

Gestão baseada em evidências do retorno ao trabalho nos transtornos mentais comuns: um roteiro para a prática intervencionista e a coordenação do processo

Evidence-based management of return to work in common mental disorders: a roadmap for interventional practice and process coordination

Gestión basada en evidencia del retorno al trabajo en los trastornos mentales comunes: una hoja de ruta para la práctica intervencionista y la coordinación del proceso

1 Sarha Andrade Lobo de Queiroz  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Renata Nayara da Silva Figueiredo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Silvia Stahl Merlin - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Médica Psiquiatra, Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Vitória, ES, Brasil]; **2** [Médica Psiquiatra, Associação Psiquiátrica de Brasília, APBr, Brasília, DF, Brasil]; **3** [Médica Psiquiatra, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, FMUSP, São Paulo, SP, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: César Augusto Trinta Weber

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Queiroz SAL [5,6,7,13,14], Figueiredo RNS [6, 11, 14], Merlin SS [5, 6, 13, 14].

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: não se aplica

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 24/07/2026

Aprovado em: 08/10/2026

Publicado em: 14/10/2026

Como citar: Queiroz SAL, Figueiredo RNS, Merlin SS. Gestão baseada em evidências do retorno ao trabalho nos transtornos mentais comuns: um roteiro para a prática intervencionista e a coordenação do processo. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-32, e1653. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1653>

RESUMO:

Introdução: Os transtornos mentais comuns figuram entre as principais causas de afastamento laboral prolongado, e sua incidência cresce de forma acelerada, inclusive no Brasil. Persiste uma dissociação entre a melhora dos sintomas e o retorno efetivo e sustentável ao trabalho.

Objetivo: Sintetizar criticamente as evidências sobre a gestão do retorno ao trabalho de pessoas afastadas por transtornos mentais comuns e propor um roteiro prático, intervencionista e coordenado.

Método: Revisão narrativa crítica com busca em seis bases ([MEDLINE/PubMed](#), [Embase](#), [PsycINFO](#), [Scopus](#), [Web of Science](#) e [LILACS](#)), abrangendo os últimos dez anos, orientada pelos critérios [SANRA](#) para avaliação de revisões narrativas, com síntese temática e caracterização prudente da força das evidências.

Resultados: As expectativas e a autoeficácia do trabalhador predizem o desfecho de forma robusta, por vezes acima da gravidade diagnóstica. O ambiente psicossocial do trabalho prediz o retorno mesmo após ajuste para sintomas. O contato estruturado com o local de trabalho e as intervenções focadas no trabalho reduzem o tempo até o retorno, enquanto a melhora clínica isolada é insuficiente. O retorno é heterogêneo, com trajetórias distintas e risco relevante de recaída. A coordenação de caso e as ferramentas digitais são promissoras, com base ainda incipiente.

Conclusão: A gestão eficaz exige deslocar o foco da remissão de sintomas para a recuperação funcional, a adequação das demandas e a coordenação entre os atores, com validação local das recomendações.

Palavras-chave: retorno ao trabalho, transtornos mentais, licença médica, reabilitação, saúde ocupacional.

ABSTRACT:

Introduction: Common mental disorders are among the leading causes of prolonged work absence, and their incidence is rising rapidly, including in Brazil. A persistent gap separates symptom improvement from effective and sustainable return to work. **Objective:** To critically synthesize the evidence on the management of return to work of people on sick leave due to common mental disorders and to propose a practical, interventional and

coordinated roadmap. **Method:** Critical narrative review with searches in six databases ([MEDLINE/PubMed](#), [Embase](#), [PsycINFO](#), [Scopus](#), [Web of Science](#) and [LILACS](#)) covering the last ten years, guided by criteria [SANRA](#) for the assessment of narrative reviews, with thematic synthesis and prudent characterization of the strength of the evidence. **Results:** Workers' expectations and self-efficacy robustly predict the outcome, at times beyond diagnostic severity. The psychosocial work environment predicts return even after adjustment for symptoms. Structured workplace contact and work-focused interventions shorten time to return, whereas clinical improvement alone is insufficient. Return is heterogeneous, with distinct trajectories and a relevant risk of relapse. Case coordination and digital tools are promising, though supported by still incipient evidence. **Conclusion:** Effective management requires shifting the focus from symptom remission to functional recovery, adjustment of job demands and coordination among stakeholders, with local validation of recommendations.

Keywords: return to work, mental disorders, sick leave, rehabilitation, occupational health.

RESUMEN:

Introducción: Los trastornos mentales comunes se encuentran entre las principales causas de ausencia laboral prolongada, y su incidencia aumenta rápidamente, incluso en Brasil. Persiste una disociación entre la mejoría de los síntomas y el retorno efectivo y sostenible al trabajo. **Objetivo:** Sintetizar críticamente la evidencia sobre la gestión del retorno al trabajo de personas de baja laboral por trastornos mentales comunes y proponer una hoja de ruta práctica, intervencionista y coordinada. **Método:** Revisión narrativa crítica con búsqueda en seis bases ([MEDLINE/PubMed](#), [Embase](#), [PsycINFO](#), [Scopus](#), [Web of Science](#) y [LILACS](#)), abarcando los últimos diez años, orientada por criterios [SANRA](#) para la evaluación de revisiones narrativas, con síntesis temática y caracterización prudente de la fuerza de la evidencia. **Resultados:** Las expectativas y la autoeficacia del trabajador predicen el resultado de forma robusta, a veces por encima de la gravedad diagnóstica. El ambiente psicosocial del trabajo predice el retorno incluso tras ajustar por síntomas. El contacto estructurado con el lugar de trabajo y las intervenciones centradas en el trabajo reducen el tiempo hasta el retorno, mientras que la mejoría clínica aislada es insuficiente. El retorno es heterogéneo, con trayectorias distintas y un riesgo relevante de recaída. La coordinación de casos y las herramientas digitales son prometedoras,

con evidencia aún incipiente. **Conclusión:** La gestión eficaz exige desplazar el foco de la remisión de síntomas hacia la recuperación funcional, el ajuste de las demandas y la coordinación entre los actores, con validación local de las recomendaciones.

Palabras clave: reincorporación al trabajo, trastornos mentales, ausencia por enfermedad, rehabilitación, salud laboral.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais comuns (TMC), categoria que reúne, de modo pragmático, os quadros depressivos, ansiosos, relacionados ao estresse, de adaptação e mistos ansioso-depressivos, constituem hoje um dos principais motores do afastamento laboral prolongado e da concessão de benefícios por incapacidade [1, 2, 3]. A Organização Internacional do Trabalho estima prevalência de transtornos mentais em torno de 15% da população ativa e a perda de aproximadamente 12 bilhões de dias de trabalho por ano em razão de depressão e ansiedade, com custo global próximo de um trilhão de dólares [1, 4].

No Brasil, os transtornos mentais e comportamentais figuram entre as principais causas de afastamento, e sua expressão cresce de forma acelerada. Segundo o Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho, os benefícios por incapacidade temporária associados à saúde mental no trabalho passaram de 201 mil em 2022 para 472 mil em 2024, aumento de 134% em um único biênio [4].

Entre os afastamentos, predominam os episódios depressivos (25,6%), a ansiedade (20,9%) e a depressão recorrente (12,0%) [4]. Em série histórica anterior, entre 2007 e 2016, o Instituto Nacional do Seguro Social concedeu mais de 2,18 milhões de benefícios relacionados a esses transtornos [5]. Esses números, expressivos e provavelmente subestimados por subnotificação, delineiam um problema de saúde pública e de gestão do trabalho de primeira grandeza.

O ponto de partida desta revisão, porém, não é a magnitude epidemiológica, mas um achado conceitualmente decisivo: a melhora dos sintomas não se traduz automaticamente em retorno ao trabalho.

Uma metanálise de dezesseis ensaios randomizados verificou que as intervenções disponíveis não aumentaram o número total de indivíduos

que retornaram com sucesso, embora tenham reduzido o tempo até o retorno no grupo de intervenção [3, 6].

Estudos que acompanham pacientes tratados em serviços especializados mostram que parcela relevante permanece afastada seis ou doze meses após o término do tratamento [2, 3]. Há, portanto, uma dissociação persistente entre eficácia clínica e eficácia ocupacional que estrutura todo o argumento a seguir.

Essa dissociação tem raízes conceituais e organizacionais. Do ponto de vista conceitual, retornar ao trabalho não é apenas cessar sintomas: envolve recuperar funcionalidade, ajustar a capacidade residual às demandas reais da atividade e reconstruir a identidade profissional [7].

Do ponto de vista organizacional, o processo é caracteristicamente fragmentado: o médico assistente foca o sintoma, o serviço de saúde ocupacional foca a aptidão pontual, a organização foca a produtividade e o sistema previdenciário foca o benefício, sem que exista, com frequência, um ator responsável por integrar essas perspectivas ao longo do tempo [8, 9].

Justifica-se, assim, uma revisão que não se limite a enumerar preditores e intervenções, mas que examine criticamente como transformar evidência dispersa em prática coordenada. O objetivo é duplo: sintetizar criticamente as evidências sobre determinantes, intervenções e coordenação do retorno ao trabalho nos TMC e propor, a partir dessa síntese, um roteiro prático e intervencionista, orientado ao retorno sustentável.

O argumento central é que, nos TMC, a remissão sintomática, embora relevante, é insuficiente para assegurar recuperação funcional, capacidade laboral e retorno sustentável; os melhores resultados tendem a depender de intervenções integradas que combinem tratamento clínico, avaliação funcional, atuação dirigida ao trabalho, adaptações, participação do trabalhador e coordenação entre os atores. Essa tese é examinada à luz do que as fontes efetivamente sustentam.

MÉTODO

Optou-se por uma revisão narrativa crítica, e não por uma revisão sistemática, por razões técnicas relacionadas à natureza do objeto. A pergunta é integrativa e orientada à prática, como articular determinantes, intervenções e coordenação em um roteiro aplicável, e não uma pergunta

de eficácia única, respondível por síntese quantitativa de estudos homogêneos.

O corpo de evidências pertinente é deliberadamente heterogêneo: inclui protocolos de ensaios, estudos qualitativos, revisões de escopo e fontes institucionais que uma revisão sistemática, por seus critérios rígidos de elegibilidade, tenderia a excluir, empobrecendo as dimensões conceituais, contextuais e de implementação centrais a este tema [7, 10]. Para mitigar as limitações reconhecidas da abordagem narrativa, adotou-se procedimento transparente e observaram-se os critérios de qualidade da escala para avaliação de revisões narrativas [SANRA](#) [11].

Estratégia de busca

Foram consultadas seis bases: [MEDLINE/PubMed](#), [Embase](#), [PsycINFO](#), [Scopus](#), [Web of Science](#) e [LILACS](#). Priorizaram-se publicações dos últimos dez anos (janeiro de 2015 a julho de 2026), incluindo-se referências seminais anteriores quando necessárias à fundamentação conceitual. A última busca foi realizada em 21 de julho de 2026. Consideraram-se documentos em português, inglês e espanhol.

Empregaram-se descritores controlados do [MeSH](#) e do [DeCS](#), combinados a termos livres, em três eixos: desfecho (*Return to Work*/Retorno ao Trabalho; *Sick Leave*/Licença Médica; *Absenteeism*/Absentéismo); condição (*Mental Disorders*/Transtornos Mentais; *Depressive Disorder*; *Anxiety Disorders*/Transtornos de Ansiedade; *Stress, Psychological*/Estresse Psicológico; e o termo livre *common mental disorders*); e contexto/intervenção (*Occupational Health*/Saúde Ocupacional; *Rehabilitation*/Reabilitação, *Work Capacity Evaluation*/Avaliação da Capacidade de Trabalho; *Workplace*; *Case Management*).

Expressão representativa, adaptada a cada base: ("*Return to Work*" OR "*sick leave*" OR *absenteeism*) AND ("*mental disorders*" OR "*common mental disorders*" OR *depression* OR *anxiety* OR "*stress-related*") AND ("*occupational health*" OR "*vocational rehabilitation*" OR "*work ability*" OR "*workplace intervention*" OR "*case management*").

Foram incluídas 28 referências, abrangendo estudos empíricos, revisões, protocolos, diretrizes e documentos institucionais. As fontes foram selecionadas por sua contribuição específica para a compreensão dos

determinantes, das intervenções, da avaliação funcional, da coordenação de caso e da sustentabilidade do retorno ao trabalho.

Excluíram-se estudos restritos a transtornos psicóticos, bipolares ou neurocognitivos sem dados aplicáveis aos transtornos mentais comuns, bem como publicações sem texto completo acessível. A seleção compreendeu leitura de títulos e resumos, seguida de leitura integral dos potencialmente elegíveis, priorizando-se as fontes de maior robustez metodológica e as de maior pertinência a cada eixo.

A síntese foi organizada por eixos conceituais e submetida a exame de convergências, divergências, limitações metodológicas e implicações práticas. Como se trata de revisão narrativa, sem meta-análise, os resultados são apresentados de forma qualitativa e a força das conclusões é caracterizada de modo prudente (evidência consistente, moderada, limitada, heterogênea, ou baseada em consenso/plausibilidade), sem rótulos quantitativos formais. Priorizaram-se, na hierarquia interpretativa, as revisões sistemáticas e a metanálise, sem desprezar o valor dos estudos qualitativos e observacionais para a compreensão de barreiras, comunicação e coordenação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Retorno ao trabalho como processo clínico, funcional e ocupacional

A imprecisão terminológica é uma das principais fontes de confusão. Melhora sintomática designa a redução de sintomas; remissão, sua ausência ou quase ausência por período definido; recuperação clínica, a estabilização do quadro. Nenhum desses conceitos equivale à recuperação funcional nem à capacidade para o trabalho, que é sempre relacional: exprime o ajuste entre os recursos do indivíduo e as demandas concretas de uma atividade específica, e evolui ao longo do próprio processo de retorno [2, 3, 12].

Distinguem-se, ainda, a prontidão para o retorno (estado dinâmico de disposição, confiança e segurança) e os desfechos: primeiro retorno, retorno parcial, retorno integral, permanência no trabalho e retorno sustentável. Não há definição única de retorno sustentável, o que compromete a comparabilidade entre estudos: alguns o operacionalizam como a manutenção de 30 dias de trabalho após o término do benefício [13]; outros protocolos definem o retorno completo como o cumprimento da jornada ordinária por, no mínimo, quatro semanas ininterruptas [14]. Somam-se a recorrência do afastamento e o presenteísmo (presença física

sem desempenho adequado), desfecho relevante e frequentemente invisível nos registros.

A consequência é metodológica e clínica. Utilizar o primeiro dia de retorno como desfecho único é enganoso: ignora se o retorno foi parcial ou integral, se foi sustentado, se implicou presenteísmo e se foi seguido de recaída. A modelagem de trajetórias latentes confirma que o retorno raramente é linear, identificando cinco padrões distintos, precoce, adiado, tardio, “em luta” (instável) e ausência de retorno, evidência de que um mesmo desfecho nominal pode encobrir percursos muito diferentes [15]. Recomenda-se, portanto, tratar o retorno como desfecho longitudinal e multidimensional [Quadro 1].

Modelo multidimensional do retorno ao trabalho

O retorno resulta da interação entre níveis clínico-individual, funcional, ocupacional e organizacional-social; nenhum nível, isoladamente, explica os desfechos observados [2, 10, 16].

1. Fatores clínicos e individuais

Gravidade e duração dos sintomas, comorbidades e episódios prévios associam-se ao retorno, mas de forma menos determinante do que a intuição clínica sugere. As variáveis subjetivas são as crenças sobre a própria capacidade, autoeficácia e, sobretudo, as expectativas de capacidade futura. Tais aspectos mostram-se como preditores robustos, por vezes acima da gravidade diagnóstica [2, 3, 10]. Trabalhadores com autoeficácia positiva para o retorno retornaram cerca de três meses antes daqueles com expectativas negativas [9]. A história prévia de tratamento psiquiátrico funciona como preditor negativo relevante [3]. Fatores sociodemográficos, ao contrário, são inconsistentes: a idade avançada tende a associar-se a maior incapacidade, mas sexo, escolaridade e estado civil variam entre estudos [2, 10, 17].

2. Funcionalidade e capacidade laboral

A funcionalidade relevante nos TMC é sobretudo cognitiva e emocional: concentração, memória de trabalho, velocidade de processamento, regulação emocional, energia, tolerância ao estresse e relações interpessoais. É crucial diferenciar capacidade abstrata de desempenho em contexto: um trabalhador pode ter capacidade preservada em ambiente controlado e, ainda assim, não sustentar o desempenho diante das demandas reais da função [12, 16].

3. *Características do trabalho*

O ambiente psicossocial é determinante, e não pano de fundo. Baixo controle sobre decisões, altas demandas, baixo suporte da liderança, insegurança, conflito de papéis e injustiça organizacional dificultam o retorno; autonomia, clareza de papel, suporte social e possibilidade de adaptação o facilitam. Em estudo prospectivo, o controle sobre decisões e as oportunidades de desenvolvimento predisseram o retorno mesmo após ajuste para a gravidade dos sintomas [16].

4. *Contexto organizacional e social*

Cultura organizacional, estigma, políticas de afastamento, legislação, sistemas de compensação e acesso a serviços condicionam o processo em nível macro [1, 7, 18]. Esses fatores dependem fortemente do país, o que limita a transposição automática de achados escandinavos ou norteeuropeus para realidades como a brasileira [19, 20].

Determinantes, barreiras e facilitadores

Organizar os fatores prognósticos exige distinguir sua natureza epistemológica. A maior parte da evidência é observacional e estabelece associação e predição, não causalidade; poucos desenhos permitem afirmar mediação ou moderação. A natureza multifatorial do retorno, aliás, também é descrita para outras condições incapacitantes [17, 21]. Importa, ainda, separar fatores modificáveis dos não modificáveis.

Entre os de evidência mais consistente estão a duração do afastamento na avaliação (quanto maior, menor a probabilidade de retorno), a história de afastamentos prévios, as expectativas do trabalhador e o ambiente psicossocial [2, 3, 10, 16]. Expectativas e ambiente psicossocial são particularmente valiosos por serem, ao menos parcialmente, modificáveis. Sexo, idade e escolaridade têm valor prognóstico inconsistente e não devem, isoladamente, orientar decisões [2, 10, 17].

A análise por diagnóstico acrescenta nuance: os preditores não são idênticos entre os TMC. Em análise secundária de ensaio, ser homem, solteiro, com comorbidade psiquiátrica ou vindo do desemprego associou-se a retorno mais lento; e os preditores psicológicos diferiram entre ansiedade, em que a qualidade de vida se destacou, e depressão, em que a autoeficácia específica foi mais saliente [17]. Isso adverte contra tratar os TMC como categoria homogênea [Quadro 2].

Intervenções clínicas e recuperação funcional

O tratamento clínico, que inclui psicofarmacologia e psicoterapia, é frequentemente necessário, mas raramente suficiente para o retorno. Intervenções eficazes na redução de sintomas não são automaticamente eficazes na redução do tempo de afastamento ou na sustentação do retorno [3, 6, 22]. É a expressão terapêutica do paradoxo da recuperação: melhora clínica e melhora ocupacional são desfechos correlacionados, porém, dissociáveis.

Duas leituras são coerentes com os dados. A psicoterapia padrão, quando não incorpora objetivos ocupacionais explícitos, tende a melhorar sintomas sem impactar proporcionalmente o retorno [3, 22]; e a capacidade de trabalho e os sintomas são apenas modestamente correlacionados, exigindo aferições e alvos distintos [2, 12]. Daí a recomendação de que o tratamento incorpore explicitamente a melhora da capacidade de trabalho e das expectativas como alvos, e não apenas o alívio sintomático [3].

A psicoeducação orientada ao trabalho é proposta como intervenção precoce de baixo custo, com hipótese de melhorar o lócus de controle e encurtar a licença; parte dessa literatura, porém, corresponde a protocolos ainda sem resultados publicados, o que exige cautela [14]. Em síntese, a evidência é consistente quanto à insuficiência do tratamento clínico isolado para o desfecho ocupacional e apenas moderada a limitada quanto à eficácia ocupacional específica de cada modalidade clínica.

Intervenções orientadas ao trabalho e abordagens multicomponentes

Se o tratamento clínico isolado é insuficiente, o que faz diferença? A resposta mais consistente é o contato estruturado com o local de trabalho. A revisão sistemática com metanálise identificou que abordagens multicomponentes e, sobretudo, aquelas que incluem algum contato com o ambiente de trabalho apresentam os melhores resultados, com destaque para intervenções voltadas a quadros relacionados ao estresse [6]. O contato com o trabalho funciona como o “ingrediente ativo” das intervenções eficazes.

Sob esse guarda-chuva situam-se a terapia cognitivo-comportamental focada no trabalho (work-focused CBT), a terapia de resolução de problemas (problem-solving therapy) aplicada às dificuldades laborais, o retorno gradual, a avaliação e modificação das tarefas e o apoio da liderança [6, 8, 22].

A magnitude pode ser clinicamente relevante: em ensaio comparativo, a terapia cognitivo-comportamental focada no trabalho antecipou o retorno em cerca de 65 dias em relação à convencional [23].

A revisão de intervenções em serviços de saúde ocupacional observou que resolução de problemas ou terapia focada no trabalho podem melhorar a capacidade laboral, ainda que os efeitos sobre os sintomas sejam muitas vezes incertos, o que configura uma nova evidência da dissociação entre desfechos clínicos e ocupacionais [22].

A hipótese de que intervenções combinadas superam as exclusivamente clínicas é plausível e parcialmente sustentada, mas metodologicamente incorreta: as intervenções multicomponentes reúnem, em graus variáveis, componentes clínicos, ocupacionais, de coordenação, de comunicação e de envolvimento da liderança, o que impede, na maioria dos desenhos, isolar a contribuição de cada elemento [6, 9].

Um estudo quase-experimental de aplicação digital conduzida por um coordenador de retorno reduziu a duração da licença em cerca de três meses (85 dias) em comparação ao acompanhamento apenas pelo coordenador, vantagem que se manteve substancial (81 dias) quando a intervenção começou dois meses após o início da licença [9].

A qualidade dessa evidência é heterogênea: muitos estudos apresentam risco de viés elevado, amostras pequenas e dificuldade de cegamento em intervenções comportamentais [8, 14, 22]; e boa parte provém de sistemas escandinavos e neerlandeses, o que limita a generalização [10]. Prudência interpretativa recomenda afirmar que o contato com o trabalho é o componente mais consistentemente associado ao sucesso, sem lhe atribuir, isoladamente, um efeito causal isolável dos demais [Quadro 3].

Avaliação clínica, funcional e ocupacional

Uma avaliação útil deve ser multidimensional e distinguir avaliação clínica de avaliação de capacidade laboral. A dimensão clínica cobre diagnóstico, gravidade, risco, comorbidades e tratamento; a funcional, o desempenho cognitivo e emocional em contexto; a ocupacional, as demandas reais da atividade, as barreiras e facilitadores do ambiente, as adaptações possíveis, o histórico de afastamentos e as expectativas. O diagnóstico, isoladamente, não determina a capacidade para o trabalho [2, 12, 16].

Os instrumentos padronizados podem estruturar a avaliação, como complemento ao julgamento clínico. Para sintomas, medidas de sofrimento

geral, como o *Clinical Outcomes in Routine Evaluation*, Outcome Measure ([CORE-OM](#)), e escalas específicas, como o *Patient Health Questionnaire-9* ([PHQ-9](#)), o *Generalized Anxiety Disorder-7* ([GAD-7](#)) e a *Hospital Anxiety and Depression Scale* ([HADS](#)).

Para funcionalidade, as subescalas de funcionamento e de sintomas da *Global Assessment of Functioning* ([GAF-F](#) e GAF-S) e a *Work and Social Adjustment Scale* ([WSAS](#)). Para capacidade e autoeficácia, o *Work Ability Index* ([WAI](#)), cuja pergunta preditiva sobre a percepção da própria capacidade daqui a dois anos dialoga com o peso prognóstico das expectativas, e a *Return-to-Work Self-Efficacy* ([RTW-SE](#)), preditor robusto. A escolha deve adequar-se ao contexto e à validação local.

A avaliação tem limites éticos e técnicos: a assimetria de poder entre trabalhador, empregador e perito, o risco de estigmatização e a possibilidade de que sintomas afetivos enviessem o autorrelato das condições de trabalho exigem triangulação de fontes e transparência de propósito [[16](#)].

Prontidão para o retorno

A prontidão é um estado dinâmico, e não um limiar fixo. Depende de estabilidade clínica, segurança, funcionalidade suficiente para as demandas, motivação, confiança e, de modo crítico, da possibilidade de adaptação do trabalho [[3](#), [12](#)]. Por ser dinâmica, deve ser reavaliada ao longo do processo.

Uma controvérsia central merece exame explícito: não é necessário aguardar a remissão sintomática completa para todo retorno. Há situações em que o retorno precoce, com adaptações adequadas, favorece a recuperação funcional e a reconstrução da identidade laboral; e há situações em que o mesmo retorno, sem adaptações ou em ambiente adverso, é prematuro e potencialmente prejudicial. A evidência não autoriza tratar retorno precoce como regra universal nem como equivalente a retorno seguro [[3](#), [16](#)].

Retorno gradual e adaptações laborais

O retorno gradual (*graded return to work*) e as adaptações razoáveis (*workplace accommodations*) traduzem o princípio de ajustar demandas à capacidade residual: redução temporária de jornada, modificação de tarefas, flexibilização de metas, pausas programadas, previsibilidade, apoio a demandas cognitivas, mudança temporária de função e, quando

pertinente, trabalho remoto ou híbrido [6, 8]. A confidencialidade quanto ao diagnóstico deve ser preservada, comunicando-se apenas as limitações e necessidades funcionais.

A eficácia dessas medidas depende de indicação, dosagem e monitoramento. Riscos reais incluem o prolongamento indefinido de adaptações transitórias, a subutilização do trabalhador e a cristalização de arranjos que sinalizam menor valor. Recomenda-se definir progressão esperada e pontos de reavaliação, tratando as adaptações como processo dinâmico. As fontes sustentam a lógica geral, mas não fornecem parâmetros normativos universais de duração e progressão, que devem ser individualizados [6].

Participação do trabalhador e tomada de decisão compartilhada

A participação ativa do trabalhador é, ao mesmo tempo, imperativo ético e fator prognóstico plausível, coerente com o peso das expectativas e da autoeficácia [2, 3, 7]. Envolvê-lo na escolha das adaptações e na definição de metas favorece a responsabilização e o senso de controle, centrais em marcos de recuperação centrada na pessoa [7].

A decisão compartilhada tem limites: não deve transferir ao trabalhador a responsabilidade integral pelo sucesso, o que reproduziria a lógica de responsabilização individual que a evidência sobre ambiente psicossocial contesta [16]. Há zonas de conflito legítimo entre preferências, exigências de segurança e demandas da função, que requerem mediação, e não simples deferência.

Comunicação, confidencialidade e compartilhamento de informações

A comunicação entre assistência, saúde ocupacional e gestão é decisiva e delicada. O princípio orientador é a distinção entre diagnóstico e limitações funcionais: à organização interessa saber o que o trabalhador pode e não pode fazer e de que adaptações necessita, não o rótulo diagnóstico. O compartilhamento deve basear-se em consentimento e restringir-se ao necessário para o retorno seguro [8].

Tanto a comunicação insuficiente quanto o compartilhamento excessivo geram dano: a primeira inviabiliza adaptações e coordenação; o segundo expõe o trabalhador a estigma e discriminação. As regras concretas variam conforme a legislação e as instituições de cada país, e esta revisão não oferece aconselhamento jurídico específico. No Brasil, a interface entre

sigilo médico, normas de saúde e segurança do trabalho e proteção de dados exige protocolos institucionais claros [1, 24].

Papéis, responsabilidades e coordenação do processo

O processo mobiliza múltiplos atores, trabalhador, médico assistente, psiquiatra, psicólogo, médico do trabalho e equipe de saúde ocupacional, liderança imediata, recursos humanos, coordenador de caso, empregador, seguradora e sistema previdenciário, cujas responsabilidades se articulam e, não raro, se sobrepõem ou se omitem. Tratar esses papéis como compartimentos estanques é uma das causas estruturais da fragmentação [8, 9, 18].

O médico assistente e o psiquiatra devem deslocar o foco do sintoma para a funcionalidade e as expectativas, integrando objetivos ocupacionais ao plano terapêutico [3]. A saúde ocupacional avalia a interface entre capacidade e demandas e orienta as adaptações. A liderança imediata é facilitador crítico, provendo suporte e viabilizando ajustes [16]. O trabalhador participa ativamente; o coordenador de caso orquestra a comunicação e a continuidade. As zonas de conflito surgem tipicamente nas interfaces, entre assistência e perícia, entre saúde ocupacional e gestão, entre proteção ao trabalhador e produtividade, e são precisamente onde a coordenação agrega valor [Quadro 4].

A coordenação é o eixo em torno do qual gravita esta proposta. A fragmentação, falhas de comunicação, ausência de liderança do processo, descontinuidade e falta de revisão do plano, é apontada de forma recorrente como obstáculo, ainda que a evidência sobre modelos específicos seja mais consensual e plausível do que experimentalmente robusta [8, 9, 18].

Convém distinguir a coordenação administrativa, a clínica, a ocupacional e a gestão integrada do caso, que as articula sob responsabilidade de um coordenador identificável. A figura do coordenador de retorno ao trabalho (*return-to-work coordinator*) concentra mediação, escalonamento, revisão periódica do plano e definição de critérios de encerramento [9].

Um estudo quase-experimental sugeriu que uma ferramenta digital conduzida por esse coordenador otimiza a comunicação e reduz a duração da licença, evidência incipiente, com amostra pequena e desenho não randomizado, não uma demonstração causal definitiva [9]. O desenvolvimento participativo de programas colaborativos e sustentáveis,

envolvendo organizações públicas e privadas, ilustra um caminho promissor de implementação [25]. Recomenda-se adotar coordenação estruturada por sua plausibilidade e coerência com os determinantes conhecidos, reconhecendo que os modelos ótimos ainda carecem de validação comparativa.

Monitoramento e prevenção de recaídas

O retorno efetivo não encerra o cuidado. As primeiras semanas e meses concentram risco de sobrecarga, conflito, dificuldade de desempenho, presenteísmo, queda de adesão e sinais precoces de deterioração. A recorrência é desfecho relevante: estimativas situam a recaída entre 20% e 30% dos trabalhadores que retornam [26, 27]. Esse dado reforça que a sustentabilidade, e não o primeiro retorno, deve ser o alvo da gestão.

O monitoramento estruturado, que inclui acompanhamento clínico continuado, verificação da adequação das adaptações, atenção ao presenteísmo e progressão planejada da jornada, é coerente com a natureza processual e instável do retorno [15].

Há sinal preliminar de que a coordenação estruturada mitiga a recorrência: no estudo quase-experimental já citado, o grupo com apenas o coordenador apresentou 13,2% de recaída em três meses de seguimento, contra 0% no grupo que também utilizou a ferramenta digital de apoio; os autores atribuem parte do efeito à estabilização de sintomas [9]. Esses números baseiam-se em poucos eventos e amostra reduzida, devendo ser lidos como promissores, não conclusivos. Tratar a alta do afastamento como fim do processo é um erro conceitual que a evidência sobre trajetórias e recorrência desautoriza.

Indicadores de sucesso

A avaliação do sucesso exige distinguir indicadores de processo (tempo até a primeira reunião de planejamento, existência de plano formal, qualidade da coordenação, adesão às adaptações) de indicadores de desfecho (tempo até o primeiro retorno, retorno parcial e integral, retorno sustentável, duração acumulada do afastamento, novos afastamentos, permanência no emprego, capacidade laboral, funcionalidade, sintomas, produtividade, presenteísmo, satisfação e qualidade de vida).

Cada indicador tem limitações: o tempo até o primeiro retorno ignora a sustentabilidade; medidas de sintomas capturam mal a funcionalidade; a

produtividade é difícil de aferir sem viés; o presenteísmo é sistematicamente subnotificado.

A recomendação metodológica é privilegiar desfechos sustentáveis e multidimensionais e reportar, sempre que possível, a perspectiva do trabalhador ao lado das métricas organizacionais. A escassez de estudos com desfechos de longo prazo e medidas funcionais robustas é, ela própria, uma limitação estrutural da literatura [10, 15].

Roteiro prático para a gestão e coordenação do retorno ao trabalho

As evidências convergem para o fluxo de atuação a seguir, uma orientação técnica derivada da literatura, e não protocolo universal. A força de cada etapa varia, e a aplicação deve ser individualizada ao caso, à organização e ao contexto regulatório. O [Quadro 5](#) sintetiza objetivos, responsáveis, critérios de progressão, indicadores e sinais de alerta.

Etapa 1. Identificação precoce do risco de afastamento prolongado

Rastrear, no início da licença, quem tem maior probabilidade de incapacidade duradoura, avaliando expectativas de retorno, duração do afastamento e histórico. Responsável: assistência/saúde ocupacional. Evidência consistente para expectativas, duração e história de afastamento como preditores [2, 3, 10].

Etapa 2. Avaliação clínica, funcional e ocupacional

Obter panorama multidimensional através da análise clínica, documental e através de instrumentos validados se necessário ([PHQ-9](#)/[GAD-7](#)/[HADS](#), [WSAS](#), [WAI](#), [RTW-SE](#)), distinguindo capacidade de sintoma. Sinal de alerta: melhora clínica sem ganho funcional. Sintomas e capacidade de trabalho correlacionam-se apenas modestamente [2, 12].

Etapa 3. Mapeamento de barreiras e facilitadores

Analisar o ambiente psicossocial de destino (controle, suporte, demandas, estigma). Estratégia: sensibilização de lideranças. Controle e suporte predizem retorno mesmo após ajuste para sintomas [16].

Etapa 4. Avaliação da prontidão

Aferir disposição, autoeficácia e adequação às demandas. A prontidão é dinâmica e não exige remissão completa em todos os casos. Expectativas/autoeficácia como forte preditor [2, 3, 9].

Etapa 5. Construção compartilhada do plano

Definir metas e cronograma com participação do trabalhador. Responsável: coordenador de caso. Participação coerente com o peso de expectativas e autoeficácia [3, 7].

Etapa 6. Definição das adaptações

Ajustar jornada, tarefas, metas, apoio cognitivo e comunicação, com progressão prevista. Risco: adaptação permanente não intencional. Contato com o trabalho como componente crítico [6].

Etapa 7. Atribuição de responsabilidades e comunicação

Explicitar papéis e interfaces; comunicar limitações funcionais (não diagnóstico), com consentimento. Risco: fragmentação e dificuldades no compartilhamento de tarefas/informações [8, 18].

Etapa 8. Implementação do retorno (preferencialmente gradual)

Executar retorno protegido com aumento progressivo de carga, apoiado por coordenador e ferramenta digital quando disponível. Sinal de alerta: piora na reentrada [9].

Etapa 9. Monitoramento inicial

Detectar precocemente sobrecarga e presenteísmo nas primeiras semanas. Indicadores: presenteísmo, adesão às adaptações. Primeiras semanas como janela de risco [15].

Etapa 10. Ajustes progressivos

Adequar o plano à evolução, revisando jornada, tarefas e suporte. Critério: progressão sustentada sem deterioração. Natureza processual e não linear [15].

Etapa 11. Prevenção de recaídas

Manter acompanhamento clínico e plano de contingência, com atenção a estressores. Recorrência de 20%–30%; coordenação como possível fator de mitigação [9, 26, 27].

Etapa 12. Consolidação do retorno sustentável

Verificar permanência estável sem novo afastamento por período definido (ex.: 30 dias após o benefício ou quatro semanas de jornada plena). Sustentabilidade como desfecho preferível ao primeiro retorno [13, 14].

Etapa 13. Encerramento ou transição do acompanhamento

Definir critérios de alta do processo de coordenação e transição para o cuidado de rotina. Risco: encerramento precoce. Evidência: consenso/plausibilidade. A [Figura 1](#) representa o fluxo com seus pontos de decisão e ciclos de retroalimentação.

Aplicabilidade ao contexto brasileiro

A transposição das evidências, majoritariamente escandinavas, neerlandesas e norte-europeias, ao Brasil exige cautela explícita. O país dispõe de política pública de saúde do trabalhador e de reabilitação profissional conduzida pelo Instituto Nacional do Seguro Social, com equipe multiprofissional e normativa própria, mas carece de um programa estruturado e coordenado de retorno ao trabalho nos moldes internacionais [24]. Estudo nacional de tendências evidenciou demora expressiva no acesso à reabilitação profissional e baixa taxa de reemprego após o programa, sinalizando gargalos estruturais que antecedem qualquer intervenção clínica [20].

O cenário epidemiológico reforça a urgência: o crescimento de 134% dos benefícios por saúde mental no trabalho entre 2022 e 2024, a concentração em setores como administração pública, bancos e atenção hospitalar, e a associação relatada com fatores organizacionais, assédio, sobrecarga e precarização, indicam que barreiras estruturais e psicossociais podem preponderar sobre variáveis estritamente clínicas [4].

A recente atualização da Norma Regulamentadora nº 1, que torna obrigatória a avaliação e a gestão de riscos psicossociais pelos empregadores, cria janela regulatória favorável a práticas coordenadas de prevenção e retorno [4].

Estudos brasileiros específicos sobre preditores de retorno e de retorno sustentável após transtornos mentais começam a preencher a lacuna local e devem ancorar as recomendações nacionais, em preferência a extrapolações estrangeiras [19, 28].

Fatores como informalidade, heterogeneidade entre organizações de pequeno e grande porte e a arquitetura da interface entre médico assistente, médico do trabalho e perícia previdenciária configuram um contexto distinto. Onde faltam evidências brasileiras suficientes, declara-se a limitação em vez de adaptar recomendações estrangeiras de forma automática.

Controvérsias e limites

Diversas tensões devem ser preservadas, e não dissolvidas em consenso artificial. A *primeira* é o retorno antes da remissão completa: benéfico em certos arranjos, prematuro em outros, sem regra universal [3, 16]. A *segunda* é o risco de medicalização e de responsabilização individual do trabalhador, contraposto pela evidência de que o ambiente psicossocial é determinante modificável [16]. A *terceira* é a dificuldade de isolar componentes de intervenções complexas, que impõe modéstia às afirmações de superioridade [6, 9].

Somam-se limitações transversais: a heterogeneidade das definições de retorno e das intervenções, a baixa comparabilidade entre estudos, o viés de seleção em amostras de ensaios e de serviços especializados [17, 28, 29], o forte viés geográfico [10] e a generalização indevida entre transtornos [17]. Estudos que incluem casos hospitalizados, de maior gravidade e além do escopo estrito dos TMC, mostram desfechos ocupacionais piores e a persistente exclusão da perspectiva do empregador [18].

Lacunas de conhecimento e agenda de pesquisa

As lacunas são específicas e convergentes: faltam definições uniformes de retorno e de retorno sustentável; faltam desfechos de sustentabilidade e seguimentos prolongados, medidas funcionais robustas e atenção sistemática à recorrência; e faltam estudos de implementação e de modelos de coordenação com desenho comparativo, a coordenação é amplamente recomendada, mas pouco testada [8, 9]. Faltam, ainda, análises de custo-efetividade.

Há sub-representação de países de renda média e escassez de evidências brasileiras robustas, sobretudo sobre trabalhadores informais, sobre a interface previdenciária e sobre intervenções organizacionais, e não apenas individuais [19, 20, 27]. Investigar intervenções sobre o ambiente psicossocial em nível de sistema, alinhadas à nova exigência regulatória, é prioridade coerente com o que os determinantes revelam [4, 16]. Por fim, o suporte assistido por coordenador e por ferramentas digitais merece ensaios controlados que superem os desenhos quase-experimentais atuais [9].

CONCLUSÃO

A gestão baseada em evidências do retorno ao trabalho nos transtornos mentais comuns requer abandonar a equação implícita entre ausência de sintomas e capacidade laboral.

A remissão sintomática é relevante, mas insuficiente: os desfechos ocupacionais dependem da recuperação funcional, das expectativas e da autoeficácia do trabalhador e, sobretudo, das condições às quais ele retorna.

O componente mais consistentemente associado ao sucesso é o contato estruturado com o local de trabalho; o fator estrutural mais decisivo é a coordenação entre assistência, saúde ocupacional, organização e sistema previdenciário.

Distinguindo o robusto do prudencial, há evidência consistente de que o tratamento clínico isolado não basta e de que expectativas e ambiente psicossocial predizem o retorno, evidência moderada a favor das intervenções orientadas ao trabalho, e sustentação sobretudo teórica e quase-experimental para os modelos de coordenação.

O roteiro proposto operacionaliza essa hierarquia sem convertê-la em protocolo rígido, e sua adoção no Brasil depende de validação local e de superação de barreiras estruturais.

Referências

1. World Health Organization. Guidelines on mental health at work [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>

2. Victor M, Lau B, Ruud T. Predictors of return to work 6 months after the end of treatment in patients with common mental disorders: a cohort study. J Occup Rehabil. 2018;28(5):548-58. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9747-5> PMid:29234955 PMCID:PMC6096513

3. Victor M, Lau B, Ruud T. Predictors of return to work among patients in treatment for common mental disorders: a pre-post study. BMC Public Health. 2017;18(1):27. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4581-4> PMid:28720129

4. Observatório de Segurança e Saúde no Trabalho. Promoção do meio ambiente do trabalho guiada por dados [Internet]. Brasília: Ministério Público do Trabalho; Organização Internacional do Trabalho; 2025 [citado 2026 Jul 21]. Disponível em: <https://smartlab.mpt.mp.br/sst>
5. Macedo JWL, Silva AB. Afastamentos do trabalho no Brasil por transtornos mentais e comportamentais: o que revelam os números da Previdência Social? Rev Bras Estud Organ. 2018;3(1):39-49. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/mepad/article/view/40644>
6. Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work for sick-listed workers with common mental disorders, stress-related disorders, somatoform disorders and personality disorders. Occup Environ Med. 2018;75(9):675-86. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073> PMID:29954920
7. Green F, Matthews LR, Hancock N. Return-to-work experiences of individuals with common mental disorders within disability-based insurance systems explored within a mental health recovery framework: a scoping review. Disabil Rehabil. 2025;47(1):1-15. <https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2331069> PMID:38511391
8. Björk Brämberg E, Holmgren K, Bültmann U, Gyllensten H, Hagberg J, Sandman L, Bergström G. Increasing return-to-work among people on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial of a problem-solving intervention versus care-as-usual conducted in the Swedish primary health care system (PROSA). BMC Public Health. 2018;18(1):889. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5816-8> PMID:30021545 PMCID:PMC6052693
9. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Lecomte T, Guay S, Panaccio A, Giguère CÉ. Web-enhanced return-to-work coordination for employees with common mental disorders: reduction of sick leave duration and relapse. BMC Public Health. 2025;25(1):676. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21716-5>

10. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of sickness absence and return to work among employees with common mental disorders: a scoping review. J Occup Rehabil. 2018;28(3):393-417.
<https://doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1> PMid:28980107
PMCID:PMC6096498
11. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA - a scale for the quality assessment of narrative review articles. Res Integr Peer Rev. 2019;4:5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
PMid:30962953
12. Sikora A, Stegmann R, Schröder UB, Schulz IL, Wegewitz U, Bültmann U. Work ability during the return to work process: results from a mixed methods follow-up study among employees with common mental disorders. J Occup Rehabil. 2026;36(1):248-61.
<https://doi.org/10.1007/s10926-024-10262-3> PMid:39915346
PMCID:PMC12906556
13. van Beurden KM, Joosen MCW, Terluin B, van Weeghel J, van der Klink JJL, Brouwers EPM. Use of a mental health guideline by occupational physicians and associations with return to work in workers sick-listed due to common mental disorders: a retrospective cohort study. Disabil Rehabil. 2018;40(22):2623-31.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1347209> PMid:28683580
14. Pedersen P, Søgaaard HJ, Yde BF, Labriola M, Nohr EA, Jensen C. Psychoeducation to facilitate return to work in individuals on sick leave and at risk of having a mental disorder: protocol of a randomised controlled trial. BMC Public Health. 2014;14:1288.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1288> PMid:25516423
PMCID:PMC4300682
15. Toropova A, Björk Brämberg E, Bergström G. Return to work trajectories of Swedish employees on sick-leave due to common mental disorders. J Occup Rehabil. 2025;35(3):479-90.
<https://doi.org/10.1007/s10926-024-10216-9> PMid:38907784
PMCID:PMC12361341

16. Lau B, Shiryaeva O, Ruud T, Victor M. What are they returning to? Psychosocial work environment as a predictor of returning to work among employees in treatment for common mental disorders: a prospective observational pre-post study. PLoS One. 2019;14(4):e0215354.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215354> PMid:31017935

PMCID:PMC6481810

17. Ayala-García A, Serra L, Rodriguez-Arjona D, Benavides FG, Utzet M. Understanding Return to Work After a Cancer-Related Sickness Absence. Perceptions of Barriers and Facilitators Among all Relevant Stakeholders. Psychooncology. 2024;33(12):e70036.

<https://doi.org/10.1002/pon.70036> PMid:39643597

PMCID:PMC11624155

18. Mernyi L, Hölzle P, Hamann J. Psychiatric inpatient treatment and return to work. Psychiatr Prax. 2022;49(6):314-21.

<https://doi.org/10.1055/s-0043-101901> PMid:28499318

19. 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.

<https://doi.org/10.47626/1679-4435-2025-1360> PMid:40969589 PMCID:PMC12443380

20. Miranda CB, Silva-Junior JS, Fernandes GA, Fischer FM. Trends in the cumulative incidence of vocational rehabilitation indicators in Brazil, 2007-2016. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):3952.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17113952>

PMid:32503137 PMCID:PMC7313003

21. Rashid M, Kristofferzon ML, Nilsson A, Heiden M. Factors associated with return to work among people on work absence due to long-term neck or back pain: a narrative systematic review. BMJ Open. 2017;7(6):e014939.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014939> PMid:28674139 PMCID:PMC5734441

22. Axén I, Björk Brämberg E, Vaez M, Lundin A, Bergström G. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. Int

- ↑ Arch Occup Environ Health. 2020;93(7):823-38.
↑ <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01535-4> PMid:32246230
↑ PMCid:PMC7452923
- ↑ 23. Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Wijngaards-de Meij L, Schaufeli WB. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. J Occup Health Psychol. 2012;17(2):220-34.
↑ <https://doi.org/10.1037/a0027049> PMid:22308965
- ↑ 24. Ministério da Previdência Social (BR). Instituto Nacional do Seguro Social. Reabilitação Profissional [Internet]. Brasília: INSS; 2023 [citado 2026 Jul 21]. Disponível em:
↑ <https://www.gov.br/inss/pt-br/direitos-e-deveres/reabilitacao-profissional>
- ↑ 25. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Lecomte T, Guay S, Panaccio A. Developing a collaborative and sustainable return to work program for employees with common mental disorders: a participatory research with public and private organizations. Disabil Rehabil. 2022;44(18):5199-211.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1931481> PMid:34086528
- ↑ 26. Nielsen K, Yarker J. Thrivers, survivors or exiteers: a longitudinal, interpretative phenomenological analysis of the post-return-to-work journeys for workers with common mental disorders. Appl Psychol. 2024;73(1):267-95.
↑ <https://doi.org/10.1111/apps.12479>
- ↑ 27. Corbière M, Mazaniello-Chézol M, Lecomte T, Guay S, Panaccio A, Giguère CÉ. Web-enhanced return-to-work coordination for employees with common mental disorders: reduction of sick leave duration and relapse. BMC Public Health. 2025;25(1):676.
↑ <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21716-5> PMid:39966766
PMCID:PMC11837585
- ↑ 28. Silva-Junior JS, Martinez MC, Griep RH, Fischer FM. Return to work after a disabling mental disorder: predictors from a Brazilian 1-year longitudinal study. J Occup Environ Med. 2021;63(8):e505-11.
↑ <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002264> PMid:33990526

29. Victor M, Lau B, Ruud T. Patient characteristics in a return to work programme for common mental disorders: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2016;16(1):745.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3431-0> PMid:27502950
PMCID:PMC4977655

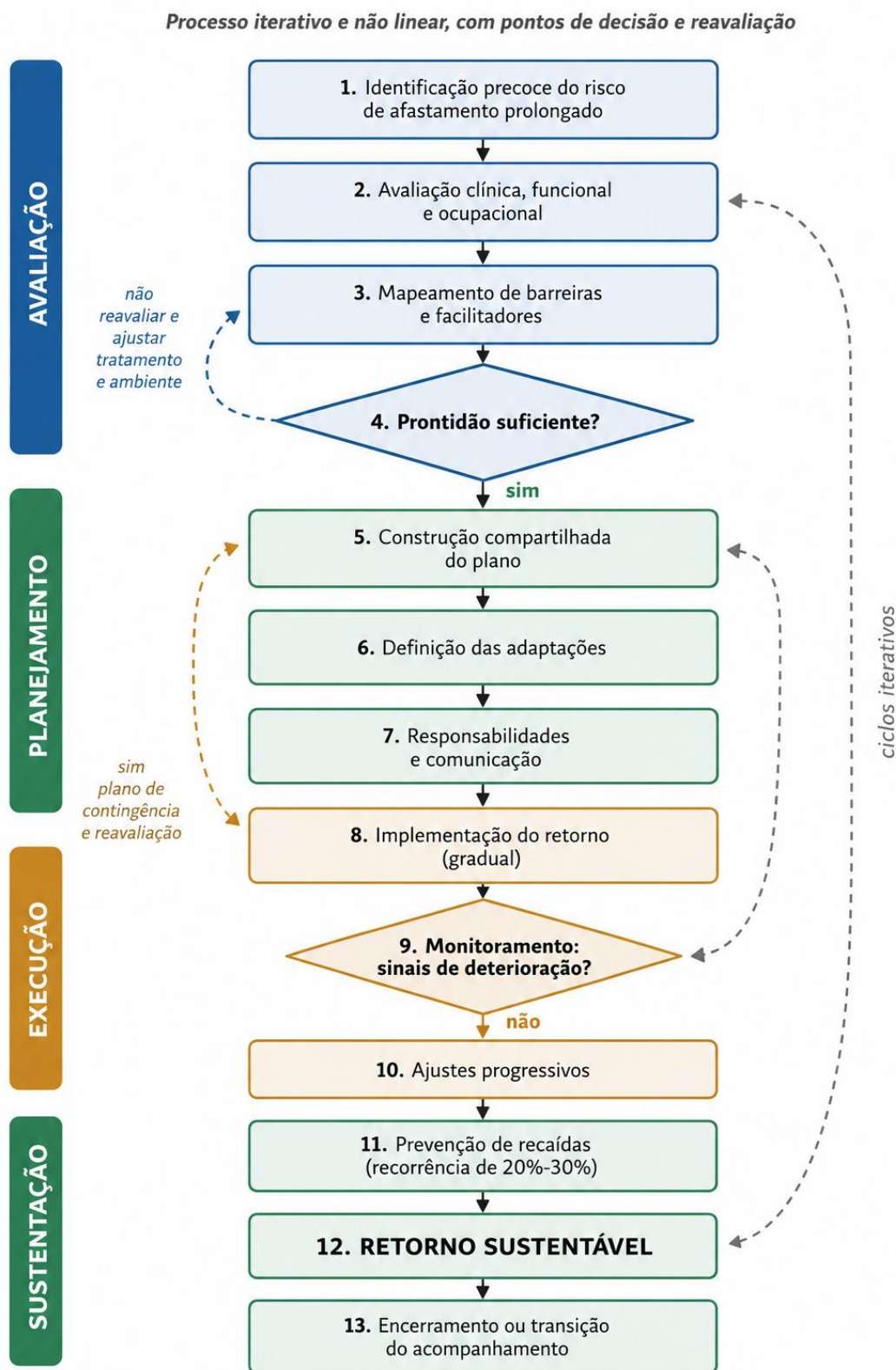


Figura 1. Fluxograma do roteiro de gestão e coordenação: A gestão do retorno é iterativa e não linear, com pontos de decisão e ciclos de reavaliação

Fonte: Os autores



Quadro 1. Conceitos e desfechos do retorno ao trabalho

Conceito	Definição	Importância	Limitações	Mensuração
Melhora / remissão sintomática	Redução ou ausência de sintomas por período definido	Alvo clássico do tratamento clínico	Não equivale a capacidade laboral	PHQ-9, GAD-7, HADS, CORE-OM
Recuperação funcional	Restabelecimento de papéis e atividades	Aproxima-se do desfecho ocupacional	Menos medida que sintomas	GAF-F, WSAS
Capacidade para o trabalho	Ajuste entre recursos do indivíduo e demandas da função	Conceito relacional central	Depende do contexto/atividade	WAI
Prontidão para o retorno	Disposição dinâmica para retomar a atividade	Orienta o momento do retorno	Estado mutável; difícil de aferir	RTW-SE; avaliação clínica
Primeiro retorno	Retomada inicial da atividade	Marco visível	Ignora sustentabilidade	Registros de afastamento
Retorno parcial / integral	Retorno com jornada/tarefas reduzidas ou plenas	Reflete gradação real	Heterogêneo entre estudos	Registros ocupacionais
Retorno sustentável	Permanência estável sem novo afastamento por período definido	Desfecho preferível ao primeiro retorno	Limiar varia entre estudos	Ausência de recidiva no período
Recorrência do afastamento	Novo episódio após o retorno	Mede a fragilidade do retorno	Definições variáveis	Novos episódios de licença
Presenteísmo	Presença sem desempenho adequado	Custo oculto do retorno precoce	Subnotificado	Escalas de presenteísmo

Fonte: Os autores.

Nota: CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7; GAF-F/GAF-S: Global Assessment of Functioning (funcionamento/sintomas); HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9; RTW-SE: Return-to-Work Self-Efficacy; WAI: Work Ability Index; WSAS: Work and Social Adjustment Scale.





Quadro 2. Determinantes do retorno ao trabalho

Domínio	Fator	Direção	Modificável	Consistênc ia	Implicação prática	Ref.
Individual	Expectativas de capacidade futura	Favorável	Parcial	Consistente	Avaliar e trabalhar expectativas desde o início	[2 , 3 , 10]
Individual	Autoeficácia para o retorno	Favorável	Sim	Moderada	Retorno mais precoce quando positiva	[3 , 9 , 17]
Clínico	História de tratamento psiquiátrico prévio	Desfavorável	Não	Moderada	Estratificar risco; não excluir retorno	[3]
Clínico	Gravidade/duração dos sintomas	Desfavorável	Parcial	Moderada	Necessária, porém insuficiente	[2 , 10]
Processo	Duração do afastamento na avaliação	Desfavorável	Sim	Consistente	Intervenção precoce	[2 , 10]
Ocupacional	Controle sobre decisões	Favorável	Sim	Consistente	Ampliar autonomia no retorno	[16]
Ocupacional	Suporte da liderança e de colegas	Favorável	Sim	Consistente	Sensibilizar e apoiar lideranças	[15 , 16]
Ocupacional	Oportunidades de desenvolvimento	Favorável	Sim	Moderada	Considerar no plano de retorno	[16]
Socio-demográfico	Sexo, idade, escolaridade	Inconsistente	Não	Baixa	Não usar isoladamente para decidir	[2 , 10 , 17]

Fonte: Os autores.





Quadro 3. Intervenções e evidências

Intervenção	Componentes	População / Comparador	Principais achados	Limitações	Aplicabilidade	Ref.
Terapia cognitivo-comportamental focada no trabalho	Terapia + objetivos ocupacionais	TMC afastados / terapia ou cuidado usual	Antecipou o retorno em cerca de 65 dias vs. terapia convencional; efeito sobre sintomas incerto	Cegamento difícil; heterogeneidade	Alta com saúde ocupacional	[22, 23]
Resolução de problemas	Foco em problemas laborais; partes interessadas	TMC (primária/saúde ocupacional) / cuidado usual	Hipótese de reduzir dias de licença e recorrência (protocolo)	Parte é protocolo sem resultados	Moderada	[8, 22]
Psicoeducação precoce	Educação + lócus de controle	Em licença/risco / cuidado usual	Hipótese de encurtar licença (protocolo)	Sem resultados publicados	Baixo custo; efeito incerto	[14]
Contato com o local de trabalho	Reuniões, ajustes, retorno gradual	TMC afastados / sem contato	Componente mais consistentemente associado ao sucesso	Difícil isolar de multicomponentes	Central e transferível	[6]
Intervenções multi-componentes	Clínico + ocupacional + coordenação	TMC afastados / cuidado usual	Reduzem o tempo até o retorno, não necessariamente a proporção que retorna	Não isola componentes	Alta, se houver coordenação	[6]
Coordenação + ferramenta digital	Coordenador de retorno + aplicação web	TMC (público/privado) / coordenador isolado	Licença cerca de três meses (85 dias) mais curta; recaída 0% vs. 13,2% em três meses	Quase-experimental; amostra pequena	Promissora; requer validação	[9]

Fonte: Os autores.



Quadro 4. Papéis e responsabilidades dos atores

Ator	Responsabilidades	Informações necessárias	Limites	Interfaces	Risco de falha
Trabalhador	Participar do plano; autogestão	Metas, necessidades de adaptação	Não é o único responsável pelo êxito	Todos os atores	Responsabilização indevida
Médico assistente / psiquiatra	Focar funcionalidade e expectativas, não só sintomas	Quadro clínico, evolução	Não determina capacidade sozinho	Saúde ocupacional	Foco exclusivo no sintoma
Psicólogo	Intervir sobre autoeficácia e enfrentamento	Funcionalidade, barreiras	Escopo terapêutico	Assistência, trabalho	Descontinuidade
Médico do trabalho / saúde ocupacional	Avaliar capacidade x demandas; orientar adaptações	Demandas da função, limitações	Sigilo do diagnóstico	Gestão, assistência	Aptidão pontual sem processo
Liderança imediata	Suporte e viabilização de ajustes	Limitações funcionais (não diagnóstico)	Confidencialidade	RH, saúde ocupacional	Estigma; ausência de suporte
Coordenador de caso	Orquestrar comunicação e continuidade	Visão integral do caso	Não substitui os demais	Todos	Ausência de liderança do processo
Empregador / organização	Políticas, cultura antiestigma, adaptações	Requisitos das funções	Produtividade x saúde	Todos	Adaptações não ofertadas
Seguradora / previdência	Benefícios; reabilitação profissional	Elegibilidade, prazos	Escopo administrativo	Assistência, trabalho	Demora e desarticulação

Fonte: Os autores.





Quadro 5. Sugestão para um roteiro prático

Etapa	Objetivo	Responsável	Critério de progressão	Indicadores	Sinais de alerta
1. Identificação precoce	Rastrear risco de afastamento prolongado	Assistência/saúde ocupacional	Caso sinalizado	Tempo até sinalização	Afastamento sem plano
2. Avaliação multidimensional	Panorama clínico-funcional-ocupacional	Equipe de saúde	Avaliação completa	WAI, RTW-SE, WSAS	Melhora clínica sem ganho funcional
3. Barreiras e facilitadores	Analisar ambiente de destino	Coordenador/saúde ocupacional	Ambiente mapeado	Controle/suporte percebidos	Baixo suporte, estigma
4. Prontidão	Aferir disposição e segurança	Clínica + trabalhador	Prontidão suficiente	Expectativas/autoeficácia	Expectativas negativas
5. Plano compartilhado	Definir metas e cronograma	Coordenador de caso	Plano acordado	Plano formal existente	Ausência de participação
6. Adaptações	Ajustar demandas à capacidade	Saúde ocupacional/gestão	Adaptações definidas e datadas	Adequação das adaptações	Adaptação virando permanente
7. Responsabilidades e comunicação	Explicitar papéis; comunicar limitações	Coordenador de caso	Papéis e canais definidos	Clareza; qualidade da comunicação	Fragmentação; sobrecompartilhamento
8. Implementação (gradual)	Retorno protegido	Gestão + coordenador	Retorno iniciado	Progressão de jornada	Piora na reentrada



9. Monitoramento inicial	Detectar sobrecarga/presenteísmo	Coordenador/saúde ocupacional	Estabilidade inicial	Presenteísmo, adesão	Sinais de deterioração
10. Ajustes progressivos	Adequar plano à evolução	Coordenador de caso	Progressão sustentada	Desempenho, funcionalidade	Estagnação/recuo
11. Prevenção de recaídas	Reduzir novo afastamento	Assistência/saúde ocupacional	Estabilidade mantida	Recorrência	Reagravamento
12. Retorno sustentável	Estabilizar o funcionamento	Coordenador de caso	Período estável definido	Retorno sustentável	Novo afastamento
13. Encerramento e Transição	Encerrar ou transferir seguimento	Coordenador de caso	Critérios de alta do processo	Transição segura	Encerramento precoce

Fonte: Os autores.

Nota: RTW-SE: Return-to-Work Self-Efficacy; WAI: Work Ability Index; WSAS: Work and Social Adjustment Scale. Roteiro como orientação prudencial, não protocolo universal.

