

Programas de Retorno ao Trabalho após afastamentos por transtornos mentais: uma revisão de literatura

Return to Work Programs after sick leave due to mental illness: a literature review

Luis Ignacio Pettoruti¹, Carla Júlia Segre Faiman²

DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v23i2p56-62>

Pettoruti LI, Faiman CJS. Programas de Retorno ao Trabalho após afastamentos por transtornos mentais: uma revisão de literatura. *Saúde, Ética & Justiça*. 2018;23(2):56-62.

RESUMO: O retorno ao trabalho é um tema central na prática da medicina do trabalho. Com as modificações do ambiente de trabalho no mundo contemporâneo, a incidência de transtornos mentais ganha uma dimensão antes não prevista. Procuramos relatos de experiências de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por transtornos mentais, assim como as etapas e os agentes envolvidos no processo. Realizamos uma revisão de publicações de 2000 a 2018 de artigos científicos, utilizando as seguintes palavras-chave: retorno ao trabalho; depressão; estresse; transtornos mentais; transtornos de comportamento. Entretanto, encontramos poucos artigos que contemplaram os critérios de inclusão e de exclusão determinados. Esta revisão de literatura destacou a importância de que organizações adotem uma política de saúde e trabalho, para a retenção do trabalhador e apoiem a abordagem e um processo de manejo do retorno ao trabalho.

DESCRITORES: Retorno ao Trabalho; Depressão; Estresse Ocupacional; Transtornos Mentais; Transtorno do Comportamento.

¹. Instituto Médico legal de Jundiáí. Equipe de Perícias Médico Legal de Jundiáí (EPML Jundiáí).

². Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Alameda das Cerejeiras, 55 - Terras de São Carlos, Jundiáí SP, CEP 13216-773. E-mail: igpettoruti@gmail.com;

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)¹, o afastamento do trabalho se dá pela incapacidade do trabalhador de exercer sua função. Esta incapacidade pode ser gerada por doença causada pelo trabalho, por doenças não relacionadas ao trabalho, ou por gestação.

A incapacidade para o trabalho tornou-se um importante problema de Saúde Pública em todos os países industrializados^{2,3}. Em adição aos altos custos para a sociedade, ela traz prejuízos ao trabalhador, podendo levar a uma precarização de sua qualidade de vida, perda de sua identidade social e mesmo a uma exclusão permanente do trabalho^{3,4}.

O retorno ao trabalho é um momento importante para o trabalhador e a empresa para recuperar essa condição de trabalhador, visando a reinserção do trabalhador tanto na esfera produtiva, como na esfera social. O trabalho também promove e satisfaz as necessidades fundamentais do ser humano como estabilidade econômica, status social e socialização.

Alguns Conceitos Referentes aos Transtornos Mentais e Comportamentais: de acordo com a Organização Mundial da Saúde, OMS (1993), que publica o Código Internacional de Doenças (CID), é recomendada a utilização do termo transtorno em substituição a expressões como doença ou enfermidade, que causam polêmica. Trata-se do CID-10 (décima edição do CID), um documento técnico da área que padroniza a nomenclatura utilizada pelos profissionais da área de saúde. Assim, transtorno é utilizado para “indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais”⁵. Existem diversos tipos de transtornos, destacando-se os “transtornos do humor (afetivos)”, que incluem as manias, a bipolaridade e as depressões; os “transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes”, que abrangem as fobias, o pânico, a obsessão, a compulsão e o estresse grave; as “síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos”, onde são encontrados os transtornos alimentares, os transtornos do sono, disfunções sexuais e abusos de substâncias que não produzem dependência^{5,6}.

Atualmente os transtornos mentais estão entre os maiores causadores de afastamento do trabalho. Estudo de base populacional na Grande São Paulo mostrou prevalência de 30% de transtornos mentais, sendo 10% de casos considerados graves⁷.

Estudos sobre o retorno ao trabalho e a forma como se dá a reintegração do trabalhador são escassos, sendo mais frequentes as pesquisas sobre os fatores de afastamento por transtornos mentais^{8,9}.

Não obstante, encontramos algumas publicações

com descrições de práticas de retorno ao trabalho de pessoas que haviam sido afastadas por transtornos mentais^{8,10}.

OBJETIVOS

Realizar uma revisão de métodos e resultados de programas de retorno ao trabalho com trabalhadores afastados por transtornos mentais.

Analisar critérios epidemiológicos e organizacionais destes programas de retorno ao trabalho com trabalhadores afastados por transtornos mentais.

MÉTODO

Pesquisa realizada em bancos de dados digitais como PubMed, Lilacs, SciELO, Biblioteca Digital da USP, Google Acadêmico e site do INSS. Período da pesquisa: publicações de 2000 a 2018. Palavras chave utilizadas: retorno ao trabalho; depressão; estresse; transtornos mentais; transtornos de comportamento.

Critérios de inclusão: artigos que descrevam programas de retorno ao trabalho e que incluam os transtornos mentais como fatores de afastamento. Critérios de exclusão: artigos que não tenham transtornos mentais como motivos de afastamento do trabalho; artigos não disponíveis para leitura integral online; artigos que não estejam disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol.

A pesquisa foi realizada, inicialmente, selecionando-se os artigos pelo título, depois foram lidos os abstracts e os resumos dos artigos e, por último, realizou-se leitura e análise dos artigos na íntegra, sendo aplicados os critérios de inclusão e exclusão em cada etapa.

RESULTADOS

Após pesquisas nos bancos de dados citados, encontramos 175 artigos que corresponderam às palavras chaves. Ao serem aplicados os critérios de inclusão e de exclusão, selecionamos os artigos mais relevantes, sendo eles a tese de doutorado de Silva-Junior⁸, artigo de revisão de Durand MJ et al.¹⁰, o artigo de Vieira GS et al.³, e o de M. Olivier et al.⁶.

A tese de doutorado de Silva Junior⁸, “Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal”, é um estudo longitudinal com trabalhadores que estiveram afastados por transtornos mentais, feito junto a agência do INSS, por isso se refere a pessoas classificadas como trabalhadores do mercado formal. O autor entrevistou os trabalhadores e aplicou questionário específico para avaliar parâmetros quanto ao sucesso da possível volta ao trabalho. Este

questionário foi inicialmente elaborado por estudo holandês, e houve um trabalho prévio de tradução e validação deste questionário para o português brasileiro, conforme estudos publicados pelo mesmo autor.

Suas hipóteses foram que as características sociodemográficas, os comportamentos de risco para a saúde, os aspectos ocupacionais, as condições da saúde e o histórico previdenciário influenciam tanto no tempo para o primeiro retorno ao trabalho, quanto na sua efetividade, após afastamentos por transtornos mentais e que aspectos do processo de retorno ao trabalho das empresas impactam na eficácia do retorno desses trabalhadores às atividades laborais. Seu objetivo principal foi analisar os fatores que influenciam no tempo para retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais e a efetividade da reintegração do trabalhador após o período de afastamento. Foram coletados dados de duas agências no INSS.

Foram aplicados questionários, anteriormente validados, a respeito de: características sócio demográficas, comportamento de risco para saúde (tabagismo, consumo de álcool e prática de atividade física nas semanas anteriores ao afastamento), características e condições do trabalho (profissão atual, tempo na função atual, tipo de relação com a empresa, tipo de vínculo, turno de entrada para a jornada de trabalho, situações de violência no trabalho, fatores psicossociais no trabalho, percepção da relação entre saúde e trabalho), avaliação da condição de saúde (expectativa sobre o trabalho, Escala de autoeficácia geral percebida, Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS), morbidades que justificaram avaliação médica no último ano, índice de massa corpórea), informações previdenciárias (diagnóstico, data do início da incapacidade laborativa, data da cessação do benefício previdenciário, tipo de benefício auxílio-doença concedido).

Para os que tiveram retorno ao trabalho, foi aplicado outro questionário em que se perguntou:

- Data do retorno;
- Se permaneciam na mesma empresa da época do afastamento;
- Se estavam trabalhando há 30 dias sem atestado médico;
- Se antes de voltar ao trabalho haviam passado em consulta com médico da empresa;
- Se fizeram exame de retorno ao trabalho;

- Perguntava-se, também, se o médico da empresa:
- Solicitou para o retorno ao trabalho relatório do médico que o tratou;
 - Conversou sobre o problema emocional que o afastou do trabalho;
 - Perguntou se tem dificuldades em realizar tarefas em casa;
 - Perguntou se teria dificuldades de realizar

tarefas no trabalho;

- Fez uma consulta de reavaliação antes de 30 dias do retorno ao trabalho;

E se, após o retorno ao trabalho:

- Houve alguma modificação no setor de trabalho, na função e ou nas condições de trabalho;
- Considera que foi bem recebido pelos colegas de trabalho;
- Considera que foi bem recebido pelos chefes, supervisores e diretores.

Após 365 dias do primeiro afastamento, foi avaliado qual o status trabalhista e previdenciário do participante:

- Retornou no período e está ativo na mesma empresa;
- Retornou no período, mas está em outro benefício;
- Retornou no período, mas foi desligado da empresa;
- Não retornou no período.

Foram elegíveis 221 trabalhadores afastados por transtornos mentais dos CIDs F30 a F48, com mais de 15 dias e menos de 180 dias de afastamento. Destes, 204 aceitaram participar do estudo.

Destes, 59 (28,9%) eram homens e 145 (71,1%) mulheres. A idade dos participantes variou de 19 a 61 anos, com idade média de 36 anos (desvio padrão de + ou - 9,1). O grau de instrução era igual ou maior de 12 anos em 80,4 % da amostra. Sobre a função, 44,1% realizavam atendimento ou tele atendimento.

Situações de violência no trabalho foram relatadas por 82,9% dos trabalhadores. A agressão verbal por clientes ou funcionários foi a mais frequente, com incidência de 58,9% nos relatos.

Quanto ao questionário de depressão, ansiedade e estresse, a maioria dos participantes teve depressão de moderada a severa, ansiedade de severa a muito severa e estresse de normal a leve. A maioria fazia tratamento medicamentoso e psicoterápico. Quanto a comorbidades, 51% responderam positivamente, sendo estas, principalmente, dores na coluna e pressão alta. Quanto ao diagnóstico psiquiátrico, o mais frequente foi o F32, episódio depressivo, em 42,1%, seguido de F41, outros transtornos ansiosos.

A perícia do INSS considerou que 24,5% dos adoecimentos tiveram relação com o trabalho, sendo concedido benefício B91, auxílio doença acidentário.

Não houve diferença estatística entre a frequência do retorno ao trabalho e o sexo. Na faixa de idade entre 30 a 39 anos 75% retornaram ao trabalho. Quanto ao consumo de álcool, o grupo com consumo baixo foi o que apresentou melhor índice de retorno ao trabalho.

Pessoas com ansiedade leve foram as que menos voltaram ao trabalho, comparando com pessoas com nível de ansiedade normal e mesmo com o grupo de ansiedade severa.

Sobre o retorno ao trabalho eficaz: das 204 pessoas participantes, 128 tentaram o retorno ao trabalho no período de um ano após o afastamento. Três quartos dos trabalhadores que se reapresentaram para trabalhar tiveram um retorno ao trabalho eficaz, ou seja, permaneceram pelo menos mais de 30 dias no emprego. A maioria dos participantes (82,4%) foram avaliados por um médico antes do retorno ao trabalho.

Entre os que foram avaliados por médico da empresa, 51,1% tiveram que apresentar relatório do médico assistencial responsável pelo tratamento clínico. 69,1 % conversou com o médico sobre o problema de saúde, 75,8% indicou o tratamento realizado, 75,8% não conversou sobre dificuldades para atividades domésticas e a 50,5% não perguntaram sobre se ele(a) teria dificuldades para tarefas no trabalho. Apenas 23% foram avaliados em 30 dias após o afastamento. A maioria teve alguma alteração nas condições do trabalho. A maioria teve alguma modificação nas condições de trabalho após o retorno. O apoio dos colegas foi percebido por 80,6% e apoio da chefia e de superiores hierárquicos, por 60,2%.

Foi verificado que um tempo na função maior de 5 anos e a realização de um exame médico ocupacional no momento do retorno ao trabalho aumentavam a chance do sucesso na manutenção do trabalhador por mais de 30 dias após o retorno. O relato de auto eficácia no momento do afastamento diminuía a chance do sucesso do retorno ao trabalho nos entrevistados.

O artigo de revisão de Durand MJ et al.⁹ “A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders”, numa tradução livre, “uma revisão das melhores práticas de gestão de ausência e de retorno ao trabalho para trabalhadores com problemas musculoesqueléticos ou transtornos mentais comuns”, traz uma revisão de artigos publicados de 2000 a 2011, em inglês ou francês, com relação aos termos absentismo, ausência (falta ao trabalho), incapacidade para o trabalho, gerenciamento, retorno ao trabalho, restrição ao trabalho, vocação para reabilitação, falta ao local de trabalho, e incapacidade para o trabalho. Ao total, 17 documentos foram estudados neste trabalho, sendo 9 *guidelines* e 8 revisões sistemáticas. Desta revisão, identificamos práticas comuns que influenciaram os resultados de sucesso de retorno ao trabalho eficaz.

O primeiro ponto é o apoio ao trabalhador, nas diferentes fases do processo de retorno ao trabalho, mesmo antes, durante e depois.

A revisão de literatura demonstra seis passos que ajudam no manejo do retorno ao trabalho:

1) Tempo de ausência e recuperação: no momento

do afastamento, o empregado informa o empregador. É importante que o período de recuperação do trabalhador e as recomendações do médico assistente sejam respeitados. Uma rede de assistência dentro da empresa deve estar montada, de modo a dar apoio ao trabalhador no seu problema de saúde que causou o afastamento. Assim como assistência médica ao trabalhador.

2) Contato inicial com o trabalhador: contato telefônico do coordenador do retorno ao trabalho da empresa com o trabalhador ainda afastado, nas primeiras semanas de afastamento, para dar seu apoio. Respeitar o tempo de ausência determinado pelo médico assistente. Desenvolver um diálogo positivo entre a empresa e o trabalhador favorece o retorno eficaz ao trabalho. Explicar as etapas de retorno ao trabalho.

3) Avaliação do trabalhador e das estações de trabalho: antes mesmo do retorno ao trabalho, o coordenador do retorno pode identificar obstáculos e facilitadores do retorno ao trabalho. Tanto fatores clínicos, como sociais e organizacionais. A inclusão do trabalhador, em conjunto com o supervisor e a parte médica assistencial, nestes passos de identificação, é vista como positiva para um eficaz retorno ao trabalho.

4) Desenvolvimento de plano de retorno ao trabalho com acomodações: o cerne desta etapa é uma ação coordenada entre os vários agentes do retorno ao trabalho, ou seja, o trabalhador, médicos assistentes, outros trabalhadores da área, supervisores. O objetivo é coordenar as ações de modo a melhorar as condições para o retorno eficaz. O ambiente do retorno ao trabalho deve ter acomodações flexíveis, temporárias ou permanentes, ser criativo, seguro, personalizado, bem como ter base nas capacidades do trabalhador, para permitir uma recuperação total da sua saúde.

5) Retomada do trabalho: preparar uma recepção positiva e amistosa ao trabalho, com preparação e conversas com os supervisores e outros trabalhadores, para uma acolhida ao trabalhador que esteja voltando ao trabalho. Esta etapa é importante para diminuir a discriminação pelos demais trabalhadores, a fim de criar empatia e um clima organizacional mais propício ao retorno do trabalhador. Manter cuidados médicos e avaliações quanto às patologias que causaram o afastamento, assim como tentar eliminar ou diminuir os riscos para recidivas.

6) Seguimento do retorno ao trabalho: neste passo, o supervisor segue o trabalhador diariamente no ambiente de trabalho. Pode planejar reuniões multiprofissionais para adequar o ambiente e as atividades para evitar recaídas. Uma vez que o trabalhador esteja inserido sem queixas por algumas semanas, uma nova avaliação pode ser realizada. A presença da figura do coordenador de retorno ao trabalho é um fator positivo para este retorno eficaz.

Segundo esta revisão, o sucesso do retorno ao trabalho depende dos vários agentes envolvidos na organização do trabalho: o próprio trabalhador, devido a sua capacidade de se adaptar para o trabalho após a doença;

os colegas de trabalho, pela sua função de cooperar e não discriminar o que está retornando ao trabalho; os gerentes ou administradores da empresa; os supervisores imediatos; o sindicato; o responsável pelo programa de retorno ao trabalho; e o responsável pelo gerenciamento das faltas ao trabalho, no caso, o departamento de recursos humanos, na maioria das vezes.

O artigo de Vieira GS et al.³, “Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa”, analisa os resultados de um Programa de Saúde Ocupacional de Retorno ao Trabalho (PROSORT), num grande hospital de São Paulo. É um estudo de caso retrospectivo realizado de maio de 2007 a janeiro de 2009 com 71 de 135 trabalhadores afastados que tiveram incapacidade para o trabalho. Foram analisadas as etapas do PROSORT e a sua relação com o sucesso com o retorno ao trabalho. Este estudo foi incluído devido a ter as doenças mentais como o segundo maior fator de afastamento.

O PROSORT é composto de 5 etapas:

1ª: pesquisa médico ocupacional, realizada pelo médico do trabalho, e avaliação com entrevista pela assistente social.

2ª: preparação de retorno ao trabalho, com contato com chefia imediata para definir o retorno parcial ao trabalho. Contato com setor de recursos humanos se houver necessidade de mudança de setor ou função.

3ª: período de estágio de 3 meses, com acompanhamento e ritmo reduzido de trabalho.

4ª: avaliação do período de estágio pela chefia e pelo funcionário.

5ª: avaliação do sucesso com os seguintes parâmetros: a) sucesso: satisfação do funcionário e da chefia; b) sucesso parcial: satisfação de somente uma das partes; c) insucesso: se nenhuma das partes estiver satisfeita. Feita reavaliação médica em período de 6 meses a um ano.

Distribuição sócio demográfica da amostra: dos 71 casos estudados, a maioria era do sexo feminino. Os autores não especificam o número ou porcentagem. 88,7% tinham mais de 30 anos de idade. Em relação ao vínculo empregatício 71,8% tinha vínculo estatal.

Perfil de risco e morbidade: a maioria dos participantes teve afastamento maior do que 101 dias. Os afastamentos por doenças osteomusculares foram maioria, 49%, sendo que os transtornos mentais foram a segunda causa de afastamento, com 35,2%.

Avaliação do sucesso do programa de saúde ocupacional de retorno ao trabalho: dos 71 trabalhadores selecionados, 7 foram indicados pela Previdência Social para readaptação profissional; 9 foram novamente afastados e encaminhados para a Previdência Social durante o período de estágio e 6 foram demitidos. Desta

forma, permaneceram até o final do estágio 49 casos. Destes, 32 possuíam avaliação completa, dos quais 12 casos foram considerados bem sucedidos (37,5%); 14 (43,8%) foram considerados como sucesso parcial e os 6 restantes (18,8%) foram considerados como insucesso.

Foram considerados facilitadores do sucesso do programa:

- Apoio gerencial, ou seja, a diretoria do hospital apoiou o programa de saúde ocupacional;
- Envolvimento de equipe multiprofissional;
- Localização geográfica do setor, sendo dentro do hospital facilitou o acesso dos funcionários;
- Colaboração das chefias imediatas, sendo estas mais sensibilizadas ao longo do processo;
- Participação dos trabalhadores, que se mostraram colaborativos e expuseram seus medos e angústias.

Obstáculos ao sucesso do programa de saúde ocupacional de retorno ao trabalho:

- Equipe multiprofissional incompleta, sendo que a falta de algumas especialidades dificultou a avaliação completa de algumas patologias;
- Dificuldades de aceitação do funcionário no período de retorno parcial: por parte das chefias imediatas e por parte dos outros trabalhadores, que viam o funcionário em readaptação como incapaz de realizar todo o serviço que era necessário, ou com velocidade menor;
- Resistência do trabalhador de retorno parcial: frequentemente findo o período de adaptação, o funcionário não queria voltar a fazer todas as tarefas do posto de trabalho, o que manifestava o medo da patologia voltar;
- Ausência de planejamento de aumento crescente de atribuições no programa: o PROSORT inicialmente não previa etapas intermediárias, em que as atribuições fossem gradativamente assumidas pelo trabalhador após o estágio;
- Ausência de intervenções nos riscos ocupacionais;
- Metas de produtividade: os trabalhadores que retornavam ao trabalho não conseguiam manter as metas antigas, e o trabalho ficava desfalcado;
- A atuação da Previdência Social, que somente via capacidade de trabalho ou não, sendo os trabalhadores encaminhados ao hospital sem uma reabilitação verdadeira.

O artigo de Olivier et al.⁶, “Trabalhadores Afastados por Transtornos Mentais e de Comportamento: o Retorno ao Ambiente de Trabalho e suas Consequências na Vida laboral e Pessoal de Alguns Bancários”, faz uma compilação de relatos de 22 funcionários afastados por transtornos mentais, fazendo uma correlação com aspectos

sócio demográficos, estilo de vida, ambiente do trabalho, afastamento do trabalho, relações familiares e sociais, consequências em relação ao comportamento pessoal e relacionamentos interpessoais após o afastamento.

Quanto aos aspectos sócio demográficos, encontrou equilíbrio entre homens e mulheres (10 a 12). Faixa etária de 42 a 53 anos e de 18 a 29 anos de tempo de serviço no banco. Todos casados e com um a três filhos.

Quanto aos aspectos de estilo de vida, 21 eram sedentários, sendo esta condição atribuída ao quadro de transtorno mental, como depressão, com perda da vontade de realizar atividades físicas. 15 dos participantes eram tabagistas e usavam bebida alcoólica, condição que relacionam ao transtorno mental.

Quanto ao ambiente de trabalho, os entrevistados aludiram o excesso de trabalho e a pressão por resultados como fatores contribuintes para a eclosão dos sintomas. A extensão dos períodos de afastamento variou de seis meses a dois anos, sendo 11 casos de depressão, 6 por estresse e LER DORT, e 5 por estresse, depressão e LER DORT. Em todos os casos foi citado o tratamento médico como fundamental para a recuperação, considerada lenta.

Quanto às relações familiares e sociais, o quadro afetou sua relação com a família e amigos, sendo que se sentiam impotentes quanto ao sofrimento imposto por sua doença aos familiares. Com relação às consequências do seu comportamento pessoal, houve o sentimento de preocupação se eles conseguiriam atingir o mesmo nível profissional quando da volta ao trabalho, e também o medo de enfrentar o preconceito dos colegas de trabalho.

Quanto aos relacionamentos interpessoais após o afastamento, referem que ficou prejudicado no retorno ao trabalho, mesmo no âmbito pessoal após o horário de expediente, com prejuízo das mesmas, como não ir a festas e “happy hour” por medo de ouvir “piadinhas” e comentários sobre sua condição. Também houve mudança de função, ou mudança no ritmo de trabalho, para uma mais adequada à sua nova condição física e emocional.

Conclui discutindo que, com o advento da tecnologia, os processos no banco foram reestruturados, e houve um aumento da exigência dos funcionários que foram mantidos, assim como pressão extra pelas demissões de outros funcionários. Assim, estes fatos podem ter contribuído para os sintomas de transtornos mentais destes trabalhadores. E, finalmente, mais especificamente com o escopo deste trabalho, houve o relato de que faltou um processo de reintegração, de retorno ao trabalho adequado.

DISCUSSÃO

Abordamos os principais pontos de cada estudo e faremos um paralelo entre eles.

O objetivo do estudo era contribuir no conhecimento atual, a fim de apresentar as melhores práticas de gestão de retorno ao trabalho nos trabalhadores com transtornos mentais como um processo coerente e abrangente. Esta revisão de literatura destacou a importância de que as organizações adotem uma política de saúde e trabalho, para a retenção do trabalhador, de que apoiem a abordagem e um processo de manejo do retorno ao trabalho.

Este processo é operacionalizado pela gestão do retorno ao trabalho. Os achados sugerem que esse processo de gestão do trabalho (ausência e retorno) pode ser uma obra comum e integrada, que pode ser aplicada para os trabalhadores com transtornos mentais.

Quanto às ações tomadas pela organização para facilitar o regresso do trabalhador, é essencial que as ações clínicas sejam baseadas no quadro de referência e aplicadas as melhores práticas, cada um na sua área de atuação, dos diferentes agentes envolvidos. A literatura de trabalhos de reabilitação incentiva explicitamente ações voltadas para que o retorno ocorra o quanto antes, mesmo que não seja para o mesmo posto em que o trabalhador estava antes do afastamento. Outras informações emergem deste trabalho, como o fato que o retorno ao trabalho deve ser um esforço compartilhado. Todas as partes interessadas envolvidas no processo de gerenciamento de retorno ao trabalho devem dar apoio na sua abordagem e foco, com ações comuns, com o objetivo de uma volta ao trabalho, mesmo que com adaptações.

Foi constatado que a sobrecarga de trabalho experimentada por diversas partes interessadas envolvidas no retorno ao trabalho pode dificultar a adoção de práticas de retorno trabalho. Os procedimentos de gestão do retorno ao trabalho aqui descritos se enquadram na prevenção terciária, ou seja, ações voltadas a reduzir o absenteísmo e promover o retorno ao trabalho. No entanto, uma política de saúde e manutenção do emprego com base em uma abordagem de apoio ao trabalhador poderia também incluir o objetivo preliminar de prevenção primária (ou seja, ações destinadas a reduzir os fatores de risco para prevenir o aparecimento de doenças ou deficiências) ou prevenção secundária (ou seja, ações voltadas para a detecção precoce de indivíduos com dificuldade de executar o seu trabalho, melhorando o chamado presenteísmo). Na verdade, os recursos fornecidos no local de trabalho como um reflexo da abordagem de apoio ao trabalhador da organização (ou seja, reconhecimento, apoio em situações de dificuldades) podem ser úteis, tanto quanto a prevenção e a detecção precoce de problemas de saúde, quanto a gestão das ausências.

Este estudo consistiu em uma revisão livre da literatura, sem que se adotasse uma estratégia “sistemática” *per se*, e a qualidade metodológica dos trabalhos selecionados não foi avaliada. Acreditamos, no entanto, que essa estratégia possibilitou o fornecimento

de uma descrição diferenciada de passos da gestão do retorno ao trabalho, um processo a ser posto em prática por cada parte interessada, que por sua vez facilita a implementação dos programas de retorno ao trabalho pelos vários agentes envolvidos.

CONCLUSÃO

Foi possível apresentar, neste artigo, um processo elaborado para ajudar as organizações a administrar, de forma eficaz e sustentável, a incapacidade de trabalho entre os trabalhadores com transtornos mentais. O processo proposto descreve explicitamente a influência

mútua exercida pelas partes interessadas em diferentes níveis hierárquicos sobre o sucesso do processo de retorno ao trabalho de pessoas afastadas devido a transtorno psíquico. No entanto, outros estudos de intervenção devem ser realizados para se avaliar a implementação, os efeitos e a relação custo-eficácia do processo. No processo de retorno em diferentes setores da indústria, com demandas de trabalho e culturas organizacionais que variam, adaptações podem ter que ser feitas adequadamente. Sugere-se a realização de novos estudos em que se verifique a adaptação deste processo a contextos organizacionais diferentes e se avalie sua implementação.

Pettoruti LI, Faiman CJS. Return to Work Programs after sick leave due to mental illness: a literature review. *Saúde, Ética & Justiça*. 2018;23(2):56-62.

ABSTRACT: Return to work is a central theme in Occupational Medicine. With the changes in contemporary work environments, the incidence of mental disorders has increased on an unprecedented scale. We searched for reports on return to work programs designed for workers that experienced mental disorders, as well as the stages and agents involved in the process. We reviewed scientific articles published from 2000 to 2018, using the following keywords: return to work; depression; stress; mental disorders; behavioral disorders. Few articles met the inclusion and exclusion criteria, however. This literature review emphasized the importance of organizations adopting a workplace health policy and supporting and managing return to work to retain employees.

KEY WORDS: Return to Work; Depression; Occupational Stress; Mental Disorders; Mental Disorders.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Economia. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)[Internet]. Brasília; 2017 [Acesso em 2018 ago. 20]. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/auxilio-doenca/>
2. Dorman P. The economics of safety, health, and well-being at work: an overview. Geneva: International Labour Organisation; 2000.
3. Vieira GS, Glina DMR, Pustiglione M, Rocha LE, Costa-Black KM, Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa. *Rev Bras Med Trab*. 2010;8(2):105-14.
4. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC, Franche RL, Schonstein E, Loisel P, et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;15(2):CD006955. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006955.pub2>
5. Caetano D (trad). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
6. Olivier M, Perez SC, Behr SCF. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. *Rev Adm Contemp*. 2011;15(6):993-1015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-6552011000600003>
7. Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS ONE*. 2012;7(2):e31879. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>
8. Silva-Junior, JS. Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.
9. D'Amato A, Zijlstra F. Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work. *J Occup Environ Med*. 2010;52(1):67-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181c75291>
10. Durand MJ, Corbière M, Coutu MF, Reinharz D, Albert V. A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*. 2014;48(4):579-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/WOR-141914>

Recebido em: 13/11/2018

Aceito em: 12/12/2018