribuir para um retorno precoce e sustentado. Prang et al.²⁷ encontraram que o ambiente de trabalho hostil, com a presença de *bullying*, assédio ou alta pressão, dificulta o RST. Esses achados reforçam a importância de que sejam criadas políticas organizacionais que promovam a otimização da comunicação entre trabalhador e supervisor como estratégia de facilitar a reintegração do trabalhador e o seu RST.

Ter uma idade maior apareceu como um preditor negativo para alcançar RST em dois estudos^{26,27}. Indivíduos mais velhos possuem maior probabilidade de apresentar cronificação da doença³⁴ e apresentar outras comorbidades associadas ao transtorno mental. A persistência de problemas de saúde prediz períodos mais longos até o RST nos casos de depressão em ambos os sexos²⁶.

Prang et al.²⁷ também encontraram outros preditores negativos com significância para RST: sexo feminino, acompanhamento com psiquiatria/psicologia ou uso de medicação prescrita, maior tempo de afastamento, trabalhar em pequenas empresas e em algumas atividades,

além de alta escolaridade. No estudo de Kausto et al.²⁶, ser mulher foi um preditor positivo para o RST nos casos de depressão, e elas apresentaram menor tempo até o RST. Ter acompanhamento com psiquiatra ou fazer uso de medicação pode indicar que a doença apresenta maior gravidade, com conseqüente maior dificuldade para se alcançar o RST. O mesmo ocorre com os casos que necessitam de mais tempo de afastamento. Cargos que exigem alta capacitação normalmente são associados com estresse devido ao aumento de responsabilidades e obrigações. Tais fatores podem representar um dificultador no processo do RST.

Nota-se que todos os estudos incluídos foram realizados em países desenvolvidos, onde, com maior frequência, encontramos políticas sociais e de saúde dirigidas aos trabalhadores, com foco na saúde mental e bem-estar. Em um estudo²⁵, foi avaliado o resultado da implantação da legislação em 2012, na Finlândia, que obriga o empregador a notificar ao sistema nacional de saúde e segurança ocupacional (Occupational Health and Safety [OHS]) sobre aqueles trabalhadores afastados por mais de 30 dias. Foi observado um resultado que indica um aumento na taxa de RST e redução do tempo até o RST após a legislação, sendo mais expressivo em mulheres e afastamentos por transtornos mentais. A importância desse estudo foi mostrar que a criação de políticas públicas que visem à comunicação entre empregador, trabalhador e órgãos nacionais reguladores pode constituir uma estratégia importante para o manejo de casos de afastamentos prolongados por transtornos mentais, os quais costumam necessitar de planejamento e coordenação no processo de retorno ao trabalho.

Seguindo a mesma linha, Viikari-Juntura et al.¹⁰ estudaram se a legislação introduzida na Finlândia, em 2007, que permite retorno às atividades laborais em tempo parcial (40-60% da jornada de trabalho prévia) após afastamento, modificou as taxas de RST quando comparado ao retorno integral. Houve uma maior proporção de RST naqueles que retornaram a jornadas parciais, sendo essa diferença mais importante em afastamentos por transtornos mentais. A diferença foi observada em todos os grupos etários, setores de trabalho (público x privado) e ocupações.

No Brasil, embora tenham sido obtidos avanços com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1943,

que regulamenta os direitos trabalhistas, e com a atuação do INSS, responsável por atender às necessidades sociais e previdenciárias dos trabalhadores, ainda não existe um programa estruturado de retorno ao trabalho. A Norma Regulamentadora número 7 (NR-7), instituída em 1978, é responsável pela regulamentação dos Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional, cujo principal objetivo é o de promover e preservar a saúde dos trabalhadores. Na NR-7, é citado que, no exame de retorno ao trabalho, a avaliação médica deve definir a necessidade de retorno gradativo ao trabalho.

Apesar disso, não há nenhum programa que viabilize esse processo gradual de retorno, o que dificulta a efetivação dentro das empresas. Na Noruega, por exemplo, o serviço de trabalho e previdência (Norwegian Labour and Welfare Administration [NAV]) desempenha um papel central no acompanhamento dos trabalhadores afastados por doença e na coordenação do retorno ao trabalho, realizando esforços e diálogos que envolvem o trabalhador doente, o empregador e o médico²⁸. Na Finlândia, além da possibilidade de retorno parcial, a complementação salarial dos trabalhadores que retornam em jornada reduzida é feita pela previdência social, o que serve como um incentivo às empresas para a reintegração do trabalhador.

Esse complexo processo de retorno não deve ficar exclusivamente a cargo do médico do trabalho responsável pelo exame de retorno. Ele deve contar com a efetiva participação dos empregadores, das lideranças e do governo, uma vez que envolve questões financeiras, organizacionais e repercussões que vão além do cuidado em saúde prestado pelos profissionais responsáveis pela segurança e saúde do trabalhador.

Em 2019, Etuknwa et al.¹⁹ realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de estudar os fatores pessoais e sociais que predizem o RST. De acordo com os resultados do estudo, as evidências mais consistentes de preditores para alcançar o RST nos afastamentos por transtornos mentais foram: suporte dos supervisores e trabalhadores, atitude positiva e autoeficácia, idade baixa e alto nível educacional. A duração do afastamento mostrou resultado promissor. Resultados sobre gênero foram inconclusivos. Tais achados estão em relativa concordância com os encontrados neste estudo.

O presente estudo possui como ponto forte a abordagem de um tema relevante e atual, considerando o impacto crescente dos transtornos mentais no ambiente de trabalho e a necessidade de estratégias eficazes para um retorno sustentado. A revisão permitiu a identificação e categorização dos principais preditores do RST, o que proporciona uma visão ampla do tema e subsidia a realização de estudos futuros. Além disso, o levantamento incluiu estudos de diferentes países e contextos, permitindo uma comparação entre diferentes realidades e reforçando a importância de políticas institucionais na promoção do RST.

No entanto, algumas limitações devem ser consideradas. A revisão foi baseada em estudos conduzidos exclusivamente em países desenvolvidos, onde as políticas públicas e o suporte previdenciário diferem significativamente do cenário brasileiro, o que compromete a generalização dos achados para a realidade nacional. Além disso, a ausência de pesquisas brasileiras sobre o tema dificulta a formulação de diretrizes específicas para o país, evidenciando a necessidade de estudos futuros que explorem os desafios e oportunidades do RST no contexto local. Outra limitação diz respeito à metodologia utilizada, uma vez que a revisão narrativa não segue um processo sistemático de seleção e análise de estudos, podendo estar sujeita a viés de seleção e interpretação. Adicionalmente, a falta de critérios quantitativos dificulta a mensuração da qualidade das evidências, tornando os achados menos generalizáveis.

CONCLUSÕES

Esta revisão identificou e categorizou os principais preditores do RST após afastamento por transtornos mentais, destacando a complexidade desse processo e a interação entre fatores sociodemográficos, clínicos, psicossociais e ocupacionais. A autoeficácia e o suporte organizacional, especialmente dos supervisores, emergem como preditores positivos, enquanto múltiplos episódios prévios de afastamento, tempo prolongado de inatividade, idade avançada e ambientes de trabalho hostis foram associados a dificuldades no RST. Estratégias institucionais, como afastamento parcial e programas

de reabilitação ocupacional, mostraram potencial para melhorar as taxas de retorno e sua sustentabilidade a longo prazo.

Apesar dos avanços na compreensão desses fatores, a literatura sobre o tema ainda é escassa, especialmente no Brasil, onde faltam estudos que avaliem intervenções eficazes para garantir um retorno sustentável. Todos os estudos analisados foram conduzidos em países desenvolvidos, cujas políticas públicas e sistemas previdenciários diferem do cenário nacional, evidenciando a necessidade de pesquisas que considerem as particularidades do mercado de trabalho brasileiro.

Os achados reforçam a importância de abordagens integradas no manejo do RST, que envolvam não apenas o acompanhamento clínico do trabalhador, mas também a adaptação das condições laborais e o fortalecimento do suporte organizacional. A implementação de políticas

que facilitem a comunicação entre empregadores, serviços de saúde e previdência pode contribuir para reduzir a reincidência de afastamentos e promover a reintegração sustentada dos trabalhadores. Diante do impacto crescente dos transtornos mentais no ambiente de trabalho e suas repercussões econômicas e sociais, torna-se urgente o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para garantir um retorno seguro, produtivo e duradouro.

Contribuições dos autores

BRM foi responsável pela concepção do estudo, tratamento de dados, análise formal dos dados, apresentação, redação - esboço original. JSSJ foi responsável pela concepção do estudo, metodologia, administração do projeto, recursos/materiais, supervisão, validação, redação - revisão & edição. Todos os autores aprovaram a versão final submetida e assumem responsabilidade pública por todos os aspectos do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mental health ATLAS 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [accessed 2025 May 2]. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx) [Internet]. Seattle: University of Washington; 2021 [accessed 2023 Jul 31]. Available: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
3. Brasil, Ministério da Previdência Social. INFOLOGO AEPS: base de dados históricos da previdência social [Internet]. Brasília: Dataprev; 1992 [citado em 2 maio 2025]. Disponível: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/Gatv/AtivO2/AtivO2.php>
4. Gaspar FW, Zaidel CS, Dewa CS. Rates and predictors of recurrent work disability due to common mental health disorders in the United States. *PLoS One*. 2018;13(10):e0205170.
5. Blank L, Peters J, Pickvance S, Wilford J, Macdonald E. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. *J Occup Rehabil*. 2008;18(1):27-34.
6. Nielsen K, Yarker J, Munir F, Bültmann U. IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders. *Work Stress*. 2018;32(4):400-17.
7. Koopmans PC, Bültmann U, Roelen CA, Hoedeman R, van der Klink JJ, Groothoff JW. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(2):193-201.
8. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: The Stationery Office; 2006.
9. Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:156.
10. Viikari-Juntura E, Virta LJ, Kausto J, Autti-Rämö I, Martimo KP, Laaksonen M, et al. Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(5):447-56.
11. Corbière M, Lachance JP, Jean-Baptiste F, Hache-Labelle C, Riopel G, Lecomte T. Healthy minds: Group cognitive-behavioral intervention for sustainable return to work after a sick leave due to depression. *J Occup Rehabil*. 2022;32(3):505-14.
12. Arends I, Bültmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR, van der Klink JJ. Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Soc Sci Med*. 2014;100:123-32.
13. Lammerts L, Schaafsma FG, Eikelenboom M, Vermeulen SJ, van Mechelen W, Anema JR, et al. Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *J Occup Rehabil*. 2016;26(1):70-9.
14. Jones AM, Koehoorn M, Bültmann U, McLeod CB. Impact of anxiety and depression disorders on sustained return to work after work-related musculoskeletal strain or sprain: a gender stratified cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2021;47(4):296-305.
15. Ersel RP, Pauli R, Gaum PM, Lang J. Sustainable return to work after depression - A comparative study among occupational physicians and affected employees. *Front Public Health*. 2022;10:946396.

16. de Vries G, Koeter MW, Nieuwenhuijsen K, Hees HL, Schene AH. Predictors of impaired work functioning in employees with major depression in remission. *J Affect Disord*. 2015;185:180-7.
17. Cancelliere C, Donovan J, Stochkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap*. 2016;24(1):32.
18. Aasdahl L, Pape K, Vasseljen O, Johnsen R, Fimland MS. Improved expectations about length of sick leave during occupational rehabilitation is associated with increased work participation. *J Occup Rehabil*. 2019;29(3):475-82.
19. Etuknwa A, Daniels K, Eib C. Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *J Occup Rehabil*. 2019;29(4):679-700.
20. Jetha A, Pransky G, Fish J, Jeffries S, Hettinger LJ. A stakeholder-based system dynamics model of return-to-work: A research protocol. *J Public Health Res*. 2015;4(2):553.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
22. Mishima M, Adachi H, Mishima C. Number of previous absences is a predictor of sustained attendance after return-to-work in workers with absence due to common mental disorders: A cohort 3-year study. *J Occup Environ Med*. 2020;62(2):108-12.
23. Black O, Sim MR, Collie A, Smith P. Differences over time in the prognostic effect of return to work self-efficacy on a sustained return to work. *J Occup Rehabil*. 2019;29(3):660-7.
24. Jetha A, LaMontagne AD, Lilley R, Hogg-Johnson S, Sim M, Smith P. Workplace social system and sustained return-to-work: A study of supervisor and co-worker supportiveness and injury reaction. *J Occup Rehabil*. 2018;28(3):486-94.
25. Halonen JI, Solovieva S, Virta LJ, Laaksonen M, Martimo KP, Hiljanen I, et al. Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. *Scand J Public Health*. 2018;46(19_suppl):65-73.
26. Kausto J, Pentti J, Oksanen T, Virta LJ, Virtanen M, Kivimäki M, et al. Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(4):358-66.
27. Prang KH, Bohensky M, Smith P, Collie A. Return to work outcomes for workers with mental health conditions: A retrospective cohort study. *Injury*. 2016;47(1):257-65.
28. Aasdahl L, Foldal VS, Standal MI, Hagen R, Johnsen R, Solbjør M, et al. Motivational interviewing in long-term sickness absence: study protocol of a randomized controlled trial followed by qualitative and economic studies. *BMC Public Health*. 2018;18(1):756.
29. Viapiana VN, Gomes RM, Albuquerque GSC. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saude Debate*. 2018;42(spe4):175-86.
30. Sado M, Shirahase J, Yoshimura K, Miura Y, Yamamoto K, Tabuchi H, et al. Predictors of repeated sick leave in the workplace because of mental disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:193-200.
31. Artino AR Jr. Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspect Med Educ*. 2012;1(2):76-85.
32. Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic factors of long term disability due to mental disorders: a systematic review. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):259-74.
33. Jansen J, Boot CRL, Alma MA, Brouwer S. Exploring employer perspectives on their supportive role in accommodating workers with disabilities to promote sustainable RTW: A qualitative study. *J Occup Rehabil*. 2022;32(1):1-12.
34. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. Sickness absence due to depressive symptoms. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;81(6):711-9.

Endereço para correspondência: Bruna Roberta Muntanelli - Av. Dr. Arnaldo, 455 - Bairro Cerqueira César - CEP: 01246 903 - São Paulo (SP), Brasil - E-mail: bru.muntanelli@gmail.com

