Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal

João Silvestre da Silva Júnior

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Saúde Ambiental

Orientadora: Profª. Drª. Frida Marina Fischer
Coorientadora: Profª. Drª. Rosane Härter Griep

São Paulo
2016

Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal

João Silvestre da Silva Júnior

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Saúde Ambiental

Orientadora: Profª. Drª. Frida Marina Fischer
Coorientadora: Profª. Drª. Rosane Härter Griep

São Paulo
2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catalogação da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva Júnior, João Silvestre da
- Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal / João Silvestre da Silva Júnior; orientadora Frida Marina Fischer; co orientadora Rosane Härter Griep. -- São Paulo, 2016.
138 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2016.

1. Retorno ao Trabalho. 2. Transtornos Mentais. 3. Inquéritos e Questionários. 4. Autoeficácia. 5. Saúde do Trabalhador. I. Fischer, Frida Marina, orient. II. Griep, Rosane Härter, co-orient. III. Título.

Dedico este trabalho ao eterno Mestre Prof. Dr. Luiz Carlos Morrone (*in memorian*), cuja vida foi voltada para a disseminação do conhecimento e encorajou diversas gerações de profissionais a lutar pela saúde dos trabalhadores brasileiros.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, seu corpo docente e técnico, onde pude desenvolver capacidades e habilidades no mais alto nível acadêmico.

Ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pela autorização que possibilitou a execução da pesquisa. E aos colegas Peritos Médicos Previdenciários pelo auxílio na coleta de dados.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio financeiro que propiciou o desenvolvimento de parte da pesquisa que originou este trabalho (Processo 442051/2014-0).

À Profª. Dra. Frida Marina Fischer, pela bela amizade que desenvolvemos no decorrer dos anos de compartilhamento de conhecimentos e que me tornou tanto um melhor profissional, quanto uma melhor pessoa.

À Prof. Dra. Lys Esther Rocha (*in memorian*) e ao Prof. Dr. Luiz Carlos Morrone (*in memorian*), pelas valiosas contribuições na qualificação do Projeto de Pesquisa deste estudo e pela dedicação ao ensino da Medicina do Trabalho no Brasil.

À Dra. Rosane Härter Griep, que aceitou a coorientação desta pesquisa e tem contribuído de forma consistente para o sucesso do projeto. À Dra. Maria Carmen Martinez, Me. Ester Paiva Souto, Ana Farias Ferrari e Carolina Cássia Conceição Abílio, pelas valiosas contribuições à pesquisa que permitiram a conclusão deste trabalho.

A Leonardo Pinto de Moraes, pelo cuidado constante, pela compreensão nos momentos mais críticos e por ser a melhor companhia de vida. À Filha Maria e Tita Maria, por esquentarem meus pés nas noites insones, enquanto concluía as etapas deste trabalho.

À minha família, que, perto ou distante, sempre é uma força motivadora e uma fonte de alegrias. Aos amigos, cuja privação de convivência foi necessária para cumprir esta jornada. Em especial, agradeço Nathalia Duprat Barros (minha Biita) por ter auxiliado na revisão da versão final.

Aos participantes do estudo, pela disponibilidade em fazer parte da pesquisa e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Silva-Júnior JS da. Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais (TM) são a terceira principal causa de incapacidade laborativa de longa duração no Brasil. Existem diversos fatores que influenciam o tempo para o retorno ao trabalho (RT) e a efetividade da reintegração laboral após um episódio de afastamento por TM. É considerado um retorno ao trabalho eficaz (RTE) quando o trabalhador se mantém no exercício das suas atividades profissionais por prazo superior a trinta dias após a volta ao trabalho. No Brasil não há estudos que descrevam fatores associados ao RT de trabalhadores afastados por TM incapacitante. **Objetivo:** Analisar os fatores que influenciam o tempo para o retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por TM e a efetividade da reintegração do trabalhador após o período de afastamento. **Métodos:** Um estudo longitudinal realizado na cidade de São Paulo entre 2014-2016 que incluiu trabalhadores do mercado formal que requeriam benefício por incapacidade. Foram conduzidas quatro fases: a) adaptação transcultural de um instrumento holandês que avalia a expectativa para o RT entre afastados por TM (N=411); b) coleta de informações sociodemográficas, comportamento de risco para a saúde, características do trabalho, condições de saúde e histórico previdenciário (N=204); c) entrevista sobre o processo de RT na empresa (N=128); d) verificação da situação do trabalhador no mercado de trabalho após 365 dias do afastamento. Foram realizadas análise de sobrevida para verificar os fatores que influenciavam o tempo para o RT e regressão logística para analisar os fatores que contribuíam para o RTE. **Resultados:** O grupo da fase longitudinal era composto na sua maioria por mulheres (71%), pessoas com idade inferior a 40 anos (68%), alta escolaridade (78%), trabalhadores em atividade de atendimento (44,1%) e diagnóstico de quadro depressivo (52%). O tempo médio para o RT foi de quase seis meses entre os 63% que tentaram voltar ao trabalho no período do estudo. Os fatores que influenciaram um retorno mais precoce foram: faixa etária entre 30-39 anos, escolaridade de mais de 12 anos de estudo, baixo consumo de álcool e ausência de sintomas ansiosos. A taxa de efetividade entre os que tentaram o retorno foi de 74%. Os fatores que influenciaram o retorno ao trabalho eficaz foram: maior tempo de trabalho na função, menor expectativa sobre o retorno ao trabalho durante o afastamento e a realização de exame médico de retorno ao trabalho. A avaliação psicométrica da versão para o português brasileiro do questionário de autoeficácia sobre o trabalho após afastamento por TM demonstrou substancial (0,64) a quase perfeita (0,86) estabilidade temporal ajustada por prevalência, boa confiabilidade interna (0,76) e estrutura bidimensional. **Conclusão:** Fatores relacionados a características sociodemográficas, ao comportamento de risco para a saúde e à condição clínica no afastamento influenciaram o tempo para o RT. Fatores relacionados a aspectos psicológicos, características da história ocupacional e o processo de acolhimento do trabalhador na empresa influenciam a efetividade do retorno. A versão para o português brasileiro do questionário de expectativa sobre o trabalho demonstrou ser adequada para o uso em populações similares à da pesquisa. Desejamos que o estudo possa contribuir para a discussão e formatação de ações públicas e privadas voltadas tanto para a prevenção terciária, quanto para intervenções em nível primário e secundário da atenção integral à saúde mental dos trabalhadores.

Palavras-chave: Retorno ao Trabalho. Transtornos Mentais. Inquéritos e Questionários. Autoeficácia. Saúde do Trabalhador.

Silva-Júnior JS da. Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal / Return to work after long term sickness absence due to mental disorders: a longitudinal study among formal labor workers [thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

Introduction: Mental disorders (MD) are the third leading cause of long-term disability in Brazil. There are several factors that influence the time to return to work (RTW) and the effectiveness of labor reintegration after an episode of sick leave due to MD. When workers remain working more than 30 days after back to work is known as sustained return-to-work (S-RTW). In Brazil, there are no studies describing factors associated with the RTW of workers in sick leave due to MD. **Objectives:** To analyze factors associated to time to RTW after an episode of long-term sickness absence due to MD and the effectiveness of those RTW. **Methods:** A longitudinal study conducted in the city of São Paulo, Brazil, from 2014-2016 included formal workers requiring disability benefit. We had four phases: a) the cross-cultural adaptation of a Dutch instrument that assesses the RTW-SE among absentees due to MD (N = 411); b) collecting demographic information, health risk behaviors, work characteristics, health conditions and social security history (N = 204); c) interview on the employer´s RTW process (N = 128); check worker's situation in the labor market after 365 days of absence. Survival analysis was performed to identify factors influencing the time for the RTW and multiple logistic regression to analyze the factors that contributed to the S-RTW. **Results:** The group of longitudinal study was composed mostly by women (71%), people aged under 40 (68%), 12 or more years of education (78%), customer service jobs (44,1%) and diagnosed as depressed (52%). The average time for the RTW was almost six months among the 63% who tried the resumption of work activities. Factors that influence an earlier return were: aged between 30-39 years, 12 or more years of education, low alcohol intake and lack of anxiety symptoms. The effectiveness rate among those who tried to return was 74%. Factors influencing the sustained RTW were job working time, return-to-work self-efficacy (RTW-SE) in baseline, and to be evaluated by a physician before RTW. The psychometric evaluation for Brazilian Portuguese version of RTW-SE questionnaire showed substantial (0.64) to almost perfect (0.86) temporal stability adjusted by prevalence, good reliability (0.76) and a two dimensions structure. **Conclusion:** Factors related to sociodemographic characteristics, risk health behaviors and medical condition influenced the time for RTW. Factors related to psychological and occupational aspects, and also the RTW process influence the effectiveness of the return. The Brazilian Portuguese version for RTW-SE showed to be suitable for use in similar populations of our research. We hope to contribute to the discussion and to stimulate public and private intervention policies on tertiary prevention, focused in early RTW, and also in primary and secondary level of integral attention to the workers mental health.

Keywords: Return to Work. Mental Disorders. Surveys and Questionnaires. Self-efficacy. Occupational health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....12
1.1. O impacto dos afastamentos por transtornos mentais.....13
1.2. O retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais.....14
1.3. O processo de retorno ao trabalho.....17
1.4. O papel do médico do trabalho.....19
2. HIPÓTESES.....22
3. OBJETIVOS.....23
4. MATERIAIS E MÉTODO.....24
4.1. Delineamento do estudo.....24
4.2. População da área de abrangência do estudo.....24
4.3. Cálculo de amostragem.....24
4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão.....25
4.5. Recrutamento dos participantes e coleta de dados.....26
4.6. Procedimentos e instrumentos de coletas de dados.....28
4.6.1. Na Fase 0.....28
4.6.2. Na Fase 1.....32
4.6.3. Na Fase 2.....37
4.6.4. Na Fase 3.....38
4.7. Análise dos dados.....39
4.7.1. Análise de perdas.....39
4.7.2. Análise do desfecho tempo do afastamento até o primeiro retorno ao trabalho.....39
4.7.3. Análise do desfecho retorno ao trabalho eficaz.....41
4.8. Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Financiamento.....41
5. RESULTADOS.....42
5.3. Sobre o tempo do afastamento até o retorno ao trabalho.....42
5.4. Sobre o retorno ao trabalho eficaz.....53
5.1. Sobre a adaptação transcultural do instrumento.....61
5.2. Sobre as análises psicométricas da adaptação transcultural do instrumento.....65
6. DISCUSSÃO.....69
6.2. Sobre o tempo e a eficácia do retorno ao trabalho.....69

6.1. Sobre a adaptação transcultural do instrumento.....77
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....80
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....86
9. CONCLUSÕES.....89
10. REFERÊNCIAS.....90
ANEXO I. Questionário Fase 1
ANEXO II. Reteste questionário Expectativas sobre o trabalho
ANEXO III. Entrevista Fase 2
ANEXO IV. Entrevista Fase 3
ANEXO V. Artigo "Brazilian cross-cultural adaptation of 'Return-to-work self-efficacy' questionnaire"
CURRICULO LATTES: João Silvestre da Silva Júnior
CURRICULO LATTES: Frida Marina Fischer
CURRICULO LATTES: Rosane Härter Griep

LISTAS DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 1. Fluxograma da participação dos sujeitos conforme fase da pesquisa 27

Quadro 2. Fluxograma do processo de adaptação transcultural do questionário *"Return-to-work self-efficacy" (Verwachtingen over werken)* para transtornos mentais 28

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos convidados a participar da pesquisa e a resposta ao convite, conforme sexo e faixa etária, São Paulo, 2014-2015 (N=221) 42

Tabela 2. Distribuição dos participantes conforme dados sociodemográficos e comportamento de risco para a saúde, e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 43

Tabela 3. Distribuição dos participantes conforme dados ocupacionais e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 44

Quadro 3. Distribuição da função exercida pelo participante na empresa de vínculo, classificado por categoria, São Paulo, 2014-2016, (N=204). 45

Tabela 4. Distribuição dos participantes conforme dados clínicos e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 47

Tabela 5. Distribuição dos participantes conforme dados previdenciários e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 48

Tabela 6. Regressão de Cox univariada e múltipla do tempo para o retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais e variáveis associadas, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 49

Figura 1. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função do sexo do participante, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 50

Figura 2. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função da faixa etária do participante, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 51

Figura 3. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função do tempo de estudo do participante, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 51

Figura 4. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função do nível de consumo de álcool dos participantes, São Paulo, 2014-2016 (N=204) 52

Figura 5. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função do nível de sintomas ansiosos dos participantes, São Paulo, 2014-2016, (N=204) 52

Figura 6. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função da efetividade do retorno ao trabalho, São Paulo, 2014-2016 (N=128) 53

Tabela 7. Distribuição dos participantes conforme dados sociodemográficos e hábitos/estilo de vida e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128) 54

Tabela 8. Distribuição dos participantes conforme aspectos do trabalho e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128) 55

Tabela 9. Distribuição dos participantes conforme dados clínicos e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128) 56

Tabela 10. Distribuição dos participantes conforme informações previdenciárias e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128) 57

Tabela 11. Distribuição dos participantes conforme histórico do retorno ao trabalho e retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128) 58

Quadro 4. Distribuição dos participantes que realizaram retorno ao trabalho e o tipo de modificações que foram realizadas pela empresa no momento do retorno, São Paulo, 2014-2016 (N=128) 59

Tabela 12. Regressão logística univariada e múltipla ajustada do retorno ao trabalho eficaz e variáveis associadas, São Paulo, 2014-2016, (N= 128) 60

Quadro 5. Versão original em holandês e adaptação transcultural para o português falado no Brasil do questionário *"Return-to-work self-efficacy" (Verwachtingen over werken)* após afastamento por transtornos mentais 64

Tabela 13. Perfil dos participantes da análise psicométrica do questionário "Expectativas sobre o trabalho" no teste e reteste do instrumento, São Paulo, 2014-2016, (N=411) 65

Tabela 14. Resultado da análise fatorial de itens do questionário "Expectativas sobre o trabalho", São Paulo, 2014-2016 (N=411) 66

Tabela 15. Análise do kappa ponderado quadrático, intervalo de confiança 95% (IC 95%) e kappa ajustado por prevalência e ajustado por viés (prevalence-adjusted and bias adjusted kappa – PABAK) do teste-reteste de itens do questionário "Expectativas sobre o trabalho", São Paulo, 2014-2016, (Nteste=411/Nreteste=108) 67

Tabela 16. Análise do alpha de Cronbach no teste e reteste de itens do questionário "Expectativas sobre o trabalho", São Paulo, 2014-2016, (Nteste=411/ Nreteste=108) 68

1. INTRODUÇÃO

O impacto dos afastamentos do trabalho por doença sobre os gastos com previdência pública é um problema global (SCHEIL-ADLUNG E SANDNER, 2010). A implantação de ações de prevenção, acolhimento, assistência e reabilitação para trabalhadores acometidos por tais agravos é um desafio aos programas de promoção de saúde do trabalhador.

No Brasil, o afastamento do trabalho devido ao adoecimento da população economicamente ativa gera importantes custos ao Estado. Em 2011, mais de R$ 2 bilhões foram destinados ao pagamento de benefícios previdenciários por incapacidade laborativa (BRASIL, 2012). No aspecto individual, a exclusão social do trabalhador adoecido pode interferir nas suas dimensões econômica e psicossomática, tornando-se um ciclo de desgaste que perpetua seu sofrimento e não contribui para a melhora do seu estado físico e mental (TOLDRÁ e col., 2010).

No panorama mundial os transtornos mentais são considerados a principal carga de anos vividos com incapacidade, principalmente os quadros depressivos e ansiosos (VIGO e col., 2016). O tempo para o retorno ao trabalho após afastamento por esses transtornos só não é mais longo do que os quadros neoplásicos (DELCLOS e col., 2010). Portanto, discutir os fatores que estão associados a um longo afastamento do trabalho por transtornos mentais, assim como aqueles que influenciam a manutenção desses afastamentos, têm sido objeto de pesquisas em diversos países.

Ainda não há consenso na literatura sobre a influência de diversas variáveis associadas ao tempo de afastamento do trabalho (CORNELIUS e col., 2011). Sabe-se, porém, que promover a reinserção do trabalhador no ambiente de trabalho depende de boas políticas organizacionais e um adequado preparo dos profissionais responsáveis. Quando realizada de forma eficaz, essa reinserção pode auxiliar na reabilitação da saúde do trabalhador e também diminuir impactos socioeconômicos de longos afastamentos das atividades laborais. Conhecer as ações de sucesso é condição fundamental para construção de diretrizes que vão guiar a difusão de boas práticas.

Este estudo se propõe a analisar fatores que influenciam o tempo para o retorno ao trabalho após um longo afastamento em decorrência de adoecimento mental. Também faz parte dos objetivos avaliar fatores que contribuem para o sucesso da reintegração sustentada após tais episódios. Durante o processo nos propusemos a desenvolver e testar uma adaptação

transcultural para o português falado no Brasil de um instrumento que aborda a autoeficácia para o trabalho após afastamento por transtorno mental.

1.1. O impacto dos afastamentos por transtornos mentais

Os sistemas previdenciários têm entre suas funções o papel de oferecer assistência financeira à população adulta contribuinte à previdência social que necessite se afastar do trabalho de forma temporária ou permanente (LUND E LABRIOLA, 2009). Apesar de ser difícil comparar realidades de diferentes países devido à adoção de legislações específicas (ROELEN e col., 2012), um dos parâmetros utilizados nas comparações de cenários é o prazo mínimo para a cobertura de afastamentos do trabalho por motivo de doença. Na Holanda, por exemplo, a concessão de benefício por incapacidade laborativa ocorre a partir do 21º dia (ROELEN e col., 2012); já na Noruega, a concessão ocorre a partir do 17º dia (OYEFLATEN e col., 2012) e, na Espanha, no 16º dia (SAMPERE e col., 2012).

No Brasil, cabe ao empregador manter o pagamento integral do salário ao funcionário ausente por doença comprovada pelo período de até 15 dias. Caso haja manutenção da incapacidade laborativa por tempo superior a esse, o trabalhador deve ser encaminhado para solicitação de benefício junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), autarquia federal vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, que avalia seu enquadramento ao auxílio-doença. Este benefício é concedido por tempo determinado ao segurado que comprove aos peritos médicos previdenciários o efetivo comprometimento de sua capacidade laborativa decorrente de algum agravo à saúde (BRASIL, 1991).

Durante o ano de 2012, cerca de 64 milhões de trabalhadores foram contribuintes do Regime Geral da Previdência Social. Aproximadamente 51 milhões dos segurados da Previdência Social são trabalhadores com contrato formal obedecendo à legislação trabalhista contida na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Cerca de 30% dessa população está concentrada no Estado de São Paulo, totalizando mais de 15 milhões de contribuintes (MPS, 2012).

ANDRADE e colaboradores (2012) conduziu estudo de base populacional na região da Grande São Paulo para pesquisar morbidades psiquiátricas e encontrou prevalência de 30% de transtornos mentais, sendo 10% considerados quadros graves. Essas taxas foram as mais elevadas entre 23 países que fazem parte do consórcio internacional financiado pela

Organização Mundial da Saúde (VIANA e col., 2009; ANDRADE e col, 2012). Segundo a pesquisa, o adoecimento causava um importante impacto negativo sobre a produtividade e o capital humano da população investigada (ANDRADE e col., 2013), observando-se aumento de gastos com saúde e perda de dias de atividade normal (CHIAVEGATTO e col., 2015).

No Brasil, entre 2008-2011, os distúrbios referentes ao Capítulo V da CID-10 (transtornos mentais e comportamentais) foram a terceira principal causa da concessão de auxílio-doença com incidência média anual de 34,87 a cada 10 mil segurados. Durante esse período, a concessão de novos benefícios previdenciários por incapacidade causou um impacto anual médio de R$ 186 milhões ao sistema previdenciário (MPS, 2012). No ano de 2011 foram concedidos cerca de 2,3 milhões de novos benefícios auxílio-doença por incapacidade para o trabalho, dos quais 9% foram decorrentes de "Transtorno mental e comportamental" (CID10 – Capítulo V) (MPS, 2012). Os grupamentos "transtornos de humor" (F30-F39) e "transtornos neuróticos, relacionados com o stress e somatoformes" (F40-F48) representaram 67,7% das concessões (MPS, 2012).

É sabido que, entre os afastamentos do trabalho por doenças, os motivados por transtornos mentais tendem a durar mais que outros (HENSING E SPAK, 1998) e apresentam uma das menores taxas de retorno ao trabalho (LIDWAL, 2015). Segundo estudo espanhol de CATALINA-ROMERO e colaboradores (2013), o afastamento das atividades laborais por ansiedade não relacionada ao trabalho tem duração mediana de 83 dias. Entretanto, quando o desencadeamento ou agravamento dos transtornos mentais está relacionado ao trabalho, observa-se aumento no tempo de licença (NIEUWENHUIJSEN e col., 2006). Segundo NOORDIK e col. (2013), nas situações em que há relação causal entre o agravo mental e as condições estressoras no trabalho, há necessidade de um maior tempo para recuperação do estado mental antes do empregado estar preparado para se confrontar com uma reexposição ao ambiente ou condições hostis de trabalho.

1.2. O retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais

Infelizmente as pesquisas que discutem o afastamento por quadros mentais focam mais nos fatores que estão associados ao afastamento e pouco discutem aqueles que podem influenciar a reintegração ao trabalho (D´AMATO e col., 2010).

Sabe-se que o afastamento por prazo superior a 90 dias é preditivo de dificuldades para o retorno ao trabalho. Isso significa que, quanto mais longo o afastamento, maior é a dificuldade para o trabalhador planejar seu futuro, o que pode acarretar em perda de sua identidade (TOLDRÁ e col., 2010). Na Dinamarca, por exemplo, detectou-se que, após um ano de acompanhamento de pessoas afastadas de suas atividades devido a transtornos mentais, 12,7% não havia ainda retornado ao trabalho (NIELSEN e col., 2010).

O estudo dos fatores associados ao tempo de retorno ao trabalho pode auxiliar os profissionais encarregados pela reabilitação a identificar grupos de risco para afastamento prolongado. Pontos que podem estar associados ao tempo de afastamento por transtornos mentais:

- Características sóciodemográficas
    - Não há um consenso sobre a importância do sexo do trabalhador nos estudos sobre tempo de afastamento por transtornos mentais, pois há autores que descreveram o sexo feminino (NYSTUEN e col., 2001) como mais susceptível ao retorno; já outros autores consideram o sexo masculino mais propício a um menor tempo de afastamento (CHEADLE e col., 1994). Para outros autores, o sexo dos trabalhadores parece não influenciar o tempo de afastamento (BLANK e col., 2008; NIELSEN e col., 2012);
    - Há forte evidência da idade como fator associado (NIEUWENHUIJSEN e col., 2006; BLANK e col., 2008; CORNELIUS e col., 2011; LAAKSONEN e col., 2015), pois pessoas consideradas jovens (NYSTUEN e col., 2001) ou com idade menor que 50 anos (NIEUWENHUIJSEN e col., 2006) apresentam uma maior probabilidade de retorno ao trabalho. ROELEN e col. (2012) também encontraram essa associação entre trabalhadores com distúrbios emocionais, neuróticos, somatoformes ou relacionados ao estresse. E CATALINA-ROMERO e col.(2013) descreveram maior probabilidade de retorno ao trabalho entre pessoas com idade inferior a 35 anos, entre trabalhadores com transtorno de ansiedade não relacionado ao trabalho.
    - Pessoas com maior número de anos de estudo (NIEUWENHUIJSEN e col., 2006; LAAKSONEN e col., 2015) têm maior probabilidade de retorno ao

trabalho, inclusive em quadros ansiosos não relacionados ao trabalho (CATALINA-ROMERO e col., 2013). Todavia há estudos que divergem e consideram a alta escolaridade associada a um maior tempo para o retorno ao trabalho (BLANK e col., 2008; NIELSEN e col., 2012);

- Comportamento de risco para a saúde
    - O tabagismo é associado ao maior tempo de afastamento, com retorno ao trabalho tardio (BLANK, 2008);
- Aspectos ocupacionais
    - A percepção de estar exposto a más condições ambientais de trabalho diminui a probabilidade do retorno após o afastamento (FLACH e col., 2012).
    - Fatores psicossociais no trabalho, como o suporte social influencia o tempo de afastamento (BROUWER e col., 2010; CORNELIUS e col., 2011; BROUWER e col., 2013; CLAUDI JANSEN, 2013; ANSOLEAGA e col., 2015). Dimensões como excesso de esforços e baixa percepção de recompensas não têm se apresentado como fator que influencia o retorno ao trabalho (WAHLIN e col., 2012; ERVASTI e col., 2015). Entretanto, o comprometimento excessivo está relacionado a um maior tempo até o retorno ao trabalho (CLAUDI JENSEN, 2013);
- Condições de saúde
    - Quanto à doença, o tipo do diagnóstico de transtorno mental influencia no tempo de afastamento. Entre holandeses, trabalhadores deprimidos ou ansiosos são menos propícios para o retorno às atividades (NIEUWENHUIJSEN e col., 2006; CORNELIUS e col., 2011); entre os dinamarqueses, os quadros de stress/Burnout são mais favoráveis ao retorno do que outros quadros mentais (NIELSEN e col., 2012). Quadros menos graves favorecem um retorno ao trabalho mais precoce (BLANK e col., 2008)
    - A história de afastamento prévio está associada a afastamentos subsequentes mais longo (NIELSEN e col., 2012). A ocorrência de morbidades físicas e mentais também diminui a probabilidade de

retorno em portadores de quadros ansiosos não relacionados ao trabalho (CATALINA-ROMERO e col., 2013).

- A expectativa alegada pelo trabalhador acerca da perspectiva de retorno ao trabalho tem sido estudada de forma qualitativa e quantitativa. Ter elevada expectativa positiva (NIELSEN e col., 2011) e ter uma expectativa de até três meses (NIEUWENHUIJSEN e col., 2006) são descritos como fatores preditores de uma probabilidade de menor prazo de afastamento por transtornos mentais.

- Uma variável que vem sendo estudada nos últimos anos é a autoeficácia (*self-efficacy*) quanto ao retorno ao trabalho, isto é, a crença que um indivíduo tem sobre a própria capacidade de desempenhar uma atividade/comportamento de forma satisfatória (BANDURA, 1977; 1986). Estudos que utilizaram a autoeficácia como parâmetro demonstraram predição para mensurar tempo de retorno ao trabalho (HUIJS e col., 2012; NIEUWENHUIJSEN e col., 2013; VOLKER e col., 2014) e sucesso nas tentativas de retorno (LAGERVELD e col., 2010).

1.3. O processo de retorno ao trabalho

Para um melhor prognóstico e aumento da probabilidade de retorno ao trabalho, a abordagem do trabalhador com transtornos mentais deve ser feita o mais rápido possível (ROELEN e col., 2012).

O processo de retornar ao trabalho após afastamento por esse tipo de doença deveria envolver mudanças na organização das atividades e na adequação das tarefas do trabalhador. A falta de uma política de reinserção social pode contribuir para piora do quadro clínico e provocar novos afastamentos (TOLDRÁ e col., 2010).

SAMPERE e colaboradores (2012) indicam que o processo de reintegração do trabalhador afastado é influenciado por características pessoais e sociodemográficas, fatores ocupacionais, legislações previdenciária e trabalhista, esquemas de benefícios, sistema de saúde e expectativa do próprio trabalhador. Esse processo envolve desde a recuperação físico-mental (*off-work*) do trabalhador, sua reinserção (*re-entry*), a manutenção no trabalho

(*maintenance*) e o incentivo ao progresso na realização das atividades (*advancement*) (YOUNG e col., 2005).

Uma revisão de estudos qualitativos conduzida por ANDERSEN e colaboradores (2012) observou dimensões influentes no retorno ao trabalho como a capacidade do indivíduo de lidar com fatores individuais e demandas do trabalho; acomodação no posto de atuação e suporte social; diferentes interesses dos sistemas corporativo, previdenciário e de saúde; definição do momento certo para o retorno; diferenças entre intenções indicadas nos processos e as práticas efetivamente aplicadas.

Para uma retomada satisfatória das atividades, é necessário definir abordagens estratégicas. As diferenças entre realidades presentes nos ambientes de trabalho indicam uma análise específica de cada situação de afastamento e retorno (POMAKI e col., 2010). Em uma revisão sobre o tema, SCHULTZ e colaboradores (2007) descrevem modelos teóricos aplicados nos processos de volta ao trabalho e indicam a necessidade de se atuar de forma transdisciplinar. Em relação aos afastamentos por distúrbios osteomusculares o modelo Sherbrooke é tido como referência de qualidade (LOISEL e col., 1994).

Na Finlândia, um país considerado desenvolvido do ponto de vista social e econômico, menos da metade dos serviços de saúde ocupacional oferecem algum tipo de atendimento voltado para cuidados ao trabalhador na reintegração às atividades laborativas. Os que existem preconizam ações que não são guiadas por evidências científicas. Autores recomendam a criação de protocolos de abordagem e mais pesquisas científicas para se evoluir na discussão sobre práticas voltadas para acolher os trabalhadores que vivenciam episódio de afastamento (KIVISTO e col., 2008).

No que tange aos transtornos mentais, grupos de pesquisadores de alguns países como Canadá, Grã-Bretanha e Austrália vêm conduzindo pesquisas que pautaram manuais com diretrizes para lidar com situações de retorno ao trabalho após afastamento (DEWA e col., 2016).

Um protocolo sobre práticas de retorno ao trabalho e reintegração da Associação Internacional de Seguridade Social *(International Social Security Association)* sugere a organização de processos com perfil holístico, que desenvolvam intervenção precoce, com estímulo à participação ativa do individuo, voltados à promoção de ação colaborativa, com recomendação de qualificação dos médicos/peritos e que incentivem o monitoramento e a reavaliação do processo (ISSA, 2013).

Na Holanda, em virtude da necessidade de sistematizar o processo de retorno ao trabalho, o governo criou uma orientação geral sobre como melhorar a gestão e prevenir o absenteísmo por adoecimento mental. Os principais aspectos são relativos à manutenção do contato entre o empregado e empregador depois do afastamento, diagnóstico e tratamento precoce, além de um retorno rápido às atividades diárias – em casa e no trabalho (ANEMA e col., 2006)

Segundo NOORDIK e colaboradores (2013) medidas de intervenção nem sempre estão relacionadas a uma diminuição no tempo de afastamento, mas são elementos fundamentais para um retorno positivo ao trabalho. Portanto, atuar na melhora das habilidades de resolução de problemas dos profissionais (em vez de manter/estimular comportamento de esquiva), restaurar o contato do afastado com o local de trabalho e acompanhar um aumento gradual na carga de atividades são abordagens recomendadas pelos autores.

SALDANHA e colaboradores (2013) relatam que o retorno ao trabalho eficaz necessita de um estabelecimento de metas pactuadas entre as partes interessadas no processo (trabalhadores, empregadores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, contribuintes e sociedade). No Brasil, algumas empresas optam por desligar o trabalhador por não possuir um programa de retorno ao trabalho que favoreça uma reinserção laborativa efetiva (TOLDRÁ e col., 2010).

Devido às frequentes recidivas de afastamento em um período curto após a realização do retorno ao trabalho, pesquisadores têm utilizado como desfecho de análise o retorno ao trabalho eficaz (ou sustentável). Assim é considerado o caso de empregados que ficaram em absenteísmo-doença e conseguiram retomar suas tarefas por pelo menos quatro semanas sem episódio de novas ausências neste período (STEENSTRA e col., 2003; 2012). Esse conceito tem sido utilizado em estudos que discutem episódios de afastamento decorrente de transtornos mentais incapacitantes (VOLKER e col., 2015; PRANG e col., 2016).

1.4. O papel do médico do trabalho

As diretrizes holandesas a respeito da gestão de problemas em saúde mental reforçam o papel do médico responsável pela reinserção no trabalho. Esse profissional deve se posicionar no processo primeiramente entendendo o problema e diagnosticando os fatores de risco; em seguida, deve promover intervenções, prevenir novos casos ou recidivas e avaliar/realizar supervisão constante (POMAKI e col., 2010). Durante o período de

afastamento das atividades, o médico e o trabalhador devem se encontrar regularmente até o efetivo retorno às funções. Após isso, ao menos uma consulta deve ser realizada com o objetivo de prevenir novos episódios de afastamento (ARENDS, VAN DER KLINK E BULTMANN, 2010).

ANEMA e colaboradores (2006) indicam que divergências na abordagem diagnóstico-terapêutica podem provocar problemas no manejo dos afastamentos de longa duração por transtornos mentais. A falta de comunicação entre profissionais de saúde inseridos no processo – médico do trabalho, médico clínico assistente, médico do seguro social – é um indicador de ineficácia na gestão do processo de retorno ao trabalho.

Melhorar o contato entre o trabalhador e o empregador também é fundamental para minimizar o processo de exclusão social e aperfeiçoar a reinserção social pós-licença (REBERGEN e col., 2010). O médico do trabalho pode ser responsável por estabelecer uma "ponte" de comunicação entre o trabalhador adoecido e a empresa de vínculo. Estudo sueco demonstrou que a situação com menor probabilidade de recidiva de afastamentos por transtornos mentais são as que não envolvem adequação das condições de trabalho e/ou mudança na função (BRYNGELSON e col., 2012).

O uso de instrumentos e escalas com validação científica pode oferecer parâmetros úteis para analisar casos de trabalhadores que se apresentam para o retorno ao trabalho a fim de serem programadas abordagens específicas. Apesar da sua importância, são poucos os instrumentos voltados para avaliar a percepção do trabalhador sobre a possibilidade de cumprir as suas tarefas habituais quando voltar a trabalhar após afastamento. Há um questionário voltada para análise da autoeficácia para o trabalho após episódio de distúrbios musculoesqueléticos incapacitante (BROUWER e col., 2011) e outro específico para transtornos mentais (LAGERVELD e col., 2010). Ambos receberam o título de "*Return-to-work self-efficacy*". Há um terceiro questionário que usa os domínios dos dois primeiros e inclui a discussão sobre as barreiras para o retorno ao trabalho, chamado "Return to Work Obstacles and Self-Efficacy Scale" (ROSES) (CORBIÈRE e col., 2016), e pode ser utilizado para ambos os grupamentos diagnósticos. Nenhum dos três instrumentos está traduzido e adaptado para o português brasileiro.

No Brasil, não há diretriz pautada por evidências científica para a abordagem de casos de trabalhadores que necessitem retornar às suas funções após afastamento por transtornos mentais incapacitantes. Conforme a legislação trabalhista brasileira, após 30 dias de afastamento por motivo de doença ou gravidez, o empregado deve ser submetido a um exame

para reinício das atividades (BRASIL, 1978). Portanto, após a cessação de um benefício previdenciário por adoecimento incapacitante, cabe ao médico indicado pela empresa avaliar a aptidão do trabalhador para o exercício laboral. O protocolo de abordagem dos profissionais executores dessa avaliação deve estar descrito no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)(BRASIL, 1978).

A ausência de pesquisas científicas no nosso país que discuta os fatores que influenciam o processo de retorno ao trabalho, seja no tempo ou na efetividade, dificulta a criação de estratégias de abordagem específicas para a população de trabalhadores brasileiro. Este panorama é somado à ausência de instrumentos que auxiliem a sistematizar dados relevantes para o estudo do retorno ao trabalho, como o componente da autoeficácia. Desta forma há uma importante limitação no campo da saúde do trabalhador no Brasil para a indicação de ações voltadas a lidar com a questão do afastamento por transtornos mentais e que requer estudos para a discussão deste problema.

2. HIPÓTESES

- 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 afastamento por transtornos mentais;

- Aspectos do processo de retorno ao trabalho das empresas impactam no retorno ao trabalho eficaz após afastamento por transtornos mentais;

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar os fatores que influenciam o tempo para o retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais e a efetividade da reintegração do trabalhador após o período de afastamento.

3.2. Específicos

- Investigar a associação tanto do tempo para o retorno ao trabalho após afastamento por transtorno mental, quanto da efetividade do retorno ao trabalho, características sociodemográficas, comportamentos de risco para a saúde, aspectos ocupacionais, condições da saúde e histórico previdenciário;
- Investigar a associação entre retorno ao trabalho eficaz após afastamento por transtornos mentais e as ações realizadas no processo de retorno ao trabalho da empresa de vínculo.
- Realizar uma adaptação transcultural para o português falado no Brasil do questionário holandês *"Verwachtingen over werken"* ("Return to work auto-efficacy") que é utilizado para avaliar a autoeficácia para o trabalho após afastamento por transtornos mentais;

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1. Delineamento do estudo

Foi conduzido um estudo longitudinal com característica de coorte aberto delineado em quatro fases e com acompanhamento dos participantes durante um ano (entre 2014-2016).

4.2. População da área de abrangência do estudo

Pela abrangência nacional dos serviços previdenciários, há probabilidade de qualquer um dos segurados ter seu requerimento de auxílio-doença avaliado em uma das 1.500 Agências da Previdência Social (APS) no Brasil.

Para esta pesquisa, foi definida como área de abrangência a região da Grande São Paulo. Foram escolhidas, por conveniência, duas agências de atendimento da Previdência Social como base para a coleta de dados. Uma das unidades fica na região central e a outra na região oeste da cidade de São Paulo.

4.3. Cálculo de amostragem

Para o cálculo, considerou-se o desfecho "retorno ao trabalho após um ano do afastamento do trabalho por transtorno mental", tendo como variáveis independentes o sexo e o estado civil. As situações de exposição foram o sexo feminino e o estado civil casado. Portanto, as situações de não exposição foram o sexo masculino e o estado civil solteiro. Baseado nos dados do estudo de NETTERSTRØM e colaboradores (2015), cujo desfecho foi similar ao definido para esta pesquisa, estimou-se a razão média entre não expostos e expostos na amostra. Isto é, foi calculada a média das razões entre o número de homens e mulheres na amostra e entre o número de solteiros e casados na amostra. Tal razão média foi de 0,42. A porcentagem média de não expostos positivos, isto é, homens e solteiros que retornaram ao trabalho após um ano do afastamento do trabalho por transtornos mentais, foi 23,5%; e a porcentagem média de expostos positivos, isto é, mulheres e casados que retornaram ao trabalho após um ano do afastamento do trabalho por transtornos mentais, foi 76,7%. Com uma estimativa a partir de 95% de grau de confiança ($\alpha < 0,05$) e poder de 95%, era indicado um tamanho amostral mínimo de 56 participantes, conforme programa OpenEpi versão 3.03a.

4.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram utilizados como critério de inclusão de sujeitos na amostra:

- Sujeito segurado da Previdência Social com vínculo empregatício formal confirmado pelo registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS). Este critério visa caracterizar a situação de trabalho como permanente;

- Sujeito em avaliação médico-pericial por requerimento do benefício previdenciário auxílio-doença. Esse critério visa caracterizar o afastamento do trabalho por adoecimento com prazo superior a 15 dias;

- Adoecimento que justifica o afastamento por prazo superior a 15 dias e diagnóstico classificado como transtorno mental ou comportamental (capítulo V da CID-10) dos grupamentos transtornos de humor [afetivos] (F30-F39) e transtornos neuróticos, relacionados com o "stress" e somatoformes (F40-F48). Estão contidos os diagnósticos: F30 Episódio maníaco; F31 Transtorno afetivo bipolar; F32 Episódios depressivos; F33 Transtorno depressivo recorrente; F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes; F38 Outros transtornos do humor [afetivos]; F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado; F40 Transtornos fóbico-ansiosos; F41 Outros transtornos ansiosos; F42 Transtorno obsessivo-compulsivo; F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação; F44 Transtornos dissociativos [de conversão]; F45 Transtornos somatoformes; e F48 Outros transtornos neuróticos (CENTRO COLABORADOR DA OMS PARA A CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS EM PORTUGUÊS, 2008).

Foram utilizados como critério de exclusão de sujeitos na amostra:

- Trabalhadores afastados do seu posto de trabalho há mais de 180 dias, pela possibilidade de dificuldade de informar sobre as condições do exercício laboral pelo longo afastamento;

- Trabalhadores que exerçam dupla jornada em vínculos trabalhistas formais, pela impossibilidade de avaliar a influência dos fatores de risco para o retorno ao trabalho em cada um dos vínculos;
- Trabalhadores que já tenham respondido ao questionário, a fim de evitar duplicidade de dados.
- Trabalhadores que tenham retornado ao trabalho antes da entrada na pesquisa para manter a homogeneidade do desfecho ocorrer durante o período de seguimento.

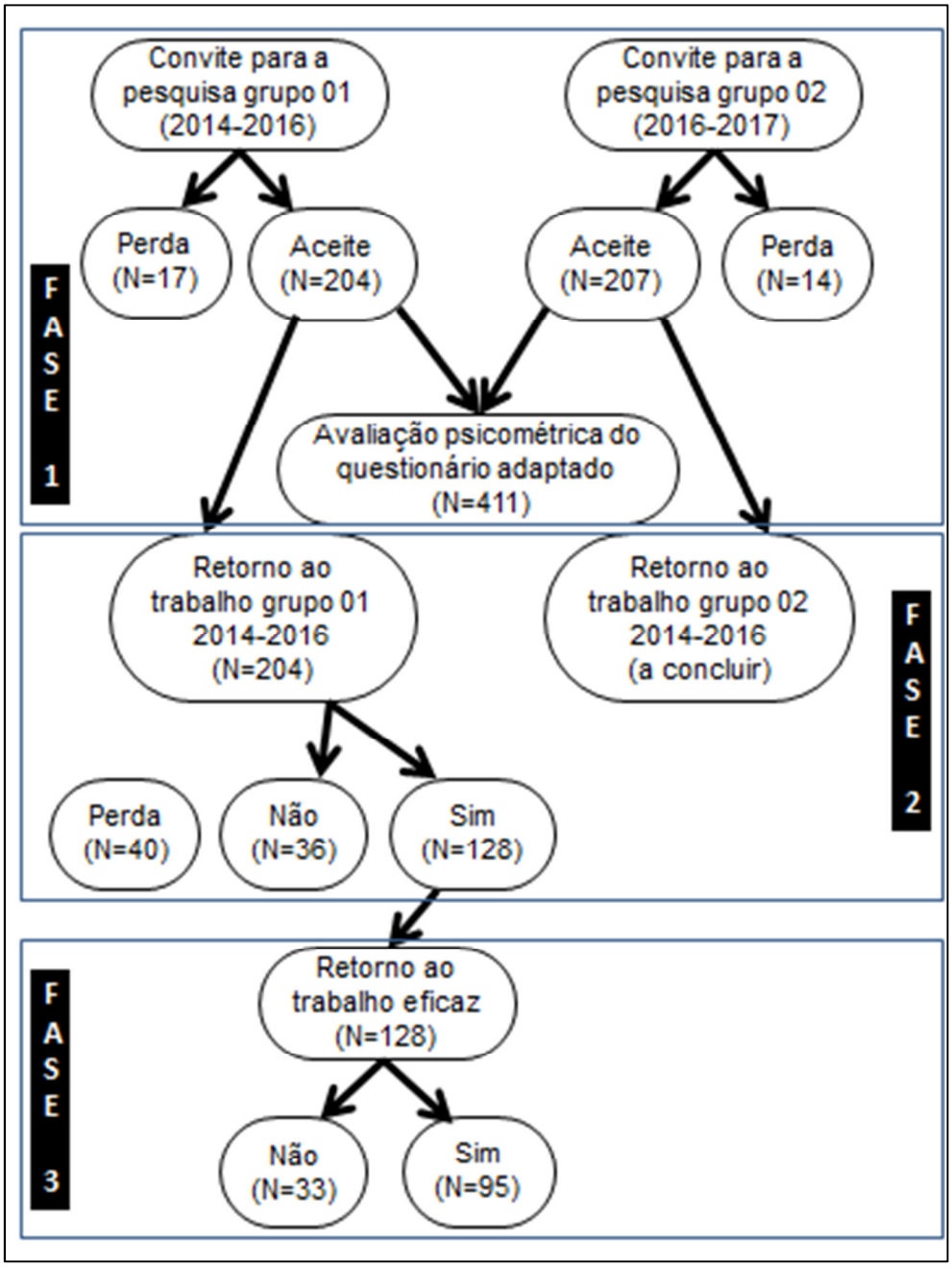
4.5. Recrutamento dos participantes e coleta de dados

Durante todo o período de coleta, as agendas médicas dos peritos previdenciários que realizam atendimento nas Agências da Previdência Social foram consideradas como fonte de sujeitos para a pesquisa. No turno da manhã, houve a colaboração de 19 peritos médicos, enquanto no turno da tarde houve a colaboração de dez peritos. Após a conclusão da avaliação médica pericial, foi providenciado o encaminhamento sequencial e consecutivo para a sala de pesquisa daqueles sujeitos que cumpriram os critérios de inclusão a pré-determinado. Na sala de pesquisa, um pesquisador (JSSJ) analisava os critérios de inclusão e exclusão para proceder com o convite aos elegíveis.

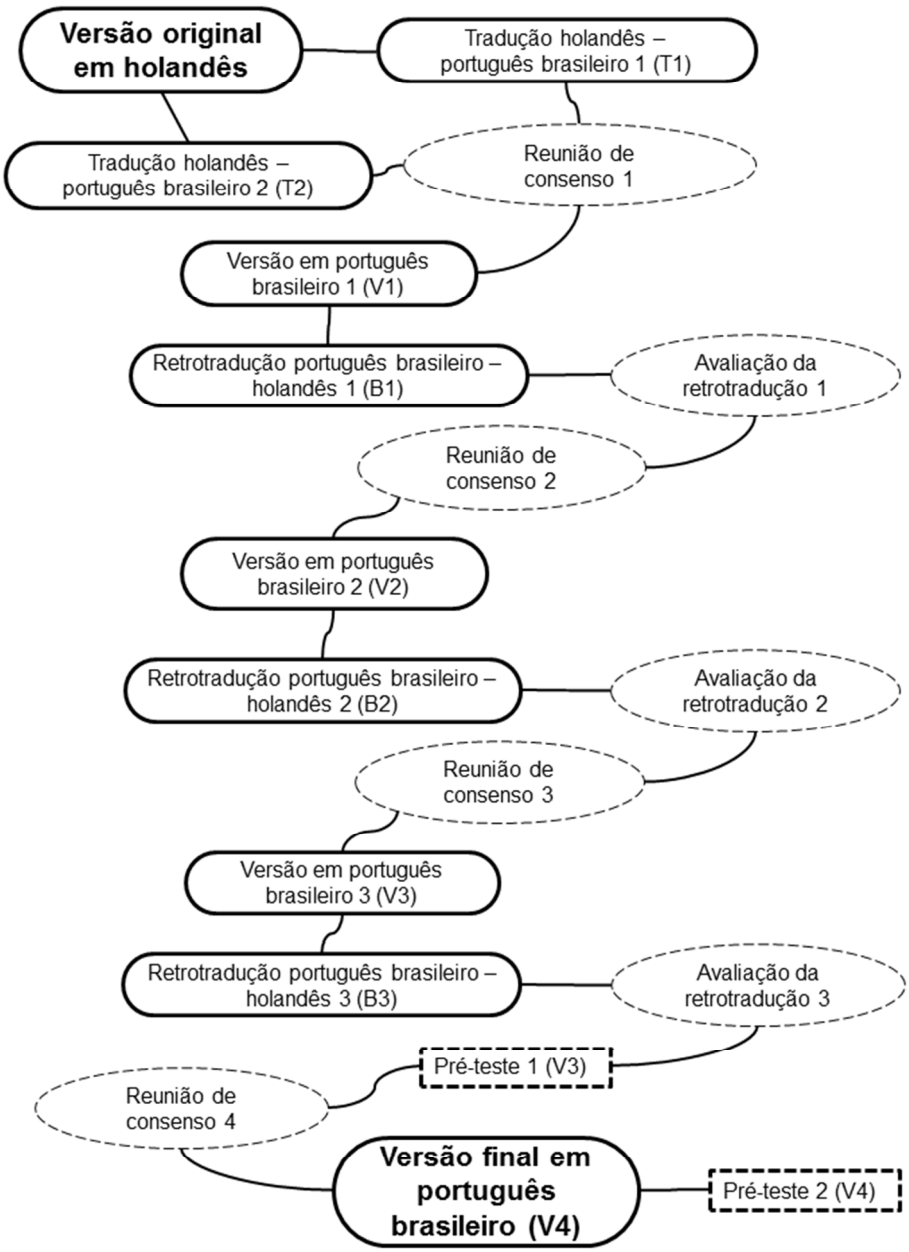
A pesquisa foi estruturada em quatro fases:

- Fase 0: processo de adaptação transcultural de escala a ser utilizada na pesquisa;
- Fase 1: entrada dos participantes na pesquisa com resposta a questionário sobre características sociodemográficas, comportamento de saúde, informações ocupacionais, condição de saúde e histórico previdenciário;
- Fase 2: coleta de dados sobre o processo de retorno ao trabalho;
- Fase 3: encerramento da coleta de dados com análise do status dos participantes após 365 dias do afastamento inicial e coleta de dados finais.

Quadro 1. Fluxograma da participação dos sujeitos conforme fase da pesquisa



Quadro 2. Fluxograma do processo de adaptação transcultural do questionário *"Return-to-work self-efficacy" (Verwachtingen over werken)* para transtornos mentais



4.6. Procedimentos e instrumentos de coletas de dados

4.6.1. Na Fase 0

Nesta fase, foi realizada a adaptação transcultural do holandês para o português falado no Brasil do questionário *"Verwachtingen over werken"*, descrito em inglês como "return to work self-efficacy" (RTW-SE). As etapas de tradução e adaptação transcultural do

instrumento obedeceram à metodologia indicada por pesquisadores internacionais (HERDMAN e col., 1997; 1998) e nacionais (REICHENHEIM E MORAES, 2007). Procurou-se manter no processo os conceitos existentes em holandês, mas buscando similaridade na cultura brasileira.

Para a equivalência conceitual, foi realizada um revisão bibliográfica sobre o tema "retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais" e construído um projeto de pesquisa que discutia seus fatores associados. O objetivo foi avaliar a pertinência do tema principal do questionário na realidade brasileira. Formou-se um comitê de especialistas composto por três participantes com experiência na condução de estudos sobre o afastamento por doença, sendo uma professora livre-docente em saúde pública (FMF), uma epidemiologista ocupacional (RHG), e um especialista em medicina do trabalho e legislação previdenciária (JSSJ). Em reunião do comitê, discutiu-se a equivalência de itens, que visou avaliar a adequação e clareza das afirmativas, assim como as opções de resposta. Considerou-se que os domínios apresentados no artigo de validação da escala (autoeficácia geral, lócus de controle, condição de saúde mental, enfrentamento/*coping*, sobrecarga física) (LAGERVELD e col., 2010) podem despertar o interesse local e guardam relação com o contexto laboral e previdenciário brasileiro.

No processo de equivalência semântica, buscou-se a transferência de sentido dos conceitos presentes no questionário original (LAGERVELD e col., 2010) para a versão adaptada a fim de provocar o mesmo efeito entre os respondentes das duas culturas. O manuscrito que explica a validação do questionário o apresenta em língua inglesa, mas a versão original da ferramenta que foi aplicada naquele estudo era na língua holandesa. Portanto, foram seguidos os seguintes passos, que estão apresentados esquematicamente no Quadro 2.

- Tradução da escala: A versão em holandês do questionário foi dividida em 22 frases, sendo título (1 frase), vinheta introdutória do questionário (3 frases), frase norteadora (1 frase), afirmativas (11 frases) e escala Likert (6 frases). Foi contratado um serviço de tradução certificado internacionalmente (EN 15038:2006) para proceder com duas traduções independentes do holandês para o português falado no Brasil (T1 e T2);

- Primeira reunião de consenso: Os painelistas (FMF, RHG, JSSJ) discutiram a clareza das duas traduções, o uso de linguagem coloquial e a equivalência semântica dos itens. Foram realizadas modificações para elaboração de uma primeira versão em português falado no Brasil (V1);

- Retrotraduções: Cada versão em português brasileiro (V1/V2/V3) foi retrotraduzida para o holandês. Em seguida, foi solicitado que um dos autores do questionário original (SEL) emitisse uma pontuação de 0 (zero) a 10 (dez) sobre a concordância entre a versão holandesa e as retrotraduções das versões em português falado no Brasil. Para cada frase que pontuasse abaixo da nota dez, foi solicitado que o autor descrevesse uma devolutiva sobre os pontos considerados discordantes entre as duas versões;

- Segunda e terceira reuniões de consenso: Após cada avaliação de retrotradução foram realizadas reuniões de consenso para discussão de adequações necessárias e montagem de nova versão em português brasileiro. Estas novas versões foram submetidas a retrotraduções para o holandês. Esse processo foi repetido mais duas vezes até ser definida a versão final em português falado no Brasil (V4).

Foram aplicados dois pré-testes para avaliação da equivalência operacional; o primeiro pré-teste foi realizado com dez pessoas afastadas do trabalho por adoecimento mental e teve como objetivo verificar se palavras e expressões utilizadas no questionário eram adequadas à realidade brasileira, além das construções verbais mais claras e apropriadas ao contexto. O segundo pré-teste também envolveu 17 pessoas afastadas do trabalho por transtornos mentais a fim de verificar-se a compreensão de conteúdo e possíveis dificuldades de preenchimento do questionário (*cognitive debriefing*). Após esta etapa, em uma quarta reunião de consenso do comitê de especialistas, acertou-se que a versão testada naquele grupo seria considerada a adaptação transcultural para o português falado no Brasil do questionário *"Verwachtingen over werken"*.

Para a análise do questionário "Expectativas sobre o trabalho", procedeu-se a equivalência de mensuração em avaliações internas e externas. Foram unidos dois bancos de dados referentes a diferentes períodos de coleta (2014-2015 e 2016), totalizando 411 participantes.

- Análise de validade

  - Análise de validade concorrente: Para verificação da validade dimensional do constructo, analisou-se o coeficiente correlacional de Pearson do escore de expectativa sobre o trabalho comparado com dois escores que foram analisados na validação original do instrumento (o escore de autoeficácia geral percebida e o escore da escala de depressão, ansiedade e estresse). Foi verificado se havia normalidade na distribuição dos dados, considerando-se a significância estatística da correlação os valores de $p \leq 0,05$.

  - Análise de validade fatorial: Uma análise fatorial da validade de constructo investigou a estrutura dimensional da escala. A existência de um modelo prévio guiou a decisão de iniciar a identificação através da análise fatorial confirmatória (AFC).

Antecipando a possibilidade do modelo não se ajustar, planejou-se realizar o procedimento de modelagem de equações estruturais exploratórias (ESEM – Exploratory Structural Equation Modeling) para a investigação de estruturas alternativas. A ESEM consiste na combinação entre os métodos de análise fatorial exploratória (AFE) e de modelagem de equações estruturais e fornece um modelo de estrutura fatorial do instrumento juntamente com informações resultantes da análise fatorial confirmatória, como os valores dos índices de ajuste que possibilitam a verificação da adequação do modelo apresentado. Para determinar o número de fatores que deveriam ser extraídos, utilizou-se como critério o número de fatores com autovalor (*eigenvalue*) superior a um e adequação da estrutura fatorial, considerando a carga dos itens, o número de itens por fator, além dos índices de ajuste do modelo.

Com os resultados da modelagem exploratória, o próximo passo consistiu em reavaliar a estrutura através de uma nova AFC, considerando-se as cargas dos fatores e as correlações de erro, análises de consistência interna, da validade fatorial convergente e da validade fatorial discriminante.

Em todas as análises, utilizou-se o estimador robusto de mínimos quadrados ponderados (WLSMV), que faz uso de matrizes de correlação policórica apropriadas para

variáveis categóricas ou ordinais, disponíveis no pacote estatístico Mplus versão 7.1 (MUTHÉN e MUTHÉN, 1998-2012). Na avaliação dos modelos, foram usados três índices de ajuste que são analisados em conjunto para considerar o grau de adequação da estrutura fatorial: os índices de ajuste incremental Comparative Fit Index (CFI) (resultado adequado > 0,90) e Tuckey-Lewis index (TLI) (resultado adequado > 0,90); e o índice de ajuste parcimonioso RMSEA (resultado adequado < 0,06) (BROWN, 2015).

A consistência interna foi avaliada pela confiabilidade composta, que varia de 0 a 1, sendo considerado satisfatório quando ≥ 0,70 (BROWN, 2015).

Para verificar a validade convergente, avaliou-se a carga padronizada de cada um dos indicadores, tendo como critério um valor mínimo de 0,5 e como ideal valores de 0,7 ou mais. Outras duas medidas avaliaram a validade convergente: a variância média extraída (VME) e a confiabilidade composta. Em relação à primeira, o valor aceitável atribuído como critério foi o de pelo menos 0,50 para cada constructo. Para a confiabilidade composta, os valores deveriam ser de pelo menos 0,60, sendo que valores acima de 0,70 foram considerados adequados (HAIR e col., 2009).

A validade discriminante foi avaliada identificando-se se os itens de uma dimensão não se correlacionam com outros itens de dimensões diferentes. Valores <0,85 foram considerados indicadores da existência de validade discriminante. Além disso, a validade discriminante foi avaliada através da comparação dos percentuais da variância extraída dos constructos com a estimação do quadrado das correlações entre os constructos (variância compartilhada). A validade discriminante foi considerada presente quando as variâncias extraídas foram maiores do que as variâncias compartilhadas (HAIR e col., 2009).

- Análise da confiabilidade

A estabilidade temporal (confiabilidade teste-reteste) foi avaliada pelo índice kappa ponderado quadrático, com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), e pelo kappa ajustado pela prevalência (prevalence-adjusted and bias adjusted kappa – PABAK), calculado no programa WinPepi (versão 11.39). Os critérios para a interpretação dos resultados de confiabilidade do estudo foram: fraca (0 a 0,20), leve (0,21 a 0,40), razoável (0,41 a 0,60), boa (0,61 a 0,80), muito boa (0,81 e 0,92) e excelente (0,93 a 1,00)(COHEN, 196).

- Análise da consistência interna

A consistência interna dos itens da escala foi avaliada pelo coeficiente de alpha de Cronbach relativos ao teste e reteste. Foi apresentado o alpha com a retirada dos itens. A interpretação do coeficiente considerou a consistência interna muito boa (0,9 ou superior), boa (0,8 a 0,9), razoável (0,6 a 0,7), fraca (0,6 a 0,7) e inadmissível (inferior a 0,6).

4.6.2. Na Fase 1

Os requerentes de benefício auxílio-doença elegíveis foram convidados a participar da pesquisa. Após serem informados quanto aos objetivos do estudo, seus danos e malefícios, os participantes que aceitaram participar foram convidados a responder questionários. O tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos e havia um pesquisador (JSSJ) que estava disponível para esclarecer as dúvidas.

O caderno de perguntas compreendia questionários sobre cinco grupamentos de variáveis (ANEXO I):

- Características sociodemográficas: sexo (SEX - masculino ou feminino), data de nascimento, escolaridade (ESCOLA - ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação), situação conjugal (CIVIL - solteiro, casado/união estável, separado/divorciado, viúvo), cor da pele autorreferida (PELE - preta, parda, branca, amarela, vermelha) (ANEXO I – pág. 2);

- Comportamento de risco para a saúde:
  - Tabagismo (CIGAR): apenas aqueles que informarem consumo de cigarro no último mês antes do afastamento do trabalho responderam à versão validada para o português brasileiro do Questionário de Tolerância de Fagerström (HALTY e col., 2002), recomendado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SANTOS, 2001). A escala consiste de seis questões sobre a frequência, quantidade e necessidade de consumir tabaco. Cada questão contribui de 0 a 3 pontos para a

soma, que é interpretada como um consumo muito baixo (0 a 2 pontos), baixo (3 a 4 pontos), médio (5 pontos), elevado (6 a 7 pontos), ou muito elevado (8 a 10 pontos) (ANEXO I – pág. 2);

- Consumo de álcool (ETIL): todos responderam ao questionário preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar problemas relacionados ao consumo de álcool. Foram escolhidas as três questões relativas à avaliação de consumo nocivo de álcool da versão para o português falado no Brasil (AUDIT C) (FIGLIE e col., 1997). Cada questão contribui de 0 a 4 pontos para a soma, que é interpretada como ausência de consumo de risco (0 pontos), baixo consumo nocivo para mulheres (até 3 pontos), alto consumo nocivo para mulheres (acima de 3 pontos), baixo consumo nocivo para os homens (até 4 pontos) e alto consumo nocivo para homens (acima de 4 pontos) (FOMIGONI e FIDALGO, 2016)(ANEXO I – pág. 2 e 3);
- Prática de atividade física nas semanas anteriores ao afastamento (ATVFIS): não; sim, menos de três vezes por semana; sim, três ou mais vezes por semana (ANEXO I – pág. 3).

- Características e condições do trabalho:
  - Profissão atual: foi uma questão aberta respondida ao pesquisador em entrevista. Para análise as respostas foram categorizadas em função administrativa/supervisão, atendimento/teleatendimento ao público ou técnico/operacional (ANEXO I – pág. 1);
  - Tempo na função atual (TEMPO): menos de um ano, de um a menos de cinco anos, de cinco a menos de dez anos, ou há mais de dez anos (ANEXO I – pág. 3);
  - Tipo de relação com a empresa/vínculo (VINC): funcionário contratado, funcionário terceirizado, servidor concursado (ANEXO I – pág. 3);
  - Turno de entrada para a jornada de trabalho (JOR): fixo pela manhã, fixo pela tarde, fixo noturno, rodízio/alternância de horários de trabalho, ou irregular (ANEXO I – pág. 3);
  - Violência no trabalho (VIO): situações de violência no trabalho atual como agressão verbal, agressão física, assédio sexual, bullying (alvo de piada/discriminação), alvo de perseguição no trabalho, assalto no trabalho ou

trajeto casa-trabalho-casa (adaptado – CHEVALIER e col., 2011)(ANEXO I – pág. 3);

- Fatores psicossociais no trabalho: avaliação de estressores relativos ao modelo de desequilíbrio esforço-recompensa por meio do questionário validado para o português falado no Brasil (CHOR e col., 2008) a partir da versão original (SIEGRIST, 1996). Esta versão contém 23 perguntas, sendo: 6 sobre esforço (E1 a E6), com pontuação de 1 a 4 pontos e soma variando de 6 a 24 pontos; 11 sobre recompensa (R1 a R11), com pontuação de 1 a 5 pontos e soma variando de 11 a 55 pontos; e 6 sobre comprometimento pessoal (O1 a O6), com pontuação de 1 a 4 pontos e soma variando de 6 a 24 pontos (ANEXO I – pág. 5 a 7).
    - Para esforço e recompensa, foi considerado o ponto médio da escala para dicotomização em alto/baixo. Para caracterização do desequilíbrio esforço-recompensa, foi considerado a fórmula (e/(r*c)). O "e" é a pontuação da somatória da dimensão esforço (e), o "r" é a pontuação da somatória da dimensão recompensa e o "c" é um fator de correção considerando o número de itens do questionário. No cálculo em questão, foi considerado o fator de correção 0,545454. O valor do índice que indica desequilíbrio (alto esforço e baixa recompensa) é superior a um (>1,0). O valor igual ou abaixo de um (=<1,0) indica equilíbrio;
    - O ponto de corte na escala de excesso de comprometimento pessoal com o trabalho, que indica maior ou menor exposição, foi o ponto do segundo tercil.
- Percepção da relação entre saúde e trabalho (CAUSA): foi feita a pergunta "Em sua opinião qual foi a principal causa para o seu afastamento?", com as seguintes opções de resposta "circunstâncias no trabalho", "circunstâncias da vida fora do trabalho", "tanto o trabalho quanto a vida fora do trabalho", "não sei" (adaptado NIELSEN e col., 2010)(ANEXO I – pág 6);

- Avaliação sobre condição de saúde:
    - Expectativa sobre o trabalho (RTW): responderam a versão em português brasileiro do questionário "*"Verwachtingen over werken"*" (LAAGERVELD e col., 2010), intitulado "Expectativas sobre o trabalho" (SILVA-JUNIOR e col.,

no prelo). No primeiro contato com os participantes, eles responderam ao questionário agregado ao caderno de perguntas (ANEXO I – pág. 4). Após sete dias da entrada dos sujeitos na pesquisa, o questionário foi encaminhado por e-mail para que respondessem novamente (reteste)(ANEXO II). Os participantes que não informaram e-mail não foram convidados a realizar o reteste, sendo considerados perdas.

- É solicitado ao trabalhador portador de transtorno mental que se imagine indo trabalhar no dia seguinte e indique quais suas expectativas em relação a esta experiência (com seu atual estado emocional ou de saúde). São apresentadas 11 afirmativas sobre as quais ele deverá indicar seu grau de concordância ou discordância conforme escala Likert de seis pontos. Cada afirmativa contribui de 1 a 6 pontos e a soma varia de 11 a 66 pontos. O resultado da soma foi interpretado como alta/baixa autoeficácia conforme ponto médio da escala;

- Escala de autoeficácia geral percebida (AEGP): foi utilizada a versão para o português falado no Brasil (TEIXEIRA E DIAS, 2005) da "General Perceived Self-Efficacy Scale – GPSS", (SCHWARZER E JERUSALEM, 1995). O instrumento avalia a autoeficácia percebida com o objetivo de indicar a capacidade de a pessoa superar as dificuldades diárias e lidar com eventos estressores da vida. Trata-se de um instrumento com dez afirmativas e opção de resposta conforme escala Guttman de quatro pontos. Cada questão contribui de 1 a quatro pontos e sua soma pode varia de 10 a 40 pontos. O resultado da soma foi dicotomizado em alta/baixa autoeficácia conforme o ponto médio da escala (ANEXO I – pág. 8).

- Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS): Foi utilizada a versão para o português falado no Brasil (VIGNOLA E TUCCI, 2015) da versão curta da "Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS" (LOVIBOND E LOVIBOND, 2004). São 21 afirmativas com resposta em escala Guttman de quatro pontos que abrangem as dimensões de sinais/sintomas depressivos, ansiosos e relacionados ao estresse na semana anterior à pesquisa. Cada questão contribui com 1 a 4 pontos para a soma de cada dimensão a ser analisada (ANEXO I – pág. 9).

  Para interpretar os achados dos escores:

- Sintomas depressivos: normal (0-9 pontos), leve (10-13 pontos), moderado (14-20 pontos), grave (21-27 pontos) e muito grave (28 pontos ou mais);
- Sintomas ansiosos: normal (0-7 pontos), leve (8-9 pontos), moderado (10-14 pontos), grave (15-19 pontos) e muito grave (20 pontos ou mais);
- Sintomas de estresse: normal (0-14 pontos), leve (15-18 pontos), moderado (19-25 pontos), grave (26-33 pontos) e muito grave (34 pontos ou mais).

- Morbidades que justificaram avaliação médica no último ano (M0): problemas cardíacos, diabetes, bronquite/asma, dores na coluna, gastrite/úlcera, câncer, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, HIV/AIDS e/ou tuberculose, tendinites, artrites ou reumatismo, doenças de pele, cirurgias (ANEXO I – pág. 8);
- Índice de massa corporal (IMC): para o cálculo do foi realizada aferição do peso por medida única realizada no momento da coleta dos dados com uso da balança digital Modelo BAL-150 da marca Techline – fabricação 10/12/09; e aferição da altura por medida única realizada no momento da coleta dos dados com uso de fita métrica inelástica. Foi utilizada a fórmula IMC=(peso/(altura x altura) e o resultado classificado como: baixo peso (menor que 18,5 kg/m2), peso normal/eutrofia (18,5 a 24,9 kg/m2), sobrepeso (25,0 a 29,9 kg/m2) e obesidade (igual ou maior que 30 kg/m2) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000);

- Informações previdenciárias:
  - Diagnóstico informado pelo perito médico previdenciário como motivo da incapacidade laborativa conforme CID-10;
  - Data do início da incapacidade laborativa, que é considerado como a data de início do afastamento;
  - Data da cessação do benefício previdenciário;
  - Tipo do benefício auxílio-doença concedido: se a doença incapacitante é relacionada ou não ao trabalho;
    - Histórico de recebimento de benefício auxílio-doença por transtornos mentais ou comportamentais (sim/não);

4.6.3. Na Fase 2

Durante o período de afastamento, o histórico previdenciário dos segurados foi acessado para verificação da prorrogação ou cessação do benefício. Caso o benefício tivesse sido encerrado, esperava-se 60 dias para nova verificação. Caso houvesse novo requerimento de benefício, esperava-se a realização da perícia. Caso não houvesse requerimento de novo benefício, o trabalhador era contatado por telefone, mensagem por celular ou e-mail a fim de verificar se tinha havido retorno ao trabalho.

Para os que tivessem se reapresentado na empresa para o retorno ao trabalho, foi aplicado um questionário com as seguintes questões (ANEXO III):

- Data do retorno;
- Se permaneciam na empresa que eram vinculados na época do afastamento;
    - Se não estivessem mais vinculados, quando havia sido o desligamento;
- Se estavam trabalhando há trinta dias sem apresentar atestado médico;
- Se antes de voltar ao trabalho passaram em consulta com médico da empresa;
- Se fizeram exame de retorno ao trabalho: no local onde trabalha, em outra unidade da mesma empresa, em uma clínica fora da empresa;
- Se o médico da empresa:
    - Solicitou para o retorno ao trabalho um relatório do médico que faz o seu tratamento;
    - Conversou sobre o seu problema emocional que justificou o afastamento do trabalho;
    - Perguntou se tem dificuldades em realizar tarefas em casa;
    - Perguntou se teria dificuldade para realizar as tarefas do trabalho;
    - Fez uma consulta de reavaliação antes de 30 dias após o retorno ao trabalho.
- 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;

4.6.4. Na Fase 3

Após 365 dias do afastamento inicial, foi avaliado qual o status trabalhista/previdenciário do participante (ANEXO IV):

- 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

4.7. Análise dos dados

As informações coletadas com os instrumentos de pesquisa foram inseridas em um banco informatizado (programa EpiData versão 3.1) por meio de dupla digitação e posterior correção das inconsistências. Os dados foram analisados nos programas Stata SE (versão 12.0).

4.7.1. Análise de perdas

Para garantir a validade interna do estudo foram observados alguns cuidados de forma a evitar erros sistemáticos. Para avaliar um possível viés de participação decorrente do levantamento de dados ser realizado junto a voluntários, foram analisadas taxas de perdas. Para este fim utilizou-se o teste do qui-quadrado para testar a significância estatística de variáveis categóricas.

4.7.2. Análise do desfecho tempo do afastamento até o primeiro retorno ao trabalho

Para esta análise, foram considerados apenas os 204 participantes da primeira coleta de dados, realizada entre 2014-2015 pela possibilidade de analisar informações longitudinais. A

caracterização da população de estudo foi feita por meio de análise descritiva de médias, desvios-padrão, valores mínimos, valores máximos e proporções.

Para o estudo longitudinal, foram considerados como “falha” os casos de retorno ao trabalho na mesma empresa de vínculo que o participante trabalhava à época do afastamento. Foi mensurada a quantidade de dias entre a data do afastamento do trabalho, conforme data do início da incapacidade descrito pelo perito médico no laudo médico pericial, e a data do primeiro retorno ao trabalho no período de seguimento, informado pelo participante. Houve censura à esquerda nos casos em que não foi possível localizar o sujeito após a entrada na pesquisa, sendo considerado o prazo de recebimento de benefício previdenciário para contagem de tempo de seguimento. Houve censura à direita no encerramento do seguimento, ou seja, no prazo de 365 dias após o afastamento do trabalho.

Foi utilizado o teste de log-rank para análise univariada entre o tempo de afastamento até o retorno ao trabalho e as variáveis independentes relativas a informações sociodemográficas, comportamento de saúde, características ocupacionais, condição de saúde e histórico previdenciário. Foram construídas curvas de sobrevida de Kaplan-Meier, a partir das falhas, acerca do tempo desde o primeiro dia de afastamento até o retorno ao trabalho e as variáveis com significância estatística na análise univariada.

Caso houvesse resultado menor ou igual a $p<0,20$, a variável era pré-selecionada para análise múltipla. Foi testada a proporcionalidade dos riscos ao longo do tempo pelo teste de resíduos de Schoenfeld e as variáveis independentes eram excluídas da análise se não a atendessem ao pressuposto fundamental. Caso houvesse colinearidade entre as variáveis ou associação significativa, foram criadas variáveis de interação.

Foi construído modelo de regressão de Cox para avaliar o efeito conjunto de diversas variáveis independentes sobre o desfecho. Utilizamos o método de *stepwise forward* mantendo na modelagem as variáveis associadas ao desfecho ($p \leq 0,05$) ou que ajustassem o mesmo. Foram excluídas na modelagem as variáveis que causassem um superajustamento do modelo. O modelo final foi ajustado por sexo e idade/faixa etária.

A taxa de risco (HR) maior que um ($HR > 1$) estima um maior risco para o retorno ao trabalho no período em seguimento. O $HR < 1$ indica menor risco de retorno ao trabalho durante o período estudado (SAMPERE e col., 2013) (CATALINA-ROMERO e col., 2013).

4.7.3. Análise do desfecho retorno ao trabalho eficaz

Foi configurado caso de retorno ao trabalho eficaz (RTE) quando o que esteve em afastamento conseguiu retornar ao trabalho e permaneceu realizando as atividades da função, ou similares, por ao menos 30 dias, sem episódio de novas ausências neste período (STEENSTRA e col., 2003; 2012). Fizeram parte dessa análise 128 participantes.

As mesmas variáveis independentes da modelagem da análise de sobrevida (dados da Fase 2) e mais as variáveis independentes da Fase 3 foram submetidas ao teste do qui-quadrado com o desfecho RTE. Para o modelo de regressão logística múltiplo foram selecionadas as a variável cuja significância do valor do p fosse igual ou menor que 0,20. Caso houvesse colinearidade entre as variáveis ou associação significativa foram criadas variáveis de interação. As variáveis entraram no modelo seguindo a ordem crescente da significância estatística do p. Utilizamos o método de stepwise forward mantendo na modelagem as variáveis associadas ao desfecho ($p \leq 0,05$) ou que ajustassem o mesmo. Foram excluídas na modelagem as variáveis que causassem um superajustamento do modelo. O modelo final foi ajustado por sexo e idade/faixa etária.

4.8. Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Financiamento

A pesquisa não envolveu riscos físicos, sociais ou legais aos participantes, embora dados a respeito de questões consideradas delicadas foram coletados (consumo de bebida alcoólica, uso de medicamentos, diagnóstico de doenças, entre outros). A participação neste estudo foi voluntária, com preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido por todos os participantes.

Foi solicitado ao Instituto Nacional do Seguro Social autorização para realização da pesquisa em suas dependências físicas com segurados que busquem o benefício previdenciário auxílio-doença. Assim como foi solicitado acesso às informações referentes ao resultado do requerimento impetrado por esses segurados que serão amostra do estudo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CAAE 23492013.5.0000.5421).

Esta pesquisa teve financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob Processo nº 442051/2014-0.

5. RESULTADOS

5.1. Sobre o tempo do afastamento até o retorno ao trabalho

Não aceitaram tomar parte do estudo 7,7% das pessoas elegíveis que foram convidadas a participar da pesquisa. As justificativas da recusa foram: não ter interesse ou tempo para participar da pesquisa (52,9%) e não conseguir responder ou não tinha condições clínicas de responder (47,1%). Não houve diferença estatisticamente significante entre o grupo que participou da pesquisa e as perdas, conforme sexo e faixa etária (Tabela 01).

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos convidados a participar da pesquisa e a resposta ao convite, conforme sexo e faixa etária, São Paulo, 2014-2015 (N=221)

Variáveis	**Aceite (%) (N=204)**	**Não aceite % (N=17)**	**Valor p**
Sexo			0,668
Masculino	59 (28,9)	4 (23,5)	
Feminino	145 (71,1)	13 (76,5)	
Faixa etária			0,670
Até 29	53 (26,0)	3 (17,6)	
30 a 39	85 (41,7)	7 (41,2)	
40 ou mais	66 (32,4)	7 (41,2)	

A idade dos participantes do estudo variou de 19 a 61 anos, com média de 36 anos (desvio padrão $\pm$ 9,10). A maioria era do sexo feminino (71,1%), não morava com cônjuge por ser solteiro ou separado ou viúvo (52,4%) e a cor autorreferida da pele foi branca (57,8%). O grau de instrução de 80,4% dos participantes era igual ou superior a doze anos de estudo, que corresponde ao ensino médio completo (Tabela 02).

A maioria dos participantes não fumava (79,4%) ou ingeriam bebida alcoólica (72,6%). Nas semanas anteriores ao afastamento 70,1% não praticou qualquer atividade física (Tabela 02).

Sobre a função, 44,1% realizavam atendimento ou teleatendimento. A descrição das funções conforme cada categoria está apresentada no Quadro 03. Sobre o tempo de trabalho, quase 57,4% estava há menos de cinco anos na função. O vínculo como funcionário contratado da empresa privada onde realiza o trabalho foi relatado por 82,4% dos participantes. A jornada de trabalho da maioria era em horário fixo que se inicia no período da manhã (65,2%) (Tabela 03).

Tabela 2. Distribuição dos participantes conforme dados sociodemográficos e comportamento de risco para a saúde, e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204)

Variáveis	Total (%) (N=204)	Sim (%) (N=128)	Não (%) (N=76)	Valor p
Sexo				**0,353**
Masculino	59 (28,9)	31 (52,5)	28 (47,5)	
Feminino	145 (71,1)	97 (66,9)	48 (33,1)	
Faixa etária				**0,109**
Até 29	53 (26,0)	26 (49,1)	27 (50,9)	
30 a 39	85 (41,7)	58 (68,2)	27 (31,8)	
40 ou mais	66 (32,4)	44 (66,7)	22 (33,3)	
Situação conjugal				**0,964**
Solteiro	76 (37,2)	45 (59,2)	31 (40,8)	
Casado/ união estável	94 (46,1)	60 (63,8)	34 (36,2)	
Separado/viúvo	34 (15,2)	23 (67,6)	11 (32,4)	
Cor da pele autorreferida*				**0,443**
Preta	13 (6,4)	6 (46,2)	7 (53,8)	
Parda	63 (30,9)	36 (57,1)	27 (42,9)	
Branca	118 (57,8)	79 (66,9)	39 (33,1)	
Amarela/Indígena	9 (4,4)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Escolaridade*				**0,0239**
Fundamental incompleto	10 (4,9)	5 (50,0)	5 (50,0)	
Fundamental completo	14 (6,9)	5 (35,7)	9 (64,3)	
Médio incompleto	16 (7,8)	8 (50,0)	8 (50,0)	
Médio completo	63 (30,9)	37 (58,7)	26 (41,3)	
Superior incompleto	48 (23,5)	31 (64,6)	17 (35,4)	
Superior completo	40 (19,6)	33 (82,5)	7 (17,5)	
Pós-graduação completa	12 (5,9)	9 (75,0)	3 (25,0)	
Tabagismo				**0,2192**
Não	162 (79,4)	108 (66,7)	54 (33,3)	
Baixo consumo	20 (9,8)	12 (60,0)	8 (40,0)	
Moderado/alto consumo	22 (10,8)	8 (36,4)	14 (63,6)	
Etilismo				**0,000**
Não	148 (72,6)	86 (58,1)	62 (41,9)	
Baixo consumo	39 (19,1)	34 (87,2)	5 (12,8)	
Moderado/alto consumo	17 (8,3)	8 (47,1)	9 (52,9)	
Atividade física**				**0,993**
Não	143 (70,1)	89 (62,2)	54 (37,8)	
Irregular	38 (18,6)	24 (63,2)	14 (36,8)	
Regular	19 (9,3)	13 (68,4)	6 (31,6)	

*Não sei (01) - Não retornou ao trabalho (01); **Não sei (04) - Retorno ao trabalho (02) - Não retorno ao trabalho (02)

Tabela 3. Distribuição dos participantes conforme dados ocupacionais e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204)

Variáveis	Total (%) N=204	Sim (%) N=128	Não (%) N=76	Valor p
Tipo de atividade				**0,022**
Administrativo/Supervisão	54 (26,5)	42 (77,8)	12 (22,2)	
Atendimento/Teleatendimento	90 (44,1)	54 (60,0)	36 (40,0)	
Técnico/Operacional	60 (29,4)	32 (53,3)	28 (46,7)	
Tempo no trabalho*				**0,126**
< 5 anos	117 (57,9)	64 (54,7)	53 (45,3)	
5 a < 10 anos	38 (18,8)	26 (68,4)	12 (31,6)	
> 10 anos	47 (23,3)	36 (76,6)	11 (23,4)	
Vínculo com o local de trabalho**				**0,480**
Contratado	168 (86,6)	106 (63,1)	62 (36,9)	
Terceirizado	10 (5,2)	5 (50,0)	5 (50,0)	
Concursado	16 (8,2)	13 (81,3)	3 (18,8)	
Turno da jornada de trabalho				**0,088**
Diurno fixo	133 (65,2)	80 (60,2)	53 (39,8)	
Outros	58 (34,8)	40 (69,0)	18 (31,0)	
Violência no trabalho				**0,350**
Não	35 (17,1)	24 (68,6)	11 (31,4)	
Sim	169 (82,9)	104 (61,5)	65 (38,5)	
Esforço				**0,382**
Baixo	86 (42,2)	49 (57,0)	37 (43,0)	
Alto	118 (57,8)	79 (66,9)	39 (33,1)	
Recompensa				**0,146**
Baixa	104 (51,0)	71 (68,3)	33 (31,7)	
Alta	100 (49,0)	57 (57,0)	43 (43,0)	
ERI Index				**0,574**
Equilíbrio	87 (42,6)	52 (59,8)	35 (40,2)	
Desequilíbrio	117 (57,4)	76 (65,0)	41 (35,0)	
Excesso de comprometimento				**0,712**
Sim	73 (35,8)	43 (58,9)	30 (41,1)	
Não	131 (64,2)	85 (64,9)	46 (35,1)	
Expectativa sobre o trabalho				**0,550**
Baixa	163 (79,9)	103 (63,2)	60 (36,8)	
Alta	41 (20,1)	25 (61,0)	16 (39,0)	
Causa do afastamento por doença				**0,030**
Circunstância relativa ao trabalho	70 (34,3)	50 (71,4)	20 (28,6)	
Circunstâncias relativa ao trabalho e fora do trabalho	101 (49,5)	60 (59,4)	41 (40,6)	
Circunstância fora do trabalho	12 (5,9)	9 (75,0)	3 (25,0)	
Não sei	21 (10,3)	9 (42,9)	12 (57,1)	

*Não sei (02) - Retorno ao trabalho (02); **Não sei (10) – Retorno ao trabalho (04) – Não retorno ao trabalho (06)

Quadro 03. Distribuição da função exercida pelo participante na empresa de vínculo, classificado por categoria, São Paulo, 2014-2016, (N=204).

Categoria	Funções realizadas na empresa de vínculo
Administrativo/ Supervisão	analista administrativo telecomunicações, analista de controladoria, analista de fraude bancária, analista de projetos, analista de projetos de inovação, analista de seguro de vida, analista de sistemas, analista financeiro, analista fiscal, assistente administrativo, assistente comercial venda seguros, assistente de departamento de pessoal, assistente de gerente bancário, auditor contábil, auditora de vendas, auxiliar administrativo, auxiliar de escritório, auxiliar de recursos humanos, auxiliar financeiro, compradora de materiais, conciliadora de malote de dinheiro, consultora de benefícios, contadora, executivo de negócios, mediadora de negócios bancários, publicitário, secretária, técnica de seguros automobilístico, técnico administrativo, tesoureira bancária, chefe equipe carro forte, coordenação gestão viagens corporativas, gerente de restaurante, coordenador de compensação bancária, coordenador de estoque, coordenadora de atendimento, gerente agência correios, gerente de planejamento de eventos, gerente de vendas, gestora de vendas call center, supervisor operacional caixas bancários, supervisora de atendimento, supervisora de call center
Atendimento/ Teleatendimento	agente comunitária de saúde, agente de estação metrô, analista de atendimento ao cliente, arrecadadora de pedágio, assistente de venda de seguro, atendente de cambio, atendente de guichê (correios), atendente de padaria, atendente de serviço de atendimento ao cliente, auxiliar de enfermagem, auxiliar de atendimento em posto de saúde, auxiliar de serviços em lanchonete, balconista de mercado, caixa bancária, cobrador de ônibus, gerente de relacionamento bancário, operador de telemarketing, operadora de caixa, orientadora de público em hospital, recepcionista, técnica de enfermagem, vendedor
Técnico/ Operacional	agente de segurança do metrô, assistente de patologia cirúrgica, auxiliar de anestesia, auxiliar de limpeza, auxiliar de manutenção oficina mecânico, auxiliar de produção de cosméticos, auxiliar de serviços gerais (copa, limpeza, etc.), carteiro (entrega encomendas), coletor de lixo, cozinheiro, encarregado de assistência técnica informática, encarregada de confeitaria, enfermeira, fiscal de transporte urbano, instrutora de direção (autoescola), monitora de deficientes em moradia assistida, desenvolvedora de cerveja, laboratorista, leitor de tacógrafo, motorista de carro passeio, motorista de caminhão, motorista de ônibus, operador de empilhadeira, operadora de máquina de registro, operadora de máquina injetora plástica, orientadora socioeducativa de crianças, pedagoga, plantonista de cursinho, porteiro, professora de equitação, professora ensino fundamental, promotora de vendas de bebidas, repositor supermercado, revisadora de vestuário, segurança patrimonial, técnico de abastecimento aeronaves, técnico de inspeção de imóveis, técnico de manutenção de elevadores, técnico de materiais gráficos, técnica de radiodiagnóstico, técnica de suporte de informática, torneiro mecânico, vigilante

Situações de violência no trabalho foram relatadas por 82,9% dos trabalhadores. Os atos de violência relatados com maior frequência pelos participantes foram a agressão verbal por colegas ou clientes no trabalho (58,9%) e se sentir alvo de perseguição no trabalho (44,6%).

A média da relação entre esforços e recompensas foi de 1,28 (dp $\pm$ 0,73) tendendo ao desequilíbrio. Percentualmente, 57,4% dos entrevistados tinham uma percepção de alto esforço e baixa recompensa e 35,8% tinham comprometimento excessivo (Tabela 03).

A expectativa para o trabalho teve uma pontuação média de 29,16 (dp $\pm$ 12,25) no momento da coleta inicial dos dados no afastamento. A maioria dos participantes apresentava uma baixa expectativa (79,9%) para o trabalho caso tivessem que trabalhar no dia posterior àquele da perícia médica. Mais de 80,0% considerou que circunstâncias do trabalho contribuíram para o seu adoecimento (Tabela 03).

Quanto ao questionário de depressão ansiedade e estresse, a maioria dos participantes tiveram um nível de sintomas de depressão moderada a severa (67,6%), ansiedade severa a muito severa (58,3%) e estresse normal a leve (62,3%) (Tabela 04). Os sintomas depressivos mais frequentes foram "senti-me depressivo e sem ânimo" (80,2%) e "achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas" (76,2%); os sintomas de estresse mais prevalentes foram "achei difícil relaxar" (82,2%) e "senti que estava um pouco emotivo/sensível demais" (79,7%); e os sintomas ansiosos mais frequentes na última semana antes da resposta aos questionários foram "senti medo sem motivo" (73,7%) e "preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo" (73,2%).

A maioria dos participantes fazia tratamento medicamentoso e psicoterapêutico (64,2%). A presença de outras morbidades, além do quadro psiquiátrico, foi relatada por 51% dos participantes (Tabela 04). Prevaleceram os relatos de seguimento clínico no último ano por dores na coluna (19,3%) e pressão alta (16,8%).

O índice de massa corporal médio do grupo foi de 27,04 (dp $\pm$ 5,74), tendendo ao sobrepeso. Percentualmente, 56,8% do grupo estava com excesso de peso (Tabela 04).

Tabela 4. Distribuição dos participantes conforme dados clínicos e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204)

Variáveis	Total (%) N=204	Sim % N=128	Não % N=76	Valor p
Nível de depressão				**0,609**
Normal	40 (19,6)	25 (62,5)	15 (37,5)	
Leve	26 (12,8)	17 (65,4)	9 (34,6)	
Moderado	87 (42,6)	55 (63,2)	32 (36,8)	
Grave	51 (25,0)	31 (60,8)	20 (39,2)	
Nível de ansiedade				**0,082**
Normal	41 (20,1)	27 (65,9)	14 (34,1)	
Leve	8 (3,9)	2 (25,0)	6 (75,0)	
Moderado	36 (17,7)	20 (55,6)	16 (44,4)	
Grave	67 (32,8)	48 (71,6)	19 (28,4)	
Muito grave	52 (25,5)	31 (59,6)	21 (40,4)	
Nível de estresse				**0,760**
Normal	75 (36,8)	48 (64)	27 (36,0)	
Leve	52 (25,5)	35 (67,3)	17 (32,7)	
Moderado	77 (37,7)	45 (58,4)	32 (41,6)	
Tratamento psiquiátrico atual				**0,890**
Remédio e psicoterapia	131 (64,2)	82 (62,6)	49 (37,4)	
Apenas remédio	67 (32,8)	42 (62,7)	25 (37,3)	
Apenas psicoterapia	3 (1,5)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Não faz	3 (1,5)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Outras morbidades no último ano				**0,707**
Não	100 (49,0)	57 (57,0)	43 (43,0)	
Sim, uma morbidade	48 (23,5)	31 (64,6)	17 (35,4)	
Sim, 2 morbidades	30 (14,7)	19 (63,3)	11 (36,7)	
Sim, 3 ou mais morbidades	26 (12,8)	21 (80,8)	5 (19,2)	
IMC				**0,774**
Baixo peso	4 (2,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	
Normal	84 (41,2)	54 (64,3)	30 (35,7)	
Sobrepeso	60 (29,4)	37 (61,7)	23 (38,3)	
Obesidade	56 (27,4)	34 (60,7)	22 (39,3)	

O diagnóstico psiquiátrico mais frequente foi F32 - episódio depressivo (42,1%), seguido de F41 - outros transtornos ansiosos (27,4%) (Tabela 05).

A perícia médica do INSS considerou que 24,5% dos casos avaliados tinha relação com a exposição a ambiente e/ou condições de risco no trabalho, concedendo o benefício previdenciário na espécie auxílio-doença acidentário (B91). Menos de 20% dos participantes tinham histórico de haver recebido benefício por incapacidade decorrente de transtorno mental (Tabela 05).

Tabela 5. Distribuição dos participantes conforme dados previdenciários e o retorno ao trabalho em até um ano do afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=204)

Variáveis	**Total % N=204**	**Sim % N=128**	**Não % N=76**	**Valor p**
Diagnóstico psiquiátrico conforme laudo pericial				xxxxx
F32 – Episódios depressivos	86 (42,1)	53 (61,6)	33 (38,4)	
F41 - Outros transtornos ansiosos	56 (27,4)	31 (55,4)	25 (44,6)	
F33 - Transtorno depressivo recorrente	22 (10,8)	17 (77,3)	5 (22,7)	
F43 - Reações ao stress grave e transtornos de adaptação	22 (10,8)	17 (77,3)	5 (22,7)	
F31 – Transtorno afetivo bipolar	13 (6,4)	7 (53,8)	6 (46,2)	
F42 - Transtorno obsessivo compulsivo	2 (1,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	
F34 - Transtornos de humor (afetivos) persistentes	1 (0,5)	1 (100,0)	0 (0,0)	
F39 - Transtorno de humor (afetivo) não especificado	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (100,0)	
F45 - Transtornos somatoformes	1 (0,5)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Espécie do benefício				0,203
Não relacionado ao trabalho	154 (75,5)	92 (59,7)	62 (40,3)	
Relacionado ao trabalho	50 (24,5)	36 (72,0)	14 (28,0)	
Histórico de benefício prévio por transtorno mental				0,907
Não	166 (81,4)	101 (60,8)	65 (39,2)	
Sim	38 (18,6)	27 (71,1)	11 (28,9)	

Tabela 6. Regressão de Cox univariada e múltipla do tempo para o retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais e variáveis associadas, São Paulo, 2014-2016, (N=204)

Variável	Taxa de risco bruta	IC95%	Taxa de risco ajustada*	IC95%
Faixa etária				
Até 29	1,00	Ref	1,00	Ref
30 a 39	1,57	0,99-2,50	1,76	1,08-2,79
40 ou mais	1,17	0,72-1,90	1,11	0,68-1,83
Anos de estudo				
Menos que 12	1,00	Ref	1,00	Ref
12 ou mais	2,07	1,26-3,42	1,87	1,10-3,17
Consumo de álcool				
Nenhum	1,00	Ref	1,0	Ref
Baixo	2,42	1,63-3,62	2,65	1,75-4,02
Alto	1,04	0,50-2,15	0,84	0,40-1,78
Função				
Técnico/Operacional	1,00	Ref		
Administrativo/Supervisão	1,86	0,72-2,95		
Atendimento/Teleatendimento	1,25	0,81-1,94		
Tempo no trabalho				
< 5 anos	1,00	Ref		
5 a < 10 anos	1,50	0,95 - 2,37		
> 10 anos	1,37	0,91 - 2,076		
Turno da jornada de trabalho				
Diurno fixo	1,00	Ref		
Outros	1,39	0,95-2,03		
Recompensa				
Baixa	1,00	Ref		
Alta	0,77	0,54-1,10		
Causa do afastamento por doença				
Circunstâncias do trabalho	1,82	1,06-3,13		
Circunstâncias do trabalho e da vida fora do trabalho	1,33	0,79-2,26		
Não foi o trabalho	1,00	Ref		
Sintomas ansiosos				
Normal	1,00	Ref	1,00	Ref
Leve	0,19	0,05-0,80	0,17	0,04-0,74
Moderado a muito grave	0,77	0,50-1,18	0,72	0,47-1,12

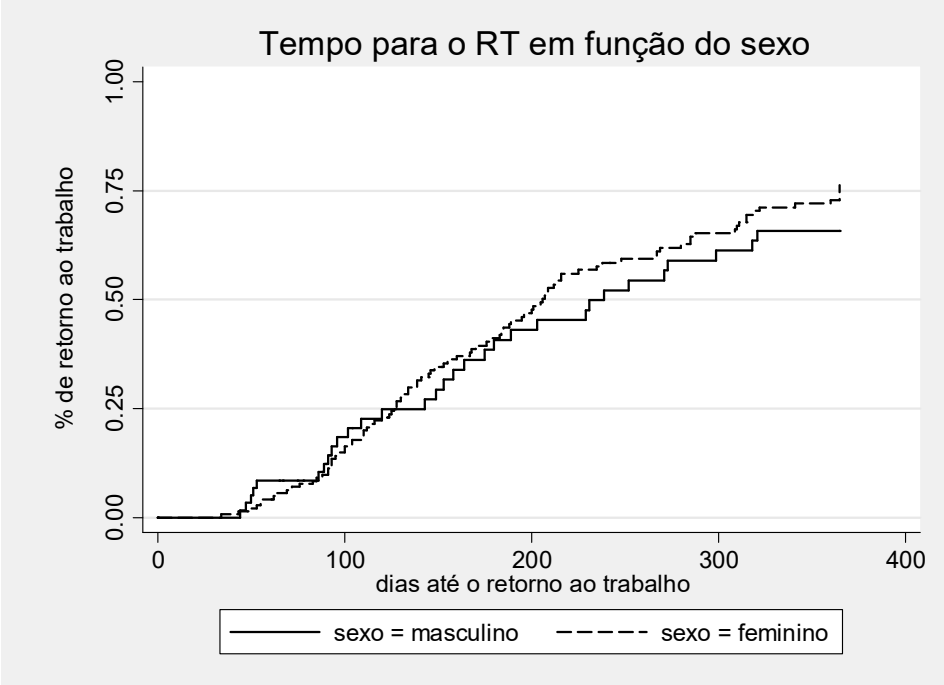
*ajustado por função e sexo; IC95% = intervalo de confiança de 95%

Na Tabela 10 está apresentado o resultado da análise univariada das variáveis que foram selecionadas para a modelagem múltipla. No modelo final, foram associados como fatores que predispõe ao retorno ao trabalho mais precoce após afastamento por transtornos mentais: ter estudado doze ou mais anos; estar na faixa etária entre 30 e 39 anos de idade; e o consumo de álcool em baixos níveis. A presença de sintomas ansiosos em nível leve no momento do afastamento contribuiu para um maior tempo de retorno ao trabalho no grupo estudado. O modelo final sofreu ajuste do sexo dos participantes e da função laboral (Tabela 06).

A seguir apresentamos as curvas de sobrevida (Kaplan-Meier) dos fatores que foram significativos na modelagem múltipla e, portanto, exercem influência no tempo entre o afastamento e o primeiro retorno ao trabalho dos participantes acometidos de transtornos mentais incapacitantes.

Não houve significância estatística do sexo sobre o tempo para o retorno ao trabalho que pode ser inferido na Figura 01 com similaridade nas curvas de sobrevida de participantes dos sexos feminino e masculino.

Figura 1. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função do sexo do participante, São Paulo, 2014-2016, (N=204)



É possível notar na curva de sobrevida do tempo para o retorno ao trabalho em função da faixa etária que mais de 75% dos participantes com faixa etária entre 30 a 39 anos haviam se apresentado para o retorno ao trabalho ao final do período de seguimento (Figura 02).

Pode ser visto na Figura 03 da curva de sobrevida em função do tempo de estudo que cerca de metade dos participantes com escolaridade igual ou superior a 12 anos retornaram ao trabalho ao redor de 200 dias e a metade daqueles com escolaridade inferior a 12 anos demoraram mais de 350 dias.

Figura 2. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função da faixa etária do participante, São Paulo, 2014-2016, (N=204)

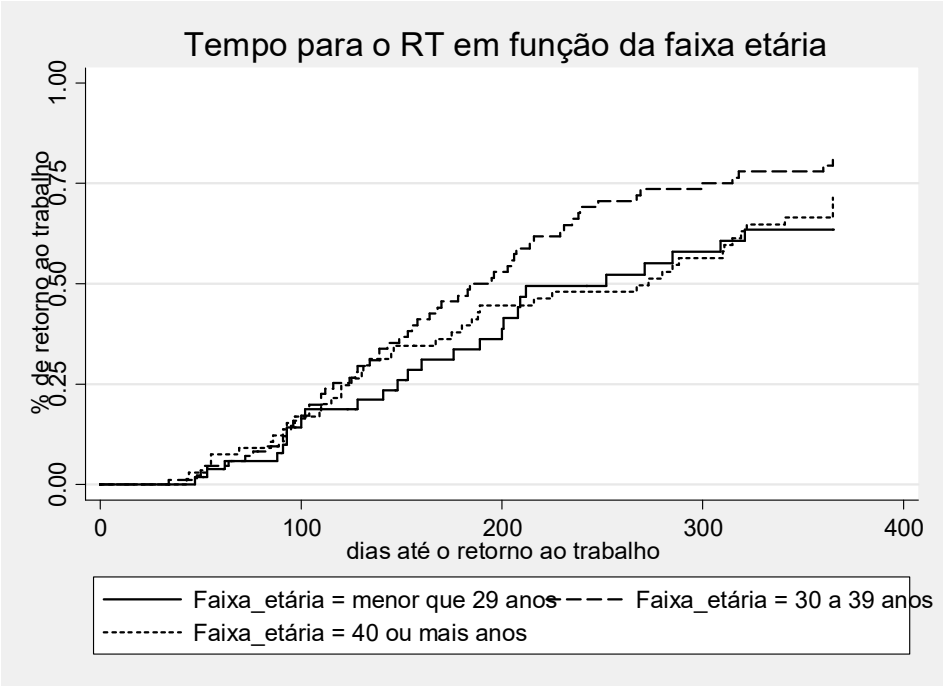
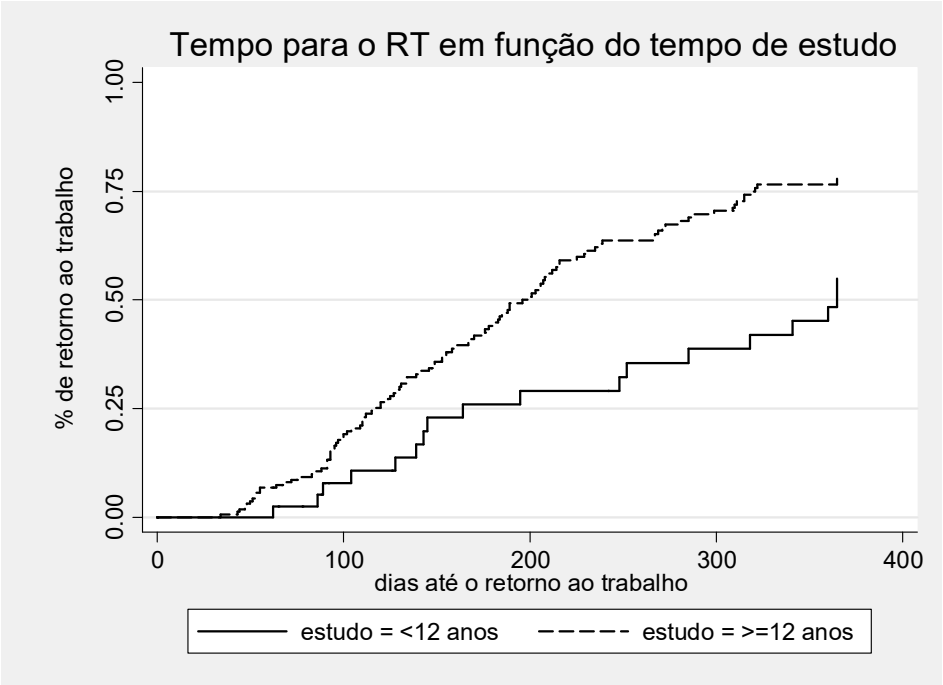


Figura 3. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função da faixa etária do participante, São Paulo, 2014-2016, (N=204)



A curva de sobrevida em função do consumo de álcool (Figura 04) aponta que a metade dos participantes com o consumo baixo retornaram antes ao trabalho e que ao final do período do estudo tinham uma maior incidência de retorno.

Figura 4. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função do nível de consumo de álcool dos participantes, São Paulo, 2014-2016 (N=204)

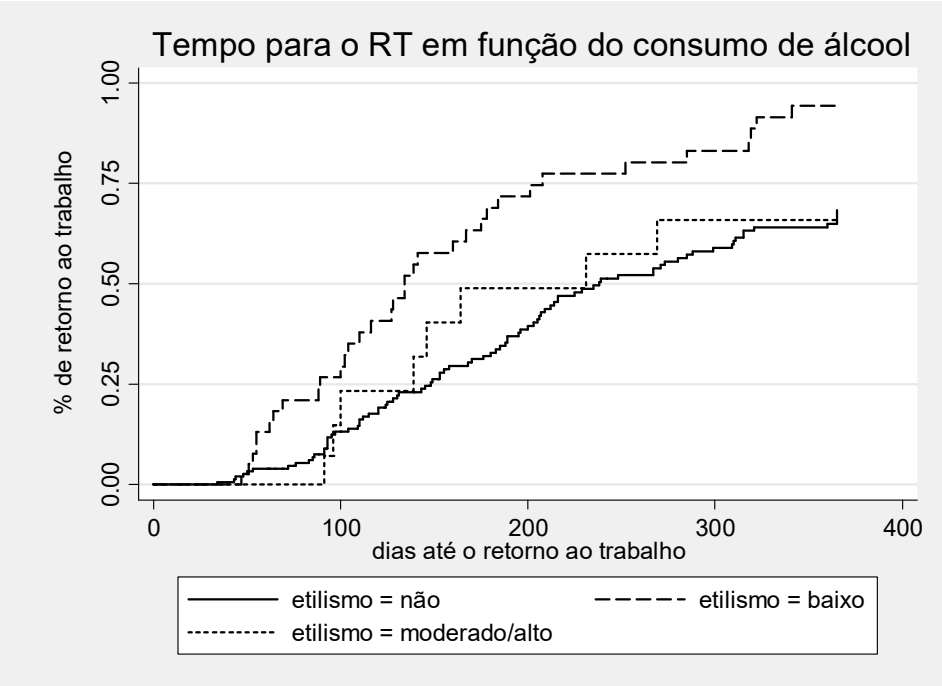
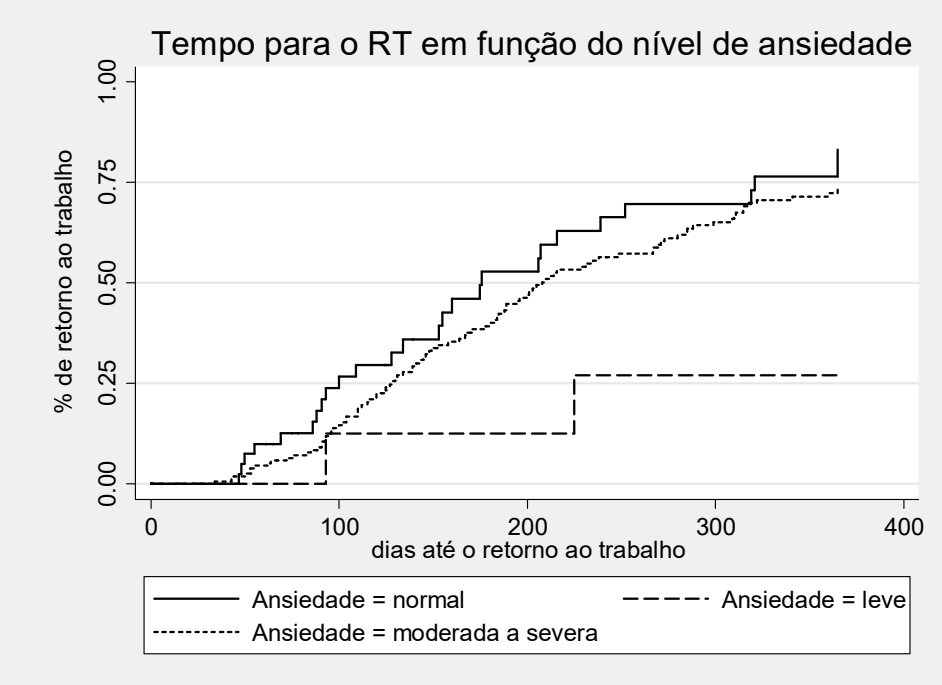


Figura 5. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função do nível de sintomas ansiosos dos participantes, São Paulo, 2014-2016, (N=204)



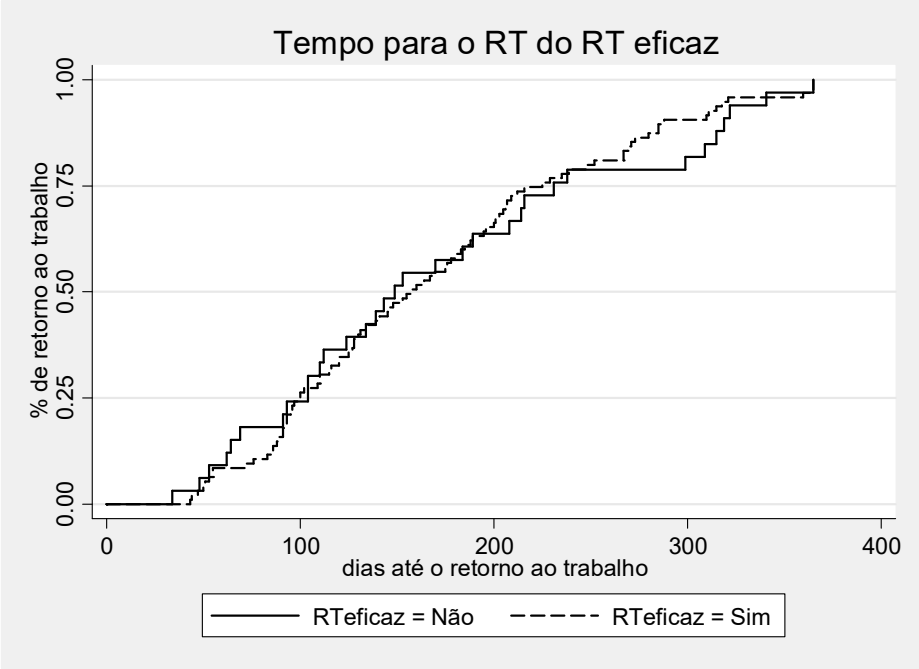
A curva de sobrevida em função do nível de ansiedade demonstra claramente que poucas pessoas com nível de ansiedade leve retornaram ao trabalho no período estudado,

quando comparado àqueles com ansiedade normal e mesmo ansiedade moderada a muito severa (Figura 05).

5.2. Sobre o retorno ao trabalho eficaz

Em relação aos 204 participantes acompanhados, 128 tentaram o retorno ao trabalho no período de um ano após o afastamento. Houve uma eficácia de retorno ao trabalho com taxa de 74,2%, ou seja, três em cada quatro trabalhadores afastados que se reapresentaram para o retorno ao trabalho permaneceram realizando suas atividades, ou similares, durante um prazo mínimo de 30 dias. Não houve diferença estatisticamente significativa no tempo para o retorno ao trabalho entre o grupo que teve retorno ao trabalho eficaz e o que não permaneceu no trabalho por mais do que 30 dias após retornar (Figura 06).

Figura 6. Curva de sobrevida do tempo entre o afastamento do trabalho por transtorno mental e o retorno ao trabalho, em função da efetividade do retorno ao trabalho, São Paulo, 2014-2016 (N=128)



Na sequência são apresentas as tabelas com descritivo das características do subgrupo de participantes que tentaram retornar ao trabalho no prazo de um ano após o afastamento por transtorno mental.

Tabela 7. Distribuição dos participantes conforme dados sociodemográficos e hábitos/estilo de vida e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128)

Variáveis	Total % (N=128)	Sim % (N=95)	Não % (N=33)	Valor p
Sexo				0,347
Masculino	31 (24,2)	25 (80,6)	6 (19,4)	
Feminino	97 (75,8)	70 (72,2)	27 (27,8)	
Faixa etária				0,098
Até 29	26 (20,3)	20 (76,9)	6 (23,1)	
30 a 39	58 (45,3)	38 (65,5)	20 (34,5)	
40 ou mais	44 (34,4)	37 (84,1)	7 (15,9)	
Situação conjugal				0,549
Solteiro	45 (35,2)	31 (68,9)	14 (31,1)	
Casado/união estável	60 (46,9)	47 (78,3)	13 (21,7)	
Separado/viúvo	23 (17,9)	17 (73,9)	6 (26,1)	
Cor da pele				0,567
Preta	6 (4,7)	4 (66,7)	2 (33,3)	
Parda	36 (28,1)	29 (80,6)	7 (19,4)	
Branca	79 (61,7)	58 (73,4)	21 (26,6)	
Amarela	7 (5,5)	4 (57,1)	3 (42,9)	
Escolaridade				0,974
Fundamental incompleto	5 (3,9)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Fundamental completo	5 (3,9)	4 (80,0)	1 (20,0)	
Médio incompleto	8 (6,3)	5 (62,5)	3 (37,5)	
Médio completo	37 (28,9)	28 (75,7)	9 (24,3)	
Superior incompleto	31 (24,2)	24 (77,4)	7 (22,6)	
Superior completo	33 (25,8)	24 (75,8)	9 (24,2)	
Pós-graduação completa	9 (70)	6 (66,7)	3 (33,3)	
Tabagismo				0,821
Não	108 (84,4)	81 (75,0)	27 (25,0)	
Baixo consumo	12 (9,4)	8 (66,7)	4 (33,3)	
Moderado/alto consumo	8 (6,3)	6 (75,0)	2 (25,0)	
Etilismo				0,590
Não	86 (67,2)	66 (76,7)	20 (23,3)	
Baixo consumo	34 (26,6)	23 (67,6)	11 (32,4)	
Moderado/alto consumo	8 (6,3)	6 (75,0)	2 (25,0)	
Atividade física*				0,671
Não	89 (70,6)	67 (75,3)	22 (24,7)	
Irregular	24 (19,0)	16 (66,7)	8 (33,3)	
Regular	13 (10,3)	10 (76,9)	3 (23,1)	

*Não sei (02) – Retorno eficaz (02)

Tabela 8. Distribuição dos participantes conforme aspectos do trabalho e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128)

Variáveis	Total % (N=128)	Sim % (N=95)	Não % (N=33)	Valor p
Tipo de atividade				
Administrativo	42 (32,8)	27 (64,3)	15 (35,7)	0,197
Atendente	54 (42,2)	43 (79,6)	11 (20,4)	
Operacional	32 (25,0)	25 (78,1)	7 (21,9)	
Tempo no trabalho*				0,010
< 1 ano	16 (12,7)	8 (50,0)	8 (50,0)	
1 a < 5 anos	48 (38,1)	32 (66,7)	16 (33,3)	
5 a < 10 anos	26 (20,6)	24 (92,3)	2 (7,7)	
> 10 anos	36 (28,6)	29 (80,6)	7 (19,4)	
Vínculo com o local de trabalho**				0,238
Contratado	106 (85,5)	31 (29,2)	75 (70,8)	
Terceirizado	5 (4,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	
Concursado	13 (10,5)	1 (7,7)	12 (92,3)	
Turno da jornada de trabalho***				0,884
Fixo manhã	80 (66,7)	21 (26,3)	59 (73,7)	
Outras	40 (33,3)	11 (27,5)	29 (72,5)	
Violência no trabalho				0,539
Não	24 (18,8)	5 (20,8)	19 (79,2)	
Sim	104 (81,2)	28 (26,9)	76 (73,1)	
Esforço				0,497
Baixo	49 (38,3)	11 (22,4)	38 (77,6)	
Alto	79 (61,7)	22 (27,8)	57 (72,2)	
Recompensa				0,491
Baixa	71 (55,5)	20 (28,2)	51 (71,8)	
Alta	57 (44,5)	13 (22,8)	44 (77,2)	
ERI Index				0,867
Equilíbrio	52 (40,6)	13 (25,0)	39 (75,0)	
Desequilíbrio	76 (59,4)	20 (26,3)	56 (73,7)	
Excesso de comprometimento				0,413
Sim	43 (33,6)	13 (30,2)	30 (69,8)	
Não	85 (66,4)	20 (23,5)	65 (76,5)	
Expectativa sobre o trabalho				0,020
Baixa	103 (80,5)	22 (21,4)	81 (78,6)	
Alta	25 (19,5)	11 (44,0)	14 (56,0)	

*Não sei (02) – Retorno eficaz (02); **Não sei (04) – Retorno não eficaz (04); ***Não sei (08) – Retorno eficaz (01) – Retorno não eficaz (07)

Tabela 9. Distribuição dos participantes conforme dados clínicos e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128)

Variáveis	Total % (N=128)	Sim % (N=95)	Não % (N=33)	Valor p
Nível de depressão				**0,092**
Normal	25 (19,5)	20 (80,0)	5 (20,0)	
Leve	17 (13,3)	12 (70,6)	5 (29,4)	
Moderado	55 (43,0)	45 (81,8)	10 (18,2)	
Grave	31 (24,2)	18 (58,1)	13 (41,9)	
Nível de ansiedade				**0,095**
Normal	27 (21,1)	23 (85,2)	4 (14,8)	
Leve	2 (1,6)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Moderado	20 (15,6)	18 (90,0)	2 (10,0)	
Grave	48 (37,5)	34 (70,8)	14 (29,2)	
Muito grave	31 (24,2)	19 (61,3)	12 (38,7)	
Nível de estresse				**0,189**
Normal	48 (37,5)	40 (83,3)	8 (16,7)	
Leve	35 (27,3)	24 (68,6)	11 (31,4)	
Moderado	45 (35,2)	31 (68,9)	14 (31,1)	
Tratamento psiquiátrico atual				**0,668**
Não faz	2 (1,6)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Apenas remédio	42 (32,8)	30 (71,4)	12 (28,6)	
Apenas psicoterapia	2 (1,6)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Remédio e psicoterapia	82 (64,0)	61 (74,4)	21 (25,6)	
Causa do afastamento por doença				**0,986**
Circunstância relativa ao trabalho	50 (39,1)	37 (74,0)	13 (26,0)	
Circunstância fora do trabalho	9 (7,0)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Circunstâncias relativa ao trabalho e fora do trabalho	60 (46,9)	44 (73,3)	16 (26,7)	
Não sei	9 (7,0)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Outras morbidades no último ano				**0,967**
Não	57 (44,5)	43 (75,4)	14 (24,6)	
Sim, uma morbidade	31 (24,2)	22 (71,0)	9 (29,0)	
Sim, duas morbidades	19 (14,8)	14 (73,7)	5 (26,3)	
Sim, três ou mais morbidades	21 (16,4)	16 (76,2)	5 (23,8)	
IMC				**0,699**
Baixo peso	3 (2,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Normal	54 (42,2)	38 (70,4)	16 (29,6)	
Sobrepeso	37 (28,9)	30 (81,0)	7 (19,0)	
Obesidade	34 (26,6)	25 (73,5)	9 (26,5)	

Tabela 10. Distribuição dos participantes conforme informações previdenciárias e o retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128)

Variáveis	Total % (N=128)	Sim % (N=95)	Não % (N=33)	Valor p
Diagnóstico que consta no laudo pericial				**Xxxxx**
F32 – Episódios depressivos	53 (41,4)	39 (73,6)	14 (26,4)	
F41 - Outros transtornos ansiosos	31 (24,2)	20 (64,5)	11 (35,5)	
F33 - Transtorno depressivo recorrente	17 (13,3)	13 (76,5)	4 (23,5)	
F43 - Reações ao stress grave e transtornos de adaptação	17 (13,3)	13 (76,5)	4 (23,5)	
F31 – Transtorno afetivo bipolar	7 (5,5)	7 (100,0)	0 (0,0)	
F42 - Transtorno obsessivo compulsivo	1 (0,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	
F34 - Transtornos de humor (afetivos) persistentes	1 (0,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	
F45 - Transtornos somatoformes	1 (0,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Tipo de benefício				**0,140**
Não relacionado ao trabalho	92 (71,9)	65 (71,0)	27 (29,0)	
Relacionado ao trabalho	36 (28,1)	30 (83,3)	6 (16,7)	
Histórico de benefício prévios por transtornos mentais				**0,985**
Não	101 (78,9)	75 (74,3)	26 (25,7)	
Sim	27 (21,1)	20 (74,1)	7 (25,9)	

As informações que foram coletadas na Fase 3 (entrevista sobre o processo de retorno ao trabalho) da pesquisa estão consolidadas na Tabela 11. Pode ser visualizado que a maioria dos participantes (82,4%) foram avaliados por um profissional médico antes de retornar às atividades. O atendimento poderia ocorrer na própria empresa ou em clínicas externas à empresa.

Entre aqueles que foram avaliados por médicos da empresa, um pouco mais da metade (51,5%) tiveram que apresentar um relatório do médico assistente responsável pelo tratamento clinico. Durante a execução da avaliação a maioria conversou sobre o problema de saúde com o médico (69,1%), indicou o tratamento realizado (75,8%), não falou sobre dificuldades para realizar atividades domésticas (75,8%) ou foi questionado se teria dificuldade para realizar as tarefas de trabalho (50,5%). Apenas um em cada quatro foi reavaliado no período de 30 dias após o afastamento (23,3%). A maioria teve algum tipo de modificação nas condições de trabalho após o retorno (54,7%) como mudanças na organização da jornada, alteração das atividades de contato com o público, entre outras (Quadro 04).

O apoio dos colegas foi percebido pela maior parte dos trabalhadores (80,6%), assim como o apoio dos chefes, supervisores e gerentes (60,2%).

Tabela 11. Distribuição dos participantes conforme histórico do retorno ao trabalho e retorno ao trabalho eficaz em até um ano após o afastamento, São Paulo, 2014-2016, (N=128)

Variáveis	Total %	Sim %	Não %	Valor p
Antes de voltar ao trabalho passou em consulta com o médico da empresa e onde foi este exame (N=119)				0,001
Não	21 (17,6)	11 (52,4)	10 (47,6)	
Na empresa	66 (55,5)	59 (89,4)	7 (10,6)	
Em uma clínica fora da empresa	32 (26,9)	23 (71,9)	9 (28,1)	
O médico da empresa solicitou para o retorno ao trabalho um relatório do médico que faz o seu tratamento (N=97)				0,337
Não	47 (48,5)	41 (87,2)	6 (12,8)	
Sim	50 (51,5)	40 (80,0)	10 (20,0)	
O médico da empresa conversou com o/a senhor/a no retorno ao trabalho sobre o seu problema emocional que justificou o afastamento do trabalho (N=94)				0,403
Não	29 (30,9)	23 (79,3)	6 (20,7)	
Sim	65 (69,1)	56 (86,2)	9 (13,8)	
O médico da empresa lhe perguntou sobre o tratamento indicado para o seu problema emocional (N=95)				0,809
Não	23 (24,2)	19 (82,6)	4 (17,4)	
Sim	72 (75,8)	61 (84,7)	11 (15,3)	
O médico da empresa lhe perguntou se o/a senhor/a tem dificuldades em realizar tarefas em casa (N=91)				0,676
Não	69 (75,8)	59 (85,5)	10 (14,5)	
Sim	22 (24,2)	18 (81,8)	4 (18,2)	
O médico da empresa perguntou se o/a senhor/senhora teria dificuldade para realizar as tarefas do trabalho (N=93)				0,172
Não	47 (50,5)	37 (78,7)	10 (21,3)	
Sim	46 (49,5)	41 (89,1)	5 (10,9)	
Pelo menos uma consulta foi feita com o médico da empresa antes de 30 dias após o retorno ao trabalho (N=86)				0,362
Não	66 (76,7)	58 (87,9)	8 (12,1)	
Sim	20 (23,3)	19 (95,0)	1 (5,0)	
A empresa fez alguma modificação nas condições de trabalho para o seu retornou ao trabalho (N=106)				0,034
Não	58 (54,7)	46 (79,3)	12 (20,7)	
Sim	48 (45,3)	45 (93,8)	3 (6,3)	
O/A senhor/a considera que foi bem recebido pelos colegas de trabalho após o seu período de afastamento (N=103)				0,038
Não	20 (19,4)	15 (75,0)	5 (25,0)	
Sim	83 (80,6)	76 (91,6)	7 (8,4)	
O/A senhor/a considera que foi bem recebido pelos chefes, supervisores e diretores da empresa após o seu período de afastamento (N=103)				0,163
Não	41 (39,8)	34 (82,9)	7 (17,1)	
Sim	62 (60,2)	57 (91,9)	5 (8,1)	

Quadro 4. Distribuição dos participantes que realizaram retorno ao trabalho e o tipo de modificações que foram realizadas pela empresa no momento do retorno, São Paulo, 2014-2016 (N=128)

Modificações nas condições de trabalho	Número de relatos
Mudança na organização da jornada (mudança no esquema de turnos - 6; redução jornada – 5; inseriu pausas - 4; proibição de horas extras – 1)	16
Atividade de atendimento ao público (parar – 9; reduzir – 5; iniciar – 1)	15
Mudança nas atividades da função (rebaixamento de gerencial para função operacional - 3; outras - 11)	14
Redução da carga (ociosidade - 4; aumento gradual - 2; metas - 2; prazos/cobrança - 3; demanda/stress - 3)	14
Mudança de setor (migração para trabalho interno ou administrativo)	11
Mudança de unidade	8
Aumento da carga (jornada - 1; metas - 2; tarefas - 1)	4
Mudança na execução da atividade (não dirigir - 1; não trabalhar armado - 1; não mexer com dinheiro - 1)	3
Mudança do contexto de trabalho (mudança da chefia 1; trabalhar acompanhado - 1)	2
Realização de treinamento	2
Mudança de mobiliário	1

Na modelagem logística para analisar fatores que facilitam o retorno ao trabalho eficaz (RTE), foi visto associação estatística à univariada com: tempo na função, autoeficácia para o retorno na época do afastamento, o exame de retorno ao trabalho, modificações nas condições de trabalho após o retorno e o apoio dos colegas à época do retorno. Ao final, foi verificado que um tempo na função superior a cinco anos e a realização de um exame médico ocupacional no momento do retorno favorecia a manutenção do trabalhador na realização do seu trabalho por mais de trinta dias após o retorno. O relato de alta autoeficácia no momento do afastamento diminuía a chance de efetividade no retorno ao trabalho dos participantes (Tabela 12).

Tabela 12. Regressão logística univariada e múltipla ajustada do retorno ao trabalho eficaz e variáveis associadas, São Paulo, 2014-2016, (N= 128)

Variáveis	OR bruto	IC 95%	OR ajustado*	IC 95%
Faixa etária				
Até 39	1,00	Ref		
40 ou mais	2,37	0,93-6,01		
Tipo de atividade				
Administrativo	1,00	Ref		
Atendente	2,17	0,87-5,42		
Operacional	1,98	0,69-5,67		
Tempo na função atual				
Até cinco anos	1,00	Ref	1,00	Ref
Cinco ou mais anos	3,67	1,54-8,73	3,69	1,13-12,02
Expectativa sobre o trabalho no início do afastamento				
Baixa autoeficácia	1,00	Ref	1,00	Ref
Alta autoeficácia	0,35	0,14-0,87	0,25	0,07-0,91
Nível de depressão				
Normal	1,00	Ref		
Leve	0,60	0,14-2,51		
Moderado/Grave	0,68	0,23-2,04		
Nível de ansiedade				
Normal	1,00	Ref		
Leve	0,17	0,01-3,38		
Moderado/Muito grave	0,44	0,14-1,39		
Nível de estresse				
Normal	1,00	Ref		
Leve	0,44	0,15-1,24		
Moderado	0,44	0,17-1,19		
Tipo do benefício				
Doença não relacionada ao trabalho	1,00	Ref		
Doença relacionada ao trabalho	2,08	0,78-5,56		
Fez exame médico de retorno ao trabalho				
Não	1,00	Ref	1,00	Ref
Sim	4,66	1,70-12,79	4,93	1,48 – 16,43
Foi questionado sobre dificuldade para realizar as tarefas do trabalho				
Não	1,00	Ref		
Sim	2,22	0,69-7,08		
A empresa fez modificação nas condições de trabalho				
Não	1,00	Ref		
Sim	3,91	1,03-14,80		
Foi bem recebido pelos colegas de trabalho				
Não	1,00	Ref		
Sim	3,62	1,01-12,94		
Foi bem recebido pelos chefes/supervisores				
Não	1,00	Ref		
Sim	2,34	0,69-7,98		

OR = Odds ratio; IC = intervalo de confiança; * ajustado por sexo, tipo de atividade, nível de sintomas depressivos, tipo de benefício

5.3. Sobre a adaptação transcultural do questionário *"Verwachtingen over werken"*

O primeiro tópico discutido em reunião de consenso foi o título. O artigo que descreveu a validação do instrumento o apresentava na língua inglesa ("*return-to-work self-efficacy*"), que poderia ser traduzido como "autoeficácia de retorno ao trabalho". Todavia, as duas traduções do original em holandês para o português falado no Brasil indicavam que o título utilizava o termo "expectativa". Houve consenso de que não havia pertinência em manter "eficácia/autoeficácia" no título do questionário, conforme título em inglês, visto que não era a tradução literal do original. Além disso, o substantivo "expectativa" é utilizado de forma mais regular no Brasil do que "autoeficácia". Até o presente momento não houve validação da versão em inglês do questionário original.

O título do questionário sofreu mudança de V1 para a versão 2 (V2). Inicialmente se propôs "Expectativas sobre o retorno ao trabalho", mas na avaliação da retrotradução foi indicado que o questionário poderia ser respondido por pessoas que estivessem em atividade após um afastamento ou aqueles em regime parcial de trabalho. O objetivo seria acompanhar mudanças na expectativa dos trabalhadores que estivessem em processo de retorno ao trabalho. Assim, optou-se por denominar o questionário de "Expectativas sobre o trabalho".

No Brasil, as instituições públicas e privadas têm autonomia para reduzir a jornada ou a carga de trabalho, mas é ilegal a redução salarial para pagamento proporcional. Todavia, não é uma realidade brasileira que os empregadores autorizem a redução da jornada definida no contrato de trabalho para "trabalho em tempo parcial" após o retorno de pessoas afastadas por doença. Esta dualidade entre a legislação trabalhista e a percepção do comitê de especialistas sobre a prática motivou discussão sobre a vinheta introdutória do questionário que faz a seguinte afirmação: "Pode ser que você atualmente não esteja trabalhando, ou que você esteja trabalhando em tempo parcial, ou ainda que você já tenha retomado integralmente ao trabalho". Pela possibilidade desta condição do trabalho parcial ocorrer, principalmente em empresas que tenham processos de retorno gradual ao trabalho, optou-se por manter o texto original na vinheta introdutória.

Ainda sobre esta parte do questionário, em comentários da avaliadora sobre a retrotradução foi indicado que a vinheta deveria ser menos enfática na obrigatoriedade de um retorno às atividades de trabalho. Portanto, foi retirado o verbo "ter" e mantido na versão final "Imagine que você retorne ao trabalho amanhã (com a sua condição de saúde atual)".

Houve necessidade de também rever na frase norteadora a avaliação realizada na primeira retrotradução. A avaliadora indicou a necessidade de diminuir o peso de obrigatoriedade do retorno ao trabalho, sendo mais neutro no campo da possibilidade ("Se eu retornar ao trabalho amanhã...").

Acerca do final da frase norteadora, discutiu-se o uso do verbo esperar ("se eu retornar ao trabalho amanhã, eu espero...") ou manter o substantivo expectativa, que traria similaridade com o título do questionário. A escolha da segunda opção foi reforçada pela melhor equivalência com as afirmativas a serem respondidas, que iniciavam com o verbo no infinitivo, e proporcionavam uma melhor perspectiva de futuro próximo.

A respeito da afirmativa 1, as duas traduções apresentavam palavras pouco utilizadas no cotidiano brasileiro ("contratempo/adversidades"). Discutiu-se a possibilidade de substituir por "dificuldades" ou "problemas"; na avaliação da primeira retrotradução foi indicado que o uso de "dificuldades" era mais próximo do contexto do questionário.

As afirmativas 2, 4, 5, 6 não foram objeto de discussão específica no processo de adaptação transcultural, pois a tradução abrangeu o enfoque da versão holandesa. Após a primeira rodada de pré-teste optamos por complementar a tradução das afirmativas originais com as locuções "no trabalho/do trabalho/durante o trabalho" a fim de reforçar que o questionário abordava a expectativa para situações relacionadas ao trabalho após afastamento por adoecimento. Tal modificação pode ser considerada uma adaptação cultural após realização de pré-teste com o público-alvo.

A terceira afirmativa provocou discussão na primeira reunião de consenso do comitê de especialistas, pois não se sabia qual seria seu enfoque principal. Uma das traduções demonstrava um direcionamento para entender a expectativa de exercer controle sobre as tarefas do trabalho e a outra tradução indicava uma perspectiva sobre o estabelecimento de limites para as "cobranças" no trabalho. Após consulta aos autores da versão original, foi decidido que o objetivo referia-se, a saber, quais são seus limites individuais para o exercício do trabalho e se o trabalhador tinha expectativas de ter condições para não ultrapassar esses limites.

Na sétima afirmativa houve dificuldades na escolha da melhor palavra para caracterizar a concentração no trabalho. Apesar do uso comum do advérbio "bem", a versão melhor avaliada na retrotradução foi a que utilizou a locução "o suficiente". A avaliadora considerou que a segunda opção seria menos incisiva e, portanto, mais próxima ao contexto original.

A discussão da oitava afirmativa focalizava qual seria o objeto principal da avaliação da expectativa. Entre discutir pressões exercidas pelas relações interpessoais no trabalho (colegas, supervisores, clientes) ou o desconforto provocado pela organização do ambiente de trabalho (ruído/barulho/agito), a segunda opção foi considerada a mais adequada.

A afirmativa nove ensejou discussão sobre o uso do melhor verbo. Entre a opção "lidar com os possíveis problemas no trabalho" ou "resolver os possíveis problemas no trabalho", a avaliadora da retrotradução considerou a segunda versão mais próxima do original.

Sobre a décima afirmativa a melhor forma de avaliar a motivação para realizar o trabalho deveria ser voltada para o comportamento de se motivar, ao invés de um estado momentâneo de ter motivação ou estar motivado para realizar o próprio trabalho.

Na afirmativa onze, o uso do verbo cumprir foi considerado mais adequado do que a ação expressa pelos verbos lidar/gerir/gerenciar em relação às exigências físicas do trabalho.

A adaptação da escala Likert com seis opções não apresentou problemas.

Após a avaliação da primeira retrotradução, a autora holandesa estabeleceu uma média de 7,89 pontos para a primeira versão (173,5 pontos na somatória de 22 itens). Na segunda reunião de consenso foram modificados todos os itens, exceto a escala Likert (que recebeu pontuação máxima), portanto originando a segunda versão em português falado no Brasil. A avaliação realizada pela autora na R2 aumentou a média do escore para 9,34 (com 205,5 pontos para 22 itens).

Na terceira reunião de consenso foram revistos quatro dos 22 itens e definida a terceira versão em português falado no Brasil. Após a terceira retrotradução para o holandês (R3), a autora estabeleceu uma pontuação média de 9,66 (total de 212,5 pontos para 22 itens), que foi considerada por todos os autores como suficiente para ser considerada a versão final do questionário (Quadro 5).

Quadro 5. Versão original em holandês e adaptação transcultural para o português falado no Brasil do questionário *"Return-to-work self-efficacy" (Verwachtingen over werken)* após afastamento por transtornos mentais

Versão	**Original em holandês**	**Versão final da adaptação para o português falado no Brasil**
Título	Verwachtingen over werken	Expectativas sobre o trabalho
Vinheta introdutória (frase 1)	De volgende stellingen hebben betrekking op uw verwachtingen over werken.	As afirmativas a seguir dizem respeito às suas expectativas sobre o trabalho.
Vinheta introdutória (frase 2)	Het kan zijn dat u momenteel nog helemaal niet aan het werk bent, of dat u gedeeltelijk aan het werk bent, of misschien bent u al weer volledig aan het werk.	Pode ser que você atualmente não esteja trabalhando, ou que você esteja trabalhando em tempo parcial, ou ainda que você já tenha retomado integralmente ao trabalho.
Vinheta introdutória (frase 3)	Stelt u zich de situatie voor dat u morgen volledig aan het werk bent of gaat (met uw huidige klachtenniveau).	Imagine que você retorne ao trabalho amanhã (com a sua condição de saúde atual).
Frase norteadora	Als ik morgen weer volledig aan het werk zou gaan, dan verwacht ik dat:	Se eu retornar ao trabalho amanhã, minha expectativa é:
Afirmativa 1	Ik tegenslagen goed aan kan pakken.	Ser capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho.
Afirmativa 2	Ik door mijn emoties mijn taken niet goed kan uitvoeren.*	Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional.*
Afirmativa 3	Ik in staat ben mijn grenzen te bewaken.	Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho.
Afirmativa 4	Ik mijn taken uit kan voeren.	Conseguir executar minhas tarefas no trabalho.
Afirmativa 5	Ik met emotioneel veeleisende situaties om kan gaan.	Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho.
Afirmativa 6	Ik geen energie meer over zal hebben voor iets anders.*	Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa.*
Afirmativa 7	Ik mij voldoende kan concentreren op mijn werk.	Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho.
Afirmativa 8	Ik de drukte op het werk weer aankan.	Conseguir lidar com a agitação no trabalho.
Afirmativa 9	Ik mogelijke problemen op mijn werk niet kan oplossen.*	Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho.*
Afirmativa 10	Ik mezelf voldoende kan motiveren om mijn werk te doen.	Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho
Afirmativa 11	Ik aan de fysieke eisen van mijn werk kan voldoen.	Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho.
Escala Likert (frase 1)	Helemaal oneens	Discordo totalmente
Escala Likert (frase 2)	Groten-deels oneens	Discordo em grande parte
Escala Likert (frase 3)	Beetje oneens	Discordo um pouco
Escala Likert (frase 4)	Beetje eens	Concordo um pouco
Escala Likert (frase 5)	Groten-deels eens	Concordo em grande parte
Escala Likert (frase 6)	Helemaal eens	Concordo totalmente

* Pontuação reversa

Os participantes que tiveram contato com a versão final do questionário não relataram problemas na compreensão ou preenchimento do instrumento.

5.4. Sobre as análises psicométricas da adaptação transcultural do instrumento

Na Tabela 13 está descrito perfil do total de participantes da pesquisa para a adaptação transcultural do instrumento de expectativas sobre o trabalho e do grupo submetido ao reteste do instrumento. Houve desequilíbrio estatisticamente significante no sexo e na escolaridade dos participantes. Não houve diferença nas médias de idade, tempo de afastamento ou escore de autoeficácia.

Tabela 13. Perfil dos participantes da análise psicométrica do questionário "Expectativas sobre o trabalho" no teste e reteste do instrumento, São Paulo, 2014-2016, (N=411)

	Amostra total			**Amostra reteste**		
Variáveis	**N=411 (%)**	**Média (dp)**	**Var***	**N=108 (%)**	**Média (dp)**	**Var***
Sexo						
Masculino	117 (28,5)			20 (18,5)		
Feminino	294 (71,5)			88 (81,5)		
Idade em anos		36,7 (8,8)	(19-64)		36,5 (8,2)	(19-55)
Anos de estudo						
< 12 anos	69 (16,9)			3 (2,8)		
>=12 anos	340 (83,1)			105 (97,2)		
Dias de afastamento		84 (92,2)	(15-439)		83 (88,6)	(14-394)
Autoeficácia para o retorno ao trabalho		2,8 (1,2)	(1-6)		2,63 (0,9)	(1-6)

*Var = variação

Sobre o coeficiente correlacional, houve correlação estatisticamente significativa do escore da autoeficácia para o retorno ao trabalho e a autoeficácia geral percebida (correlação de 0,22; p<0,001); também houve correção do escore da autoeficácia para o retorno ao trabalho e o escore da escala de depressão, ansiedade e estresse (correlação de -0,1599; p<0,005). Tais resultados confirmam o constructo original que indica haver correlação positiva dos dois escores de autoeficácia, e correlação negativa entre autoeficácia e escore de sintomas emocionais.

Na Tabela 14 é possível verificar a análise fatorial confirmatória inicial (AFC1) do constructo unidimensional do instrumento, que indicou cargas de baixos valores para os itens 02 ("Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional."), 06 ("Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa") e 09 ("Não

conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho"). Na análise fatorial exploratória (AFE) foi possível verificar que tais itens formavam uma segunda dimensão, que foi corroborada por uma nova análise confirmatória (AFC2). O tempo de afastamento do trabalho e o nível de sintomas clínicos não influenciaram este resultado. Como as questões se alinharam para formar a dimensionalidade conforme a característica da afirmativa, as subdimensões foram classificadas como autoeficácia positiva e autoeficácia negativa.

Tabela 14. Resultado da análise fatorial de itens do questionário "Expectativas sobre o trabalho", São Paulo, 2014-2016 (N=411)

	AFC1		**AFE**		**AFC2**		
Itens	F1	E	F1	F2	F1	F2	E
1. Ser capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho.	0.849	0.279	**0.813**	0.198	0.849		0.279
2. Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional.	0.251	0.937	0.097	**0.608**		0.695	0.517
3. Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho.	0.794	0.370	**0.775**	0.104	0.795		0.367
4. Conseguir executar minhas tarefas no trabalho.	0.883	0.219	**0.853**	0.186	0.884		0.219
5. Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho.	0.838	0.298	**0.839**	0.008	0.839		0.296
6. Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa.	0.253	0.936	0.062	**0.749**		0.834	0.305
7. Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho.	0.894	0.201	**0.910**	0.092	0.895		0.199
8. Conseguir lidar com a agitação no trabalho.	0.912	0.169	**0.932**	0.115	0.912		0.167
9. Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho.	0.155	0.976	0.078	**0.821**		0.809	0.517
10. Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho	0.807	0.348	**0.826**	0.092	0.809		0.346
11. Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho.	0.817	0.333	**0.832**	0.079	0.818		0.330
CFI / TLI	0.860 / 0.825		0.980 / 0.968		0.979/0.973		
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.278 (0.266 - 0.291)		0.119 (0.104 - 0.133)		0.110 (0.097 - 0.123)		
Correlação F1-F2	Xxxx		0.148 (0.0219)		0.203		

Na análise do grau da estrutura fatorial, os índices de CFI e TLI apresentaram resultados adequados, mas o RMSEA foi fora do padrão ideal. A correlação entre as subdimensões teve resultado satisfatório.

Para análise de confiabilidade, a estabilidade temporal de cada item que compõem o questionário é apresentada na Tabela 15. Valores de kappa ponderado quadrático foram de 0,19 a 0,70 (fraco a bom). O ajuste pela prevalência e viés (PABAK) elevou os valores de

estabilidade temporal de todos os itens, com variação de 0,70 a 0,83 (boa a muito boa). Os valores de estabilidade temporal aumentaram após o ajuste pela prevalência para todos os itens. Os três itens (02, 06, 09) que não se alinharam com a estrutura unidimensional à análise fatorial apresentaram os menores valores nas duas análises.

A avaliação da consistência interna mostrou valores de alpha de Cronbach adequados no teste (0,76) e reteste (0,77). A análise da escala caso algum item componente fosse removido mostrou pouca ou nenhuma modificação no coeficiente (Tabela 16).

Tabela 15. Análise do kappa ponderado quadrático, intervalo de confiança 95% (IC 95%) e kappa ajustado por prevalência e ajustado por viés (prevalence-adjusted and bias adjusted kappa – PABAK) do teste-reteste de itens do questionário "Expectativas sobre o trabalho", São Paulo, 2014-2016, (Nteste=411/Nreteste=108)

Itens	Kappa ponderado quadrático	IC 95%	PABAK
1.Ser capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho.	0.54	0.37 - 0.72	0.80
2. Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional.	0.22	0.01 - 0.43	0.70
3. Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho.	0.61	0.47 - 0.76	0.86
4. Conseguir executar minhas tarefas no trabalho.	0.70	0.58 - 0.81	0.86
5. Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho.	0.48	0.32 - 0.65	0.78
6. Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa.	0.40	0.22 - 0.58	0.75
7. Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho.	0.52	0.35 - 0.69	0.79
8. Conseguir lidar com a agitação no trabalho.	0.45	0.26 - 0.64	0.75
9. Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho.	0.19	0.00 - 0.38	0.64
10. Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho	0.63	0.47 - 0.78	0.82
11. Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho.	0.51	0.35 -0.68	0.75

Tabela 16. Análise do alpha de Cronbach no teste e reteste de itens do questionário "Expectativas sobre o trabalho", São Paulo, 2014-2016, (Nteste=411/ Nreteste=108)

Item	Alpha de Cronbach no teste caso item retirado (N=411)	Alpha de Cronbach no reteste caso item retirado (N=108)
1.Ser capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho.	0,74	0,75
2. Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional.	0,76	0,76
3. Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho.	0,74	0,76
4. Conseguir executar minhas tarefas no trabalho.	0,74	0,75
5. Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho.	0,74	0,75
6. Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa.	0,75	0,77
7. Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho.	0,74	0,75
8. Conseguir lidar com a agitação no trabalho.	0,74	0,75
9. Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho.	0,76	0,77
10. Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho	0,74	0,75
11. Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho.	0,74	0,75

6. DISCUSSÃO

6.1. Sobre o tempo e a efetividade do retorno ao trabalho

Nesta pesquisa, demonstramos que, excluindo-se as perdas, oito em cada dez trabalhadores afastados por transtornos mentais tentaram retornar às atividades em um período inferior a um ano após afastamento. O tempo médio para tal retorno foi de quase seis meses. Esse resultado é similar a estudo dinamarquês também conduzido com população de requerentes de benefício previdenciário (NIELSEN e col., 2012). Tais informações podem ser utilizadas para a estruturação de planejamento para suporte previdenciário, oferta de reabilitação físico-mental e cálculo de custos diretos/indiretos dos empregadores.

A cada quatro indivíduos que retornaram ao trabalho, três obtiveram sucesso em se manter desempenhando suas funções por mais de 30 dias. Entre aqueles que receberam o benefício previdenciário caracterizado como doença relacionada ao trabalho, a taxa de efetividade foi maior. Esses trabalhadores têm estabilidade no emprego durante o mínimo de um ano após a cessação do benefício, conforme legislação previdenciária (BRASIL, 1991). Dos trabalhadores que têm direito à estabilidade após seu retorno, cerca de metade informou que a empresa promoveu algum tipo de modificação nas condições de trabalho. Isso pode indicar que houve a percepção do empregador da necessidade de ajustar as condições laborais a fim de garantir sustentabilidade ao processo. A tentativa de evitar recidivas de novos afastamentos deve ser uma estratégia de gestão, afinal, o empregado deverá ser mantido obrigatoriamente vinculado à empresa por longo período.

No mesmo estudo dinamarquês citado acima, ao final de um ano após o afastamento por transtornos mentais, 82% dos trabalhadores ainda estavam vinculados à mesma empresa (NIELSEN e col., 2012). No nosso estudo, entre os que retornaram, cerca de 20% foi desligado antes de completar 30 dias do reingresso. Metade desses nem chega a reiniciar suas atividades. É interessante notar que pelo menos dois trabalhadores que receberam benefício previdenciário por doença relacionada ao trabalho não tiveram exercido seu direito à estabilidade profissional, pois foram desvinculados da empresa durante o seguimento da pesquisa.

Conforme proposto por ANSOLEAGA e colaboradores (2015), discutiremos os fatores que influenciaram o tempo para retorno ao trabalho a partir de três grupos de características que podem influenciar no desfecho: aspectos individuais do trabalhador, questões relativas ao trabalho e abordagem clínica do quadro que justificou o afastamento.

Sobre as características pessoais dos afastados, o perfil da população foi majoritariamente composto por trabalhadores do sexo feminino, na faixa etária inferior a 40 anos e com maior tempo de estudo. Tais características são compatíveis com outros grupos de incapacitados para o trabalho devido a transtornos mentais (BROUWER e col., 2010; SILVA-JUNIOR e FISCHER, 2014b).

O sexo do participante e o estado civil não influenciaram o retorno ao trabalho, assim como já foi indicado em outros estudos sobre o tema (BLANK e col., 2008; NIELSEN e col., 2012). Entretanto, a idade é um componente de forte evidência científica na análise do retorno ao trabalho. Revisões científicas indicam que os trabalhadores com mais idade demoram mais para retomar as atividades (NIEUWENHUIJSEN e col., 2006; BLANK e col., 2008; CORNELIUS e col., 2011; LAAKSONEN e col., 2015). A hipótese de LAAKSOENN e colaboradores (2015) é que as oportunidades de emprego podem ser melhores para pessoas com menos idade que, em geral, têm maior escolaridade do que as mais velhas. No nosso estudo, a escolaridade e a idade foram fatores independentemente associados ao desfecho.

Há outra hipótese que sugere haver um maior intervalo de tempo para recuperação clínica das pessoas com mais idade, causando uma expectativa quanto à possibilidade de aposentadoria em vez de retorno ao trabalho (HUIJS e col., 2012; LAAKSONEN e col., 2015). Essa explicação pode estar mais relacionada ao grupo estudado nesta pesquisa – composto de trabalhadores que requeriam benefício previdenciário. Apesar de influenciar o retorno por si só, a faixa etária não influenciou um retorno ao trabalho eficaz entre os participantes desta pesquisa.

Doze ou mais anos de estudo, que é compatível com uma formação em nível de ensino médio completo, tinha impacto na redução do tempo para o retorno ao trabalho. Esse resultado foi similar ao encontrado entre trabalhadores holandeses (NIEWENHUIJSEN e col., 2006) e finlandeses (LAAKSONEN e col., 2015). Todavia, níveis de escolaridade são um componente com resultados divergentes em outros estudos sobre retorno ao trabalho (BLANK e col., 2008; NIELSEN e col., 2012). Trabalhadores mais escolarizados podem

apresentar uma maior resiliência para lidar com questões que permeiam o afastamento e podem influenciar negativamente a possibilidade da reintegração laboral. Por outro lado, há aspectos da empregabilidade das pessoas mais escolarizadas que influenciam positivamente o retorno. Tais profissionais podem sofrer menos com a insegurança no trabalho, caso haja uma cultura de demissão de empregados com histórico de afastamento previdenciário e/ou doença mental; e o perfil de trabalhadores com maior escolaridade pode favorecer a alocação destes em empregos com mais flexibilidade em realizar adaptações nas condições laborais após o retorno (LAAKSONEN e col., 2015).

Sobre o comportamento de risco para a saúde, o nível de consumo de álcool em baixa quantidade à época do afastamento apareceu como um forte fator que favorece o retorno ao trabalho mais precocemente. O efeito "protetor" do álcool em baixas dosagens é relatado em estudos de diversos desfechos (POLI e col., 2013). Na relação entre consumo de álcool e quadros mentais (depressivos e ansiosos), estudos têm descrito um efeito em curva "J" ou "U", na qual os abstêmios apresentam um maior risco para tais desfechos em saúde do que aqueles com baixo consumo de álcool (ALATI e col., 2005; SKOGEN e col, 2009). Apesar de o tabagismo ser descrito como risco para o retorno ao trabalho tardio (BLANK, 2008), esse resultado não foi observado no estudo. A prática de atividade física também não teve influência no tempo ou efetividade da volta para o trabalho após afastamento por doença mental.

Em relação aos aspectos ocupacionais relatados pelos trabalhadores, um componente que emergiu na pesquisa foi a exposição a situações de violência no ambiente de trabalho. Por exemplo, episódios de agressão verbal foram relatados como frequente entre os participantes. Como o grupamento profissional mais incidente foi de prestadores de atendimento/teleatendimento, sugere-se que novas pesquisas avaliem a fonte de tal agressão, se provocada por colegas de trabalho ou por clientes/usuários do serviço. Apesar de tais resultados, a função exercida pelo participante não apareceu como um componente que influenciasse o tempo para o retorno ao trabalho nesta pesquisa. A categoria profissional também não foi um componente de risco entre trabalhadores da Suécia com adoecimento relacionado ao estresse (ENGSTRÖM e JANSON, 2007).

Na nossa pesquisa, algumas características específicas da organização do trabalho (vinculo ou jornada) e do ambiente psicossocial (violência, esforços, recompensa, comprometimento) não tiveram efeito sobre os desfechos. Apesar de outro estudo também

indicar que fatores relacionados ao trabalho não influenciaram o retorno entre doentes mentais holandeses (NIEAUWHIJUSEN e col., 2006), há revisões da literatura que inferem haver importância de aspectos ocupacionais no processo de volta ao trabalho (BLANK e col., 2008; CORNELIUS e col., 2011). Na nossa pesquisa o tempo na função superior a cinco anos favorecia o retorno ao trabalho eficaz no grupo estudado. Provavelmente os trabalhadores que conhecem o ambiente de trabalho há mais tempo tenham estratégias de enfretamento aos problemas e não sofrem desgaste por qualquer motivo.

Ao optar por avaliar os fatores psicossociais no trabalho pelo uso do modelo desequilíbrio esforço-recompensa, foi visto que a maioria do grupo tinha percepção de muitos esforços e nível de recompensas proporcionalmente inferior. Sabe-se que tais características estão associadas ao aumento de chance de longos afastamentos por transtornos mentais (SILVA JUNIOR E FISCHER, 2014b). Entretanto, assim como nossos resultados mostraram, tanto WAHLIN e colaboradores (2012), quanto ERVASTI e colaboradores (2015), observaram que um trabalho com desequilíbrio de esforço-recompensa parece não influenciar o retorno ao trabalho por transtornos mentais.

Outra dimensão desse modelo de estudo do estresse ocupacional é o excesso de comprometimento pessoal com o trabalho (overcommitment). Estudos demonstraram que o retorno ao trabalho poderia ser mais rápido caso não houvesse comprometimento excessivo (CLAUDI JENSEN, 2013), o que não foi encontrado nos nossos resultados.

De forma similar a um estudo holandês (BROUWERS e col., 2009), a maioria dos participantes da pesquisa tinha a percepção de que o trabalho havia contribuído de alguma forma para o seu adoecimento mental incapacitante. Entre esses, verificou-se um retorno ao trabalho mais precoce. Entretanto esse resultado não se manteve na análise múltipla, onde outras variáveis tinham mais influência sobre o desfecho. Chama a atenção o paradoxo entre considerar que se esteve exposto a situação de dano à saúde e haver uma predisposição para voltar ao trabalho mais rapidamente.

Diversos autores descrevem que a percepção da autoeficácia para o trabalho é um componente que influencia o retorno entre doentes mentais incapacitados (LAGERVELD e col., 2010; CORNELIUS e col., 2011; ANSOLEAGA e col., 2015). No grupo desta pesquisa, a autoeficácia para o retorno esteve em níveis menores que estudo com método similar de análise entre trabalhadores holandeses (LAGERVELD e col., 2010). A autoeficácia para o

retorno ao trabalho não foi preditora do tempo para a volta, diferentemente do que já foi descrito na literatura, que indica uma correlação inversa entre nível de autoeficácia e tempo para o retorno ao trabalho (HUIJS e col., 2012; VOLKER e col., 2015).

O achado desta pesquisa foi que os participantes com maior autoeficácia durante o afastamento tinham menor chance de vivenciar um retorno eficaz ao trabalho. Uma possível explicação para este resultado não alinhado com a literatura científica pode ser o impacto da frustração entre os trabalhadores que tinham alta autoeficácia quando tentam retornar ao ambiente profissional e encontram as mesmas condições que existiam à época do afastamento. Outros estudos devem ser realizados no Brasil para testar o instrumento utilizado a fim de ter parâmetros nacionais sobre a autoeficácia para o retorno entre trabalhadores locais.

Em relação ao quadro clínico dos participantes, na amostragem de trabalhadores na cidade de São Paulo, os diagnósticos mais frequentes foram quadros de sintomas depressivos e ansiosos, que ultrapassaram 80% do total. Esse é um resultado similar à realidade brasileira dos quadros incapacitantes que justificam o recebimento do benefício auxílio-doença por longos afastamentos do trabalho por transtornos mentais (BRASIL, 2014).

Podemos verificar que diversos diagnósticos de quadros mentais foram considerados como motivo de incapacidade no grupo. Em algumas situações, pode haver sobreposição de queixas clínicas. Quando se utiliza o questionário da escala de depressão, ansiedade e estresse é possível agrupar os sintomas dos indivíduos e proceder com análises conforme cada dimensão. Os dados demonstram que os sinais ansiosos atingiam níveis mais graves no público participante da pesquisa. Ainda com relação à ansiedade, a presença de sintomas ansiosos em níveis classificados como normais favoreceu a possibilidade de retorno mais precoce. Esse resultado é compatível com uma revisão sobre o tema (CORNELIUS e col., 2011).

Sabe-se que a menor gravidade dos quadros psiquiátricos (BLANK e col., 2008) e a sensação de bem-estar mental (HENSING e col., 2013) influenciam positivamente a possibilidade do retorno ao trabalho. Provavelmente pacientes mais ansiosos poderiam pensar nesse processo como um desgaste para sua saúde mental, que já se encontra frágil. Cabe também considerar aspectos relacionados à insegurança por expectativa de possível demissão após o exame retorno, se não houver uma cultura organizacional de manutenção do vínculo empregatício de pessoas com histórico de afastamento previdenciário e/ou doença mental.

Estudos indicam que o nível de depressão influencia o tempo (CORNELIUS e col., 2011; NIELSEN e col., 2012;) e a efetividade para o retorno ao trabalho (VEMER e col., 2013). Nesse grupo de profissionais, o nível de sintomas depressivos não esteve associado ao tempo ou à efetividade do processo de volta após afastamento.

Em relação ao histórico de doença mental, afastamentos prévios indicam pior estado de saúde por cronicidade do quadro. Sabe-se que um melhor estado geral da saúde prediz um retorno ao trabalho em menor prazo (NIELSEN e col., 2012; ERVASTI e col., 2015), todavia parâmetros como outras morbidades concomitantes ao transtorno mental incapacitante e o excesso de peso não influenciaram no tempo para retorno ao trabalho neste grupo, como seria esperado (BLANK e col., 2008; CORNELIUS e col., 2011). A taxa de afastamentos prévios por transtornos mentais no grupo é um pouco inferior aos achados europeus, que citam 20-30% de recorrência (ARENDS e col., 2014). E este passado mórbido não esteve associado, negativamente ou positivamente, aos desfechos estudados.

A concessão do benefício na espécie acidentária, ou relacionada ao trabalho, não teve influência no tempo ou efetividade do retorno às atividades dos participantes do grupo. Cabe indicar que pesquisa anterior com grupo similar indicou problemas nas ferramentas previdenciárias atualmente utilizadas para caracterizar a relação entre adoecimento mental incapacitante e fatores psicossociais no trabalho (SILVA JUNIOR e FISCHER, 2015). Portanto, pode haver um viés de aferição em relação a essa variável.

Sobre o processo de retorno ao trabalho, a interação do trabalhador e a política organizacional da empresa emergiram como importantes facilitadores na acolhida após o afastamento. A realização de um exame médico ocupacional, as modificações nas condições de trabalho e o apoio dos colegas foram elementos que contribuíram de forma independente para um retorno mais eficaz.

Apesar de ser um disposto da Norma Regulamentadora 07 (BRASIL, 1978), diversos trabalhadores indicaram que não foram submetidos à avaliação clínica por médico indicado pela empresa antes de ser reintegrados após afastamento por doença superior a 30 dias. A realização do exame clínico ocupacional foi um importante fator que emergiu na análise múltipla como responsável pela efetividade do retorno.

Quando a avaliação ocupacional é realizada por médicos que conhecem os aspectos ambientais, organizacionais e psicossociais do trabalho, provavelmente haverá uma melhor

adequação entre as capacidades apresentadas pelo trabalhador e as reais condições de trabalho. A exposição a situações de estresse ocupacional por inadequação entre tais aspectos aumentam a probabilidade de afastamento por transtornos mentais (SILVA-JUNIOR e FISCHER, 2014b).

Ainda no que tange ao exame de retorno ao trabalho, a abordagem da questão clínica (queixas e tratamento) foi realizada por apenas um em cada quatro médicos avaliadores; e a discussão sobre limitações nas tarefas domésticas e/ou do trabalho não interessaram a mais da metade dos responsáveis por emitir parecer sobre a aptidão para a volta às funções. O encontro entre médico e paciente poderia ser um momento para melhor acolhimento do trabalhador, que muitas vezes ainda está se recuperando de um quadro tão grave que justificou seu afastamento por longa duração. É indicado que novos estudos aprofundem a discussão sobre a atuação dos profissionais médicos no cumprimento das atribuições recomendados pelo Conselho Federal de Medicina como "avaliar as condições de saúde do trabalhador para determinadas funções e/ou ambientes, indicando sua alocação para trabalhos compatíveis com suas condições de saúde, orientando-o, se necessário, no processo de adaptação" (CFM, 1998).

Estudo de SCHREUDER e colaboradores (2012) indicou que o grau de concordância entre médicos do trabalho holandeses para os mesmos casos de avaliação de retorno após afastamento por transtornos mentais era baixo. Tal variabilidade seria resultado de decisões meramente intuitivas e, portanto, indicava-se a padronização da avaliação com treinamento para tomada de decisões. Protocolos que indicam procedimentos sistematizados na abordagem ao trabalhador com doença mental e em processo de retorno ao trabalho já são utilizados em países como Austrália (REAVLEY e col., 2012), Canadá (POMAKI e col., 2010) e Chile (ANSOLEAGA e col., 2015).

A interação do médico do trabalho com outras partes envolvidas no processo de reintegração laboral, como os médicos assistentes e os médicos peritos do seguro social, poderia impactar positivamente na efetividade dos processos de retorno às atividades. Apesar da solicitação do parecer/laudo médico do especialista não ter sido significativa para a efetividade do retorno em nossa pesquisa, estudo de intervenção indicou que o acompanhamento psiquiátrico realizado na própria empresa reduz o tempo para a volta ao trabalho em pacientes com transtornos mentais comuns (VAN DER FELTZ-CORNELIS e col., 2010).

As modificações no conteúdo e contexto do trabalho claramente influenciaram positivamente na efetividade do processo de reinserção laboral no grupo estudado. Em algumas situações tais modificações podem ser necessárias em função da necessidade do trabalhador de ter um tempo para se readaptar ao ritmo/condições de trabalho. Ao se observar as necessidades individuais evita-se um estresse adicional à própria situação desgastante de volta ao trabalho. A literatura indica resultados positivos quando há redução na pressão de produção, no ritmo e nas exigências do trabalho em geral (ANSOLEAGA e col., 2015). Já a redução da jornada de trabalho não teve influência sobre a efetividade do retorno de casos de transtorno mental na Dinamarca (HØGELUND, HOLM, FALGAARD EPLOV, 2012), mas teve resultado positivo se aplicado em casos de afastamento superior a 60 dias na Suécia (ANDRÉN, 2014).

Diversas pesquisas indicam que o suporte social é um fator psicossocial importante para reduzir o tempo de afastamento entre doentes mentais (BROUWER e col., 2010; BROUWER e col., 2013; CLAUDI JANSEN, 2013; CORNELIUS e col., 2011). A rede social que oferece um suporte com apoio e compreensão pode gerar uma sensação de acolhimento para o trabalhador causando um impacto positivo, principalmente após episódios de fragilidade psicológica (DE VRIES e col., 2012; NEVES e col., 2015). O relato da percepção de apoio dos colegas de trabalho após o retorno contribuiu para a manutenção do trabalhador no exercício laborativo por prazo superior a trinta dias nesta pesquisa. Entretanto, quando se realizou a análise envolvendo outros fatores que influenciaram o retorno ao trabalho eficaz, este apoio não se manteve como uma condição significativa para o desfecho.

Diferente de outros estudos (ANSOLEAGA e col., 2015), o apoio da chefia não exerceu influencia para a efetividade do retorno ao trabalho entre trabalhadores brasileiros afastados por transtornos mentais. Todavia, sabe-se que conflitos com supervisores são preditivos de recorrência de afastamentos (ARENDS e col., 2014). Portanto, estimular um melhor relacionamento entre os diversos níveis da pirâmide organizacional da empresa pode ser uma ação preventiva no domínio da saúde mental.

6.2. Sobre a adaptação transcultural do instrumento

A versão para o português falado no Brasil do questionário sobre autoeficácia para o trabalho após episódio de afastamento por transtornos mentais pode ser considerada similar ao original (LAGERVELD e col., 2010). A comparação entre o instrumento em holandês e a retrotradução da terceira versão em português falado no Brasil mostrou que o significado referencial do título, vinheta introdutória, frase norteadora e escala Likert foram considerados satisfatórios por um dos autores do questionário original. A inclusão das locuções "no trabalho" ou "do trabalho" ou "durante o trabalho" pode ser avaliada como uma pequena alteração da versão final em português brasileiro. Desta forma, pode-se considerar que a adaptação transcultural manteve o contexto original da ferramenta e também agregou características peculiares à realidade brasileira.

MOMSEN e colaboradores (2016) indicam que a tradução de escalas para diferentes línguas e contextos pode auxiliar na discussão de aspectos similares que tenham importância teórica e aplicação prática. Afinal, a tentativa de se melhorar os ambientes de trabalho e promover a saúde dos trabalhadores por indicação de ajustes nas macropolíticas e/ou por ações de melhorias em nível local são objetivos comuns para os profissionais da área. A versão para o português brasileiro foi a primeira adaptação transcultural do questionário holandês que investiga a autoeficácia para o trabalho após afastamento por transtornos mentais. Isso limita a comparação com outras tentativas de verificação da aplicabilidade do instrumento fora do contexto de origem, que é caracterizado como um país europeu desenvolvido.

O estudo psicométrico do instrumento demonstrou aspectos aceitáveis de validade, consistência interna e confiabilidade teste-reteste que justificam seu uso na população de trabalhadores brasileiros com histórico de afastamento do trabalho por episódio de adoecimento mental.

A análise da validade pelo coeficiente correlacional indicou que a versão em português brasileiro do instrumento captou os componentes de autoeficácia geral percebida e do estado mental que compunham a teoria básica do constructo. Assim, foi estabelecido haver uma adequação do instrumento à teoria que lhe dá suporte.

Sobre a validade fatorial da escala, a análise permitiu indicar que a versão composta por 11 afirmativas não observou a convergência unidimensional preconizada pelo estudo de LAGERVELD e colaboradores (2010). As três afirmativas que avaliavam a autoeficácia negativa sobre o trabalho se comportaram como uma dimensão diversa das oito afirmativas sobre autoeficácia positiva. Esta análise não se modificou quando estratificada por tempo de afastamento e gravidade do quadro mental. Uma possibilidade para a bidimensionalidade é que os trabalhadores tenham valorizado sua percepção negativa e positiva de enfrentar as dificuldades no momento do retorno ao trabalho. Também foi visto que um dos três índices de grau de adequação fatorial apresentou um resultado inadequado. É recomendável que sejam conduzidos outros estudos psicométricos da aplicação do instrumento entre trabalhadores brasileiros para aprofundar a discussão sobre o seu uso.

Quanto à consistência interna, a análise apresentou valores adequados tanto no teste, quanto no reteste. Tal resultado indica que o formato e método do instrumento são capazes de avaliar de maneira confiável o constructo. Entretanto, os valores do alpha de Cronbach foram inferiores àqueles encontrados na análise do instrumento original. REICHENHEIM e MORAES (2007) indicam que diferenças nas características de populações pesquisadas com um mesmo instrumento podem provocar uma variabilidade nos parâmetros. O nosso estudo foi conduzido em uma população com importante diferença numérica entre os gêneros, com uma maior média de idade e com mais anos de estudo do que os grupos estudados na pesquisa de validação da escala original, conduzida na Holanda. Divergências psicométricas com a validação da versão original holandesa não indica que há falha substancial no processo de adaptação (REICHENHEIM e MORAES, 2007).

A análise longitudinal intraobservador (pelo teste-reteste) demonstrou de boa a quase perfeita estabilidade temporal quando ajustada por prevalência e vieses. Talvez os resultados pudessem ser melhores se tivesse sido utilizado no reteste o mesmo método para a coleta das informações do primeiro contato com o instrumento, quando havia um pesquisador para responder a eventuais dúvidas no preenchimento.

Como a avaliação da autoeficácia do trabalhador pode ser um preditor de prazo e efetividade de retorno às atividades laborativas (LAGERVELD e col., 2010; HUIJS e col., 2012; VOLKER e col., 2014) conhecer as suas expectativas pode indicar um maior risco de dificuldades para retorno ao trabalho em curto/médio prazo. Os resultados da sua aplicação

podem direcionar intervenções que melhorem a percepção do trabalhador quanto a sua expectativa para o retorno ao trabalho.

O uso deste questionário pode nortear políticas públicas e empresariais ao agregar conhecimento sobre as limitações que o trabalhador possa ter para a reinserção laborativa. Poderá também prover informações aos profissionais envolvidos no acolhimento previdenciário ou nos serviços de saúde do trabalhador. Em ambos, cabe analisar a relação entre as cargas de trabalho e a capacidade dos trabalhadores em vigência de adoecimento, a fim de planejar o processo de retorno ao trabalho. Desta forma espera-se que a ferramenta possa influenciar positivamente a reintegração social pelo trabalho e auxiliar no monitoramento da eficiência deste processo. Além disso, seu uso pode valorizar a participação do trabalhador neste planejamento (MOMSEN e col., 2016).

Caberia testar o poder preditivo deste questionário para o adoecimento entre trabalhadores saudáveis e para o afastamento entre as pessoas com outros tipos de adoecimento que cursem com sofrimento mental. É sabido que no Brasil há deficiência no acesso a serviços de saúde mental, com baixa taxa de tratamento entre as pessoas com adoecimento na região da Grande São Paulo (ANDRADE e col., 2012). Portanto, os serviços de saúde do trabalhador poderiam agir na promoção da saúde mental e detecção precoce de casos para suprir falhas na rede básica da atenção integral.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de retorno ao trabalho é complexo e envolve diversas variáveis em campos como características individuais, questões da saúde, aspectos do trabalho, legislação e paradigmas trabalhistas, além do sistema de previdência social. Ademais, quando o motivo do afastamento são quadros mentais a dificuldade no manejo dos casos torna-se uma tarefa ainda mais desafiante. Este estudo apresentou evidência robusta de fatores que influenciaram o tempo para o retorno ao trabalho e a sua efetividade em casos de trabalhadores ausentes do trabalho em decorrência de transtornos mentais incapacitantes. Espera-se que tais resultados possam ser utilizados para o planejamento de ações de saúde nos mais diversos níveis de abordagem em populações semelhantes.

Obviamente que, quando se fala em afastamento do trabalho por doença, a prevenção terciária é o mote de interesse. Todavia, boas práticas de gestão da saúde integral com ações de promoção de saúde em nível primário e secundário podem impactar na diminuição de novos casos ou no controle sobre a gravidade de trabalhadores com predisposição ao adoecimento mental. Os dados apresentados nesta pesquisa poderiam servir para estabelecer parâmetros objetivos de avaliação, acompanhamento de metas e tomada de decisões nos programas de gestão de afastados.

Quando o episódio de afastamento é de longa duração, ou seja, superior a quinze dias, a interface previdenciária terá papel fundamental no alcance do objetivo da sustentabilidade do retorno ao trabalho entre trabalhadores formais. Visto a filiação obrigatória de tais trabalhadores ao Regime Geral da Previdência Social, caberá à perícia médica previdenciária avaliar se há incapacidade laborativa que justifique a concessão do auxílio-doença requerido (BRASIL, 1991). Havendo o reconhecimento do direito ao benefício, é condição fundamental para o retorno ao trabalho a cessação do pagamento do mesmo. Portanto, no Brasil, o retorno ao trabalho está intrinsecamente ligado à decisão pericial sobre a capacidade laborativa.

Para fins previdenciários, os dados apresentados nesta pesquisa poderiam ser utilizados como parâmetros na definição de tempo de concessão de benefício e indicadores no processo de reabilitação profissional. Foi visto que há um grupo de incapacitados por transtornos mentais com tendência a permanecer afastado do trabalho por um maior período de tempo. Este perfil é caracterizado por trabalhadores com mais idade, menos escolarizado,

que não ingere álcool e que tem sintomas ansiosos. Cabe discutir se o sistema previdenciário não poderia estimular estratégias de intervenção sobre o grupo de beneficiários afastados e que tenham o perfil para retorno ao trabalho mais tardio. Ações conjuntas com os empregadores, os sistemas de saúde e de educação, poderiam resolver as dificuldades inerentes a trabalhadores com tal perfil.

Nos serviços de reabilitação profissional previdenciária, o uso de parâmetros objetivos para a avaliação, para o estabelecimento/acompanhamento de metas e para a tomada de decisões poderiam ser embasados por informações fornecidas por esta pesquisa. A prática em utilizar ferramentas validadas cientificamente, como aquela que avalia a autoeficácia para o retorno ao trabalho, poderia ser um indicador de acompanhamento da evolução no treinamento de reinserção no trabalho. Seu uso também poderia ser útil para discutir fatores que influenciam na fixação do trabalhador no mercado de trabalho após o retorno. Também demonstramos que, além da autoeficácia, o tempo de trabalho na função e a realização da avaliação clínica ocupacional podem impactar positivamente no alcance do objetivo de uma volta ao trabalho que seja eficaz.

Apenas recentemente (BRASIL, 2016), foi oficialmente instituída a autorização para o retorno do empregado ao trabalho quando há indicação do médico assistente da conclusão do período de recuperação, enquanto aguarda avaliação previdenciária para receber o benefício auxílio-doença pelo período que esteve incapaz. Ou seja, havia casos de trabalhadores que recuperação sua capacidade laborativa, mas não eram autorizados a retornar ao trabalho por dificuldade no acesso ao serviço previdenciário. Tal característica brasileira impacta nas estimativas e discussão da importância de diversos fatores individuais e clínicos sobre o tempo para o retorno ao trabalho, como os apresentados neste estudo.

Ainda em relação à Previdência Social, é frequente que o trabalhador seja reconhecido como incapaz pelo sistema previdenciário e a perícia médica estime um prazo para recuperação clínica. Conforme este prazo haverá cessação do benefício auxílio-doença sem que haja uma reavaliação subsequente do quadro do trabalhador. Esta estratégia é conhecida popularmente como alta programada (SILVA JUNIOR, 2014). Em tais situações, o trabalhador deverá se apresentar na empresa para o exame de retorno ao trabalho logo após a cessação do benefício sem que tenha havido uma avaliação médica pericial pela autarquia previdenciária.

ANDERSEN col. (2012) indicam que o atendimento aos trabalhadores em retorno ao trabalho após episódio de adoecimento mental incapacitante deve ser analisado sob o olhar dos três componentes do modelo biopsicossocial, e suas interrelações. Como exemplo, indica que mesmo entre trabalhadores com sintomatologia clínica não há uma relação direta de impacto funcional para o trabalho, sendo necessário analisar as especificidades individuais e as tarefas laborais antes de tomar uma decisão. Assim, a busca pela excelência técnica no manejo dos casos pode trazer resultados positivos para as partes interessadas. Estudos têm levantado questionamento sobre o que são considerados fatores relevantes no processo de retorno ao trabalho (LEMIEUX, DURAND E HONG, 2011; HEES e col., 2012; DE VRIES e col., 2014). Na Holanda houve consenso entre trabalhadores, supervisores e médicos do trabalho de que as ações programadas deve trazer sustentabilidade ao retorno ao trabalho. Um dos conflitos apontados pelo estudo é que, enquanto os médicos do trabalho e supervisores valorizam a capacidade para o trabalho como item fundamental, os trabalhadores consideram aspectos de satisfação no trabalho, equilíbrio trabalho-lar e estado da capacidade mental (HEES e col., 2012).

Uma realidade brasileira, fruto da interface da legislação do trabalho e da previdência social, é o chamado "limbo trabalhista-previdenciário". São casos de trabalhadores considerados pela perícia previdenciária como capazes para o trabalho, mas o médico da empresa não o considera apto para a realização das atividades da função de vínculo. Assim, o trabalhador fica à margem do sistema, pois não retomar seu contrato de trabalho (suspenso no momento do afastamento) e não está autorizado a receber um benefício previdenciário. Os quadros de transtornos mentais apresentam grande possibilidade de serem incluídos nessas condições pela dificuldade na avaliação de diagnóstico e repercussão funcional. Mesmo em países com protocolos definidos de atendimento a trabalhadores que tiveram episódio de adoecimento mental incapacitante há baixa concordância em avaliações do mesmo paciente por profissionais médicos (SCHREUDER e col., 2012). Portanto, o uso de informações providas pela evidência científica e a padronização de estratégias para o manejo de casos de transtorno mental incapacitante devem ser estimulados tanto no sistema público, quanto na esfera privada, a fim de evitar decisões que possam ter impacto negativo para as partes interessadas.

As dificuldades em receber o trabalhador de volta podem ocorrer por falta de uma política organizacional na qual os gestores valorizem a reintegração e acolhimento dos

funcionários com história de transtornos mentais. A reafirmação do compromisso da empresa com a sustentabilidade no retorno ao trabalho e a segurança da manutenção do emprego poderiam minimizar desconfortos que se exteriorizam em índices como a baixa expectativa para o retorno às atividades laborativas. Ações claras de empoderamento do discurso coletivo podem estimular os profissionais envolvidos no processo a se empenharem na negociação com funcionários e gerentes resistentes a casos de retorno ao trabalho de adoentados por transtornos mentais (NEVES, NUNES E MAGALHÃES, 2015).

NEVES, NUNES E MAGALHÃES (2015) também ressaltam que a reinserção laboral não deve ser encarada como "um processo técnico, singularizado e burocratizado, voltado para recobrar algo que se perdeu e que deve ser recuperado, no sentido do retorno à normalidade após um episódio de sofrimento psíquico". A prevenção terciária, que objetiva a recuperação do agravo clínico e reabilitação precoce, deve ter como foco o espectro do trabalho como componente fundamental para estruturar uma rede de apoios que dará suporte a uma efetiva reintegração social do trabalhador. Neste quesito, a análise individualizada dos casos é fundamental para promover uma volta compatível com o nível de saúde biopsicossocial, adequando as cargas de trabalho às capacidades dos indivíduos e gerenciando estressores emocionais.

A construção de um plano de retorno ao trabalho é um componente que pode ser fundamental para o sucesso após melhora do quadro clínico de base. Para isso é necessário que os profissionais envolvidos no processo estejam cientes dos possíveis caminhos que o trabalhador precise percorrer e que possa atuar de maneira ativa como um facilitador. A Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT) preconiza nas competências essenciais requeridas para o exercício da especialidade que os profissionais desenvolvam habilidades para (DIAS e col., 2016):

- Colher a história clínica e a história ocupacional a partir de uma escuta qualificada do trabalhador e realizar exame físico cuidadoso;
- Realizar a Anamnese Ocupacional, com escuta apurada da percepção do trabalhador sobre seu trabalho e repercussões sobre sua vida;
- Avaliar a aptidão para o trabalho e realizar o monitoramento periódico, considerando a atividade a ser desempenhada, as características individuais do trabalhador e situações de vulnerabilidade ou deficiência;

- Realizar exames médicos previstos na legislação e outros, para assegurar que o trabalho não cause adoecimento ou agrave estados pré-existentes, e seja, sempre que possível, oportunidade de melhoria da saúde e bem estar. Assegurar a adequação do trabalho ao trabalhador, em especial para trabalhadores que apresentem restrições ou incapacidades transitórias ou permanentes.

Como as recidivas são relativamente frequentes entre os doentes mentais, quanto mais sustentável e eficaz for a reinserção laborativa aumenta a chance de haver resultados melhores. DURAND e colaboradores (2014) indicam os passos para um bom gerenciamento e práticas no processo de retorno ao trabalho: 1) dar o devido tempo para afastamento e recuperação; 2) ter contato com o trabalhador; 3) avaliar o trabalhador e suas tarefas de trabalho; 4) desenvolver um plano de retorno e reacomodação; 5) reintegrar ao trabalho; 6) acompanhar o caso após o retorno. O uso de ferramentas técnicas e validadas cientificamente, com reconhecida efetividade, pode auxiliar na compreensão de dimensões positivas e negativas da relação que o trabalhador esteja vivenciando com a reinserção no trabalho. Desta forma é possível detectar precocemente possíveis casos de agravamento clínico incapacitante.

No planejamento individualizado do retorno ao trabalho, cabe a indicação de intervenções que podem ser promovidas e/ou monitoradas pelos serviços de saúde ocupacional, ainda que na vigência do afastamento. Uma revisão sistemática da Cochrane sobre depressão em trabalhadores indicou que há evidência científica de qualidade moderada acerca da redução no tempo de afastamento quando se associa a terapia ocupacional à abordagem clínica (NIEUWENHUIJSEN e col., 2014). Uma ação descrita frequentemente é a utilização de técnicas para melhorar a autoeficácia, que tem relação direta com a saúde mental (HUIJS e col., 2012; HEES e col., 2013; NIEUWENHUIJSEN e col., 2014; ANDERSEN e col., 2015; VAN BEURDEN e col., 2015). As terapias cognitivo comportamentais que focam em aspectos do trabalho são eficazes na redução do tempo para o retorno ao trabalho entre os trabalhadores adoecidos (LAGERVELD e col., 2012).

Uma intervenção ativa, que é regulamentada por lei, mas apresenta dificuldades na operacionalização, é a reabilitação profissional promovida pela Previdência Social. Neste serviço busca-se desenvolver as potencialidades dos segurados que apresentam alguma limitação para o desempenho das suas funções habituais. É importante para a sociedade identificar como os recursos da seguridade social são alocados para promover o retorno ao

trabalho de pessoas com doenças crônicas, como os transtornos mentais, e ao mesmo tempo promover sustentabilidade do sistema previdenciário (PERSSON e col., 2015) (PRINS, 2006). Deve haver um controle social das partes interessadas para que o serviço funcione de forma adequada a fim de favorecer a reintegração social do trabalhador o mais precocemente possível. Os médicos do trabalho e serviços de saúde do trabalhador podem atuar como catalisadores deste processo, principalmente quando observarem resultados desfavoráveis em seus programas de gestão do absenteísmo e de retorno ao trabalho.

Por fim, cabe indicar a necessidade de se combater a psicofobia e o estigma que vem atrelado aos trabalhadores com transtornos mentais (DEWA, 2014). O medo do trabalhador de falar dos seus problemas, por não reconhecer uma rede de suporte adequada, pode gerar dificuldades e limitar a adoção de estratégias precoces para o retorno ao trabalho, tornando-se uma barreira no seu processo de reinserção produtiva. Empoderar o trabalhador valorizando sua autonomia no desenvolvimento do projeto de retomada da “normalidade” pode ser um recurso de mobilização da subjetividade com repercussões na melhora da sua qualidade de vida global. Esta reabilitação psicossocial pode trazer ganhos e repercutir em domínios que vão além da interação com o ambiente social do trabalho.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Acerca das limitações do estudo, cabe discutir sua validade interna e externa. No primeiro ponto, tentamos deixar o problema de pesquisa o mais claro possível para que fosse compreensível a escolha dos materiais e métodos utilizados. Optamos por dividir o desfecho em duas análises para ampliar o olhar sobre o tema de interesse.

Um dos pontos fortes do estudo foi o delineamento longitudinal da coleta de informações. A análise prospectiva nos permite inferir as relações causais descritas, pois os desfechos ocorrerem após a exposição aos diversos fatores analisados.

Tentou-se minimizar viés de seleção buscando participantes em duas unidades diferentes da Previdência Social. Porém, como ambas estavam localizadas na cidade de São Paulo e foram escolhidas por conveniência, há uma limitação para a extrapolação dos resultados pela falta de representatividade local dos sujeitos de pesquisa. Apesar desta limitação, o perfil dos participantes era similar ao de grupos internacionais que discutiram o mesmo desfecho. Ainda sobre a seleção, o encaminhamento dos participantes ficava a critério do perito avaliador do requerimento. Critérios objetivos de inclusão e exclusão auxiliaram a homogeneizar a amostragem.

A perda de sujeitos elegíveis que não aceitaram participar da pesquisa não apresentou características diferentes daqueles que entraram no grupo estudado, o que favorece a validade interna do estudo. Entretanto, as perdas no seguimento longitudinal foram um problema pois impactou negativamente tanto a análise do reteste da validação psicométrica do questionário em processo de adaptação transcultural, quanto a análise longitudinal do retorno ao trabalho. Técnicas estatísticas foram utilizadas para tentar ajustar os achados da melhor maneira possível.

Para evitar viés de aferição, os desfechos analisados foram conceituados de maneira clara e baseada na literatura da área. O critério de inclusão de diagnóstico de transtornos mentais é um dos pontos fortes do estudo, pois os participantes passaram por tripla validação - médico assistente, médico do trabalho/empresa e médico perito previdenciário. Também foi utilizado um questionário validado para melhor tratar o tema, estratificando os casos por nível de gravidade de sintomas emocionais. De toda forma o diagnóstico de transtornos mentais e a definição da incapacidade laborativa apresentam aspectos de subjetividade que podem ter limitado a seleção de casos – com falso positivos sendo incluídos e falso negativos sendo excluídos.

Aspectos de causalidade reversa entre quadro clínico, que necessita estar estabilizado para que haja a possibilidade de voltar ao trabalho, e o status do afastamento, relativo a questões trabalhista-previdenciária-financeira, pode gerar um ciclo de retroalimentação que perpetua o estado de sofrimento do trabalhador. Seria necessário que durante o período do afastamento fossem realizadas avaliações das modificações do perfil clínico do trabalhador conforme sua interface com as demais partes envolvidas no processo. A presença de estressores durante o período de afastamento causa impacto físico e mental que podem se sobrepuser a questões classicamente estudadas sobre este desfecho. Apesar do caráter longitudinal, não foi possível realizar diversas ondas de coleta de dados ao longo do período do estudo.

Vieses de lembrança foram minimizados ao estabelecer um prazo máximo de afastamento do trabalho. Mesmo assim é uma tarefa difícil conseguir acurácia em respostas sobre exposições que já foram cessadas, como aspectos relativos ao trabalho. Talvez por isso tais componentes ocupacionais não tivessem resultados expressivos nesta pesquisa. É indicada a realização de estudos sobre o retorno ao trabalho delineando coortes que avaliem o trabalhador em atividade, no momento do afastamento, durante o tempo para retorno e a sustentabilidade da volta ao trabalho.

A coleta padronizada e realizada por apenas um entrevistador tentou minimizar possível viés. Além disso, a maioria dos instrumentos de coleta eram questionários testados e validados cientificamente. As ferramentas que não passaram por esse processo podem fornecer informações limitadas para o estudo.

Para minimizar viés de confundimento, foram coletadas variáveis referentes a várias dimensões dos determinantes sociais de saúde e das análises hierarquizadas do processo saúde-doença-trabalho que auxiliaram a alcançar resultados mais fidedignos.

Quanto ao viés de análise, utilizamos técnicas estatísticas apropriadas para uma amostragem significativa. O intervalo de confiança foi sempre indicado para fins de melhor compreensão da amplitude de relação entre as variáveis e os desfechos.

Uma limitação importante da pesquisa é o efeito da legislação trabalhista e previdenciária sobre o tempo entre o afastamento e o retorno ao trabalho. Entretanto isso pode ser considerado uma peculiaridade da realidade brasileira.

Por fim, sobre a validade externa, os achados são restritos a uma população urbana de trabalhadores da região sudeste do Brasil. A população de segurados da Previdência Social

não representa a população economicamente ativa, mas abrange a totalidade do mercado formal de trabalho.

9. CONCLUSÕES

O perfil do grupo estudado na análise longitudinal apresenta características semelhantes àquelas de outros estudos nacionais com grupo de incapacitados para o trabalho por adoecimento mental. Fatores individuais como a faixa etária, a quantidade de anos de estudo, o nível de consumo de álcool e o nível de sintomas ansiosos durante o afastamento influenciaram o tempo para o retorno ao trabalho entre os participantes do estudo.

Fatores relacionados a aspectos psicológicos, como a autoeficácia para o retorno ao trabalho, o tempo de trabalho na função e a realização de exame médico ocupacional antes do retorno ao trabalho, influenciam na efetividade da volta ao trabalho dos participantes que tentaram retornar.

Este estudo também apresentou o processo de adaptação transcultural da versão para o português falado no Brasil de um questionário holandês que avalia a autoeficácia para retorno ao trabalho após afastamento por transtorno mental. No processo de validação foram cumpridas as etapas de equivalência conceitual, equivalência de itens, equivalência semântica, equivalência operacional, equivalência mensuração e equivalência funcional. A análise psicométrica demonstrou que o instrumento é adequado para o uso em populações similares à desta pesquisa.

A exclusão social do trabalhador adoecido pode ter interferência nas dimensões individual, econômica e psicossomática dos sujeitos. Desta forma, estratégias para minimizar o ciclo de desgaste da interação entre doença-trabalho-seguro social podem ser benéficas tanto para o indivíduo, quanto para o coletivo. O uso do questionário “Expectativa sobre o trabalho” entre trabalhadores do Brasil pode auxiliar no planejamento de processos de retorno ao trabalho entre portadores de quadros mentais incapacitantes. Em virtude da facilidade de aplicação da ferramenta, a sua utilização pode ser realizada nos diversos serviços de atendimento aos trabalhadores.

Espera-se que os resultados deste estudo também possam contribuir para a discussão e formatação de ações públicas e privadas voltadas tanto para a prevenção terciária, com reinserção precoce no trabalho, quanto para intervenções em nível primário e secundário da atenção integral à saúde mental dos trabalhadores brasileiros.

10. REFERÊNCIAS

- Alati R, Lawlor DA, Najman JM, Williams GM, Bor W, O'Callaghan M. Is there really a 'J-shaped' curve in the association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety? Findings from the Mater-University Study of Pregnancy and its outcomes. Addiction. 2005;100(5):643-651.
- Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. Scand J Work Environ Health. 2012;38:93-104.
- Andersén Å, Larsson K, Lytsy P, Kristiansson P, Anderzén I. Predictors of self-efficacy in women on long-term sick leave. International Journal of Rehabilitation Research. 2015:38(4);320-326.
- Andrade LH e col.Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. PLoS ONE. 2012;7(2): e31879.
- Andrade LH e col. Days out-of-role due to common physical and mental health problems: Results from the Sao Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. Clinics. 2013;68(11):1392-1399.
- Andrén D. Does part-time sick leave help individuals with mental disorders recover lost work capacity?. Journal of occupational rehabilitation. 2014;24(2):344-360.
- Anema JR e col. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. J Occup Rehabil. 2006;16(1):41-52.
- Ansoleaga E e col. Facilitadores del reintegro laboral en trabajadores con patología mental de origen laboral: una revisión sistemática. Revista médica de Chile. 2015;143(1), 85-95.
- Ansoleaga E e col. Patología mental de origen laboral: guía de orientación para el reintegro al trabajo.
- Arends I, van der Klink JJ, Bultmann U. Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental. BMC Public Health. 2010;10(1):132.
- Arends I, van der Klink JJL, van Rhenen W, de Boer MR, Bültmann U. Predictors of recurrent sickness absence among workers having returned to work after sick leave due to common mental disorders. Scand J Work Environ Health. 2014;40(2):195–202.
- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977;84:191-215.

- Bandura A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. Journal of Social and Clinical Psychology. 1986;4:359-373.
- Blank L e col. A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health. Journal of occupational rehabilitation. 2008;18(1):27-34.
- Brasil. Decreto nº 8.691/2016, de 14 de março de 2016. Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Diário Oficial da União. 14 mar 2016.
- Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 ago 1991.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 2011. Brasília: Ministério da Previdência Social / DATAPREV; 2012.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social 2013. Brasília: Ministério da Previdência Social / DATAPREV; 2014.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 07: PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Portaria MTE nº 3.214, de 8 de junho de 1978.
- Brasil. Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978. Norma Regulamentadora 07 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Diário Oficial da União. 06 jul 1978.
- Brouwer S, Franche R, Hogg-Johnson S, Lee H, Krause N, Shaw WS. Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2011;21:244–258.
- Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, Van der Klink JJ, Groothoff JW. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. Journal of occupational rehabilitation. 2010;20(1):104-112.
- Brouwers EP, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PF. Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. Journal of occupational rehabilitation. 2009;19(4):323-332.
- Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied reaserch. 2nd Ed. New York: Guilford Press; 2015.
- Bryngelson A e col. Self-reported treatment, workplace-oriented rehabilitation, change of occupation and subsequent sickness absence and disability pension among

employees long-term sick-listed for psychiatric disorders: a prospective cohort study. BMJ Open. 2012;2(6).

- Catalina-Romero C e col. Predictors of the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders. Gac Sanit. 2013;27:40-6.

- Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) - CBCD / Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo FSP-USP. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. 10ª revisão. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

- Conselho Federal de Medicina - CFM. Resolução CFM nº 1.488 de 11 de fevereiro de 1998. Dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador. Diário Oficial da União. 06 mar 1998. Seção I;150.

- Cheadle A e col. Factors influencing the duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. Am J Public Health. 1994;84:190-6.

- Chevalier A e col. Working conditions and psychosocial risk factors of employees in French electricity and gas company customer support departments. Int Arch Occup Environ Health. 2011;84:7–18.

- Chiavegatto Filho ADP, Wang YP, Campino ACC, Malik AM, Viana MC, Andrade LH. Incremental health expenditure and lost days of normal activity for individuals with mental disorders: results from the São Paulo Megacity Study. BMC public health. 2015;15(1):1.

- Chor D e col. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. Cadernos de Saúde Pública. 2008;24(1):219-224.

- Claudi Jensen AG. Towards a parsimonious program theory of return to work intervention. Work. 2013;44(2):155-164.

- Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychosocial Measurement. 1960;20:37-46.

- Coluci MZO, Neusa MCA, Daniela M. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(3):925-936.

- Corbière M e col. Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and Validation with Workers Suffering from a Common Mental Disorder or Musculoskeletal Disorder. Journal of Occupational Rehabilitation. 2016:1-13.

- Cornelius LR e col. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. Journal of Occupational Rehabilitation. 2011;21:259-274.
- D'Amato A, Zijlstra F. Toward a climate for work resumption: the nonmedical determinants of return to work. Journal of occupational and environmental medicine. 2010;52(1):67-80.
- de Vries G, Hees HL, Koeter MWJ, Lagerveld SE, Schene AH. Perceived Impeding Factors for Return-to-Work after Long-Term Sickness Absence Due to Major Depressive Disorder: A Concept Mapping Approach. PLoS ONE. 2014;9(1):e85038.
- de Vries G, Koeter MWJ, Nabitz U, Hees HL, Schene AH. Return to work after sick leave due to depression; a conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. Journal of affective disorders. 2012;136(3):1017-1026.
- Delclós J e col. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. Archivos de prevención de riesgos laborales. 2010;13(4):180-187.
- Dewa CS, Desmond L, Sarah B. Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review. BMJ open. 2014;4(7):e005533.
- Dewa CS. Worker attitudes towards mental health problems and disclosure. The international journal of occupational and environmental medicine. 2014;5(4):463-175.
- Dewa CS, Trojanowski L, Joosen MC, Bonato S. Employer Best Practice Guidelines for the Return to Work of Workers on Mental Disorder–Related Disability Leave A Systematic Review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(3):176-185.
- Dias EC [coord]. Competências essenciais requeridas para o exercício da medicina do trabalho: revisão 2016. Curitiba, PR: ANAMT - Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 2016
- 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):579-589.
- Ekberg K., Wåhlin C, Persson J, Bernfort L, Öberg B. Early and late return to work after sick leave: predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders. Journal of occupational rehabilitation. 2015;25(3):627-637.
- Engström LG, Janson S. Stress-related sickness absence and return to labour market in Sweden. Disability and rehabilitation. 2007;29(5):411-416.

- Ervasti J e col. Return to work after depression-related absence by employees with and without other health conditions: a cohort study. Psychosomatic medicine. 2015;77(2):126-135.

- Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira R, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? J Bras Psiquiatr. 1997:46; 589-593.

- Flach PA e col. Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers with common mental disorders. Eur J Public Health. 2012;22:440-5.

- Formigoni MLOS, Fidalgo TM. Testes de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT) (7.4). In: Gorestein C, Wang, YP, Hungerbühler I, organizadores. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2016.

- Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6a Ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

- Halty LS, Hüttner MD, Oliveira Netto IC, Santos VA. Martins G. Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerström (QTF) como instrumento de medida da dependência nicotínica. J Pneumologia. 2002;28(4):180-186.

- Hees HL, de Vries G, Koeter MW, Schene AH. Adjuvant occupational therapy improves long-term depression recovery and return-to-work in good health in sick-listed employees with major depression: results of a randomised controlled trial. Occup Environ Med. 2013;70(4):252-60.

- Hees HL, Nieuwenhuijsen K, Koeter MWJ, Bultmann U, Schene AH (2012) Towards a New Definition of Return-to-Work Outcomes in Common Mental Disorders from a Multi-Stakeholder Perspective. PLoS ONE 7(6): e39947.

- Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. A general population-based study. Br J Psychiatry. 1998;172:250-6.

- Hensing G, Bertilsso M, Ahlborg G, Waern M, Vaez M. Self-assessed mental health problems and work capacity as determinants of return to work: a prospective general population-based study of individuals with all-cause sickness absence. BMC psychiatry. 2013;13(1):1.

- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. ‘Equivalence’ and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. Quality of Life Research. 1997;6(3):0-0 .

- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. Quality of life Research. 1998;7(4):323-35.

- Høgelund J, Holm A, Falgaard Eplov L. The effect of part-time sick leave for employees with mental disorders. Journal of Mental Health Policy and Economics. 2012;15(4):157.
- Huijs JJ, Koppes LL, Taris TW, Blonk RW. Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. J Occup Rehabil. 2012;22(3):301-311.
- ISSA - International Social Security Association. ISSA Guidelines on Return to work and Reintegration. Genebra, Suíça: ISSA, 2013.
- Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. Adm Sci Q. 1979;24:285-307.
- Kivistö S, Verbeek JH, Hirvonen M, Varonen H. Return-to-work policies in Finnish occupational health services. Occupational medicine. 2008;58(2):88-93.
- Kronström K e col.Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: A prospective cohort study of onset and recovery. Journal of affective disorders. 2011;130(1):294-299.
- Laaksonen M, Gould R. Return to work after temporary disability pension in Finland. Journal of occupational rehabilitation. 2015;25(3):471-480.
- Lagerveld SE e col. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. J Occup Rehabil. 2010;20:275-92.
- Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. Work & Stress. 2010;24(4):359-75.
- 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. Journal of occupational health psychology. 2012;17(2):220.
- Landis JR, Gary GK. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977:159-174.
- Lemieux P, Durand MJ, Hong QN. Supervisors' perception of the factors influencing the return to work of workers with common mental disorders. Journal of occupational rehabilitation. 2011;21(3):293-303.
- Lidwall U. Sick leave diagnoses and return to work: a Swedish register study. Disability and rehabilitation. 2015;37(5):396-410.

- Loisel P e col. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. Occup Environ Med. 1994;51(9):597-602.
- Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney, Australia: Psychology Foundation, 2004. 4 ed.
- Lund T, Labriola M. Sickness absence in Denmark: research, results, and reflections. Scand J Work Environ Health. 2009;Suppl 7:5-14.
- Momsen AH e col. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish version of the 19-item return-to-work self-efficacy (RTWSE-19) questionnaire. Scand J Work Environ Health. 2016;42(4):338-345.
- Netterstrøm B, Nanna HE, Marianne B. Prognostic factors of returning to work after sick leave due to work-related common mental disorders: a one-and three-year follow-up study. BioMed research international. 2015:596572.
- Neves RDF, Nunes MDO, Magalhães L. As interações entre os atores no retorno ao trabalho após afastamento por transtorno mental: uma metaetnografia. Cadernos de Saúde Pública. 2015;31(11):2275-2290.
- Nielsen MB e col. Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. Eur J Public Health. 2011;21:806-11.
- Nielsen MB e col. Return to work among employees with common mental disorders: study design and baseline findings from a mixed-method follow-up study. Scand J Public Health. 2010;38(8):864-72.
- Nielsen MBD e col. Health, work, and personal-related predictors of time to return to work among employees with mental health problems. Disability and rehabilitation. 2012;34(15):1311-1316.
- Nieuwenhuijsen K e col. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3(12):CD006237.
- Nieuwenhuijsen K e col. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. Scand J Work Environ Health. 2006;32:67-74.
- Nieuwenhuijsen K e col. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. J Occup Rehabil. 2013;23:290-9.
- Nieuwenhuijsen K e col. Validation of performance indicators for rehabilitation of workers with mental health problems. Med Care. 2005;43(10):1034-42.

- Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC, van der Feltz-Cornelis CM, Bültmann U. Interventions to improve return to work in depressed people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD006237.

- Nieuwenhuijsen K, Noordik E, van Dijk FJ, van der Klink JJ. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. J Occup Rehabil. 2013;23(2):290-9.

- Noordik E. Effectiveness of an exposure-based return-to-work program for workers on sick leave due to common mental disorders: a cluster-randomized controlled trial. Scand J Work Environ Health. 2013;39:144-54.

- Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. Scand J Public Health. 2001;29:175-82.

- Oyeflaten I e col. Multiple transitions in sick leave, disability benefits, and return to work. - A 4-year follow-up of patients participating in a work-related rehabilitation program. BMC Public Health. 2012;12:748.

- Persson J, Bernfort L, Wåhlin C, Öberg B, Ekberg K. Costs of production loss and primary health care interventions for return-to-work of sick-listed workers in Sweden. Disability and rehabilitation. 2015;37(9):771-776.

- Poli A e col. Moderate alcohol use and health: a consensus document. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases. 2013;23(6):487-504.

- Pomaki G e col. Best practices for return-to-work/stay-at-work interventions for workers with mental health conditions. Final report. (OHSAH), O. H. A. S. A. F. H. I. B. Vancouver, BC, 2010.

- Prang KH, Bohensky M, Smith P, Collie A. Return to work outcomes for workers with mental health conditions: a retrospective cohort study. Injury. 2016;47(1):257-265.

- Prins R. Mental health problems and disability pensions: trends and measures in a cross-national perspective. Journal of Public Health. 2006;14(6):371-375.

- Reavley NJ, Ross A, Killackey EJ, Jorm AF. Development of guidelines to assist organisations to support employees returning to work after an episode of anxiety, depression or a related disorder: a Delphi consensus study with Australian professionals and consumers. BMC psychiatry. 2012;12(1):1.

- Rebergen DS e col. Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. Scand J Work Environ Health. 2010;36(6):488-98.

- Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. Rev Saude Publica. 2007;41(4):665-73.
- Roelen CA e col. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? J Occup Rehabil. 2012;22(3):409-17.
- Saldanha JHS e col. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. 2013;38:122-138.
- Sampere M e col. Return to work expectations of workers on long-term non-work-related sick leave. J Occup Rehabil. 2012;22(1):15-26
- Santos RD [coord]. III Diretrizes Brasileiras Sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2001; 77(Supl. 3):1-48.
- Scheil-Adlung X, Sandner L. Paid Sick Leave: Incidence, Patterns and Expenditure in Times of Crises. ESS Paper, n. 27, 2010.
- Schreuder JA, Roelen CA, de Boer M, Brouwer S, Groothoff JW. Inter-physician agreement on the readiness of sick-listed employees to return to work. Disability and rehabilitation. 2012;34(21):1814-1819.
- Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2007;17(2):327-352.
- Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON; 1995.
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of occupational health psychology. 1996;1(1):27.
- Silva-Júnior, JS da. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.
- Silva-Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. Rev. Saúde Pública. 2014;48(1):186-190.
- Silva-Junior JS, Griep RH, Lagerveld SE, Fischer FM. Brazilian cross-cultural adaptation of 'Return-to-work self-efficacy' questionnaire. Rev Saúde Pública (no prelo).

- Silva-Junior JS. Alta programada previdenciária: repercussão social de gestão. Revista Laborativa. 2014;3(1):29-39.
- Silva-Junior JS, Fischer FM. Long-term sickness absence due to mental disorders is associated with individual features and psychosocial work conditions. PloS ONE. 2014;9(12):e115885
- Skogen JC, Harvey SB, Henderson M, Stordal E, Mykletun A. Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study. Addiction. 2009;104(9):1519-1529.
- Souto EP, Vasconcelos AGG, Chor D, Reichenheim ME, Griep RH. Validade da estrutura fatorial da escala de capital social utilizada na linha de base no ELSA-Brasil. Cad Saúde Pública. 2016;32(7).
- Steenstra IA, Anema JR, Bongers PM, de Vet HCW, van Mechelen W. Cost effectiveness of a multi-stage return to work program for workers on sick leave due to low back pain, design of a population based controlled trial [ISRCTN60233560]. BMC Musculoskeletal Disorders. 2003;4:26
- Steenstra IA, Lee H, de Vroome EMM, Busse JW, Hogg-Johnson SJ. Comparing current definitions of return to work: a measurement approach. Journal of occupational rehabilitation. 2012;22(3):394-400.
- Teixeira MAP, Dias ACG. Propriedades psicométricas da versão traduzida para o português da Escala de Autoeficácia Geral Percebida de Ralph Schwarzer. Em Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Org.), Resumos do II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica (CD-ROM). Gramado: IBAP; 2005.
- Toldrá RC e col. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. Rev. bras. saúde ocup. 2010;35(121):10-22.
- van Beurden KM e col.Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. BMC public health. 2015;15(1):1.
- van der Feltz-Cornelis CM e col. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. Neuropsychiatric disease and treatment. 2010;6:375.
- Vemer P, Bouwmans-Frijters C, Zijlstra-Vlasveld M, van der Feltz-Cornelis C, van Hakkaart-van Roijen L. Let's get back to work: Survival analysis on the return-to-work after depression. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2013;9:1637-1645.
- Viana MC, Teixeira MG, Beraldi F, Bassani IS, Andrade LH. São Paulo Megacity Mental Health Survey - a population-based epidemiological study of psychiatric

morbidity in the São Paulo metropolitan area: aims, design and field implementation. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(4):375-386.

- Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese.Journal of affective disorders. 2014;155:104-109.
- Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. The Lancet Psychiatry. 2016;3(2):171-178.
- Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, van Lomwel AGC, van der Feltz-Cornelis CM. Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. J Occup Rehabil. 2014;25(2):423-431.
- Wåhlin C, Ekberg K, Persson J, Bernfort L, Öberg B. Association between clinical and work-related interventions and return-to-work for patients with musculoskeletal or mental disorders. Journal of rehabilitation medicine. 2012;44(4):355-362.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 2000. (WHO - Technical Report Series, 894)
- Young AE e developmental conceptualization of return to work. J Occup Rehabil. 2005;15(4):557-68.

ANEXO I – Questionário Fase 1

Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais

Pesquisa de Doutorado em Saúde Pública

Responsável: João Silvestre da Silva Júnior

Orientadores: Prof. Dra. Frida Marina Fischer / Dra. Rosane Harter Griep

Checklist de inclusão e exclusão de sujeitos de pesquisa

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Vínculo de trabalho ativo CTPS ☐ Vínculo de trabalho com apenas uma empresa ☐

Profissão: _____

Data do afastamento: ____ / ____ / ____

Interesse em participar da pesquisa fase 1 ☐

Motivo de recusa: _____

Interesse em participar da pesquisa longitudinal ☐

Motivo de recusa: _____

Data de inclusão na pesquisa: ____ / ____ / ____

Data de exclusão na pesquisa: ____ / ____ / ____

Motivo da exclusão:

_____

Horário de início: ___:___

Endereço:_____

_____

Cidade/Estado: _____

Fone/celular: _____ ou _____

E-mail:_____

PARTE 1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
SEX. Qual seu sexo? 1.Masculino ❑ 2.Feminino ❑	**CIVIL. Qual o seu estado civil?** 1.Solteiro ❑ 2.Casado/União estável ❑ 3.Separado/Divorciado ❑ 4.Viúvo ❑
PELE. O Censo Brasileiro (IBGE) classifica a cor ou raça das pessoas a partir do uso dos termos preta, parda, branca, amarela e indígena. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça? 1.Preta ❑ 2.Parda ❑ 3.Branca ❑ 4.Amarela/Oriental ❑ 5.Indígena ❑	
ESCOLA. Qual a sua escolaridade/grau de estudo? 1.Fundamental incompleto ❑ 2.Fundamental completo ❑ 3.Médio incompleto ❑ 4.Médio completo ❑ 5.Superior incompleto ❑ 6.Superior completo ❑ 7.Pós-graduação ❑	

PARTE 2. HÁBITOS E ESTILO DE VIDA	
CIGAR1. Você fuma atualmente? 0.Não ❑ 1.Sim ❑ <u>Caso tenha respondido NÃO, favor pular para a pergunta ETIL1.</u> <u>Caso tenha respondido SIM, favor responder as próximas seis perguntas.</u>	
CIGAR2. Quanto tempo após acordar você fuma seu 1o cigarro? 1.Após 60 minutos (uma hora) ❑ 2.Entre 31 e 60 minutos ❑ 3.Entre 06 e 30 minutos ❑ 4.Em cinco minutos ❑	
CIGAR3. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos (por exemplo, restaurante)? 0.Não ❑ 1.Sim ❑	**CIGAR4. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?** 1.O primeiro da manhã ❑ 2.Outro ❑
CIGAR5. Quantos cigarros você fuma por dia? 1.Menos de 10 cigarros ❑ 2.De 11 a 20 cigarros ❑ 3.De 21 a 30 cigarros ❑ 4.Mais de 31 cigarros ❑	**CIGAR6. Você fuma mais frequentemente pela manhã?** 0.Não ❑ 1.Sim ❑ **CIGAR7. Você fuma mesmo doente (precisa ficar de cama)?** 0.Não ❑ 1.Sim ❑
ETIL1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas? 0.Nenhuma ❑ 1.De uma vez ou menos por mês ❑ 2.De 2 a 4 vezes por mês ❑ 3.De 2 a 3 vezes por semana ❑ 4.Quatro ou mais vezes por semana ❑	

Considerando que uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a 1 lata de cerveja // ou 1 chope // ou 1 copo de vinho // ou 1 dose de uísque, cachaça, vodca, conhaque ou 1 copo de caipirinha

ETIL2. Quantas doses de bebida alcoólica você consome num dia típico quando está bebendo?

0.Nenhuma ❑ 1.De 1 a 2 doses ❑ 2.De 3 a 4 doses ❑
3.De 5 a 6 doses ❑ 4.De 7 a 9 doses ❑ 5.10 ou mais doses ❑

ETIL3. Com que frequência você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

0.Nunca ❑ 1. Menos que mensalmente ❑ 2.Mensalmente ❑
3.Semanalmente ❑ 4.Diariamente ou quase todo dia ❑

ATVFIS. Nas semanas anteriores ao afastamento você praticou alguma atividade física para melhorar sua saúde, condição física ou com objetivo estético ou de lazer?

0.Não ❑ 1.Sim, menos de 3 vezes por semana ❑ 2.Sim, mais de 3 vezes por semana ❑

PARTE 3. DADOS OCUPACIONAIS

TEMPO. Há quanto tempo que faz esse trabalho?

1.Menos de um ano ❑
2.De um a menos de cinco anos ❑
3.De cinco a menos de dez anos ❑
4.Há mais de dez anos ❑

VINC. Qual seu vínculo com o local onde trabalha?

1.Funcionário contratado ❑
2.Funcionário terceirizado ❑
3.Servidor concursado ❑
4.Não sei ❑

JOR. Sobre a sua jornada de trabalho, qual o seu horário de entrada no trabalho?

1.Fixo pela manhã ❑ 2.Fixo à tarde ❑ 3.Fixo à noite ❑
4.Rodízio/alternância de horários de trabalho ❑ 5.Irregular ❑

VIO. Marque abaixo quais as situações de violência a qual você já foi exposto no trabalho (pode marcar mais de uma opção):

VIO1. Agressão verbal no trabalho ❑
VIO2. Agressão física no trabalho ❑
VIO3. Assédio sexual ❑
VIO4. Alvo de piada/discriminação no trabalho ❑
VIO5. Alvo de perseguição no trabalho ❑
VIO6. Assalto no trajeto para o trabalho ❑
VIO7. Assalto durante o trabalho ❑
VIO8. Nunca fui exposto à violência no trabalho ❑

EXPECTATIVAS SOBRE O TRABALHO

As afirmativas a seguir dizem respeito às suas expectativas sobre o trabalho. Pode ser que você atualmente não esteja trabalhando, ou que você esteja trabalhando em tempo parcial, ou ainda que você já tenha retornado integralmente ao trabalho. Imagine que você retorne ao trabalho amanhã (com a sua condição de saúde atual).

Se eu retornar ao trabalho amanhã, minha expectativa é:	Discordo totalmente	Discordo em grande parte	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo em grande parte	Concordo totalmente
RTW1. Ser capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW2. Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW3. Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW4. Conseguir executar minhas tarefas no trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW5. Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW6. Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW7. Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW8. Conseguir lidar com a agitação no trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW9. Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW10. Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑
RTW11. Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho.	❑	❑	❑	❑	❑	❑

QUESTIONÁRIO DO MODELO DESEQUILÍBRIO ESFORÇO-RECOMPENSA

Para cada afirmativa abaixo, assinale primeiro se você concorda ou discorda. Então, assinale até que ponto você se sente estressado com tal situação.

E1. "Constantemente, eu me sinto pressionado pelo tempo por causa da carga pesada de trabalho".

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

E2. "Frequentemente eu sou interrompido e incomodado no trabalho".

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

E3. "Eu tenho muita responsabilidade no meu trabalho".

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

E4. “Frequentemente, eu sou pressionado a trabalhar depois da hora”.

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

E5. “Meu trabalho exige muito esforço físico”.

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

E6. “Nos últimos anos, meu trabalho passou a exigir cada vez mais de mim”.

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

R1. “Eu tenho o respeito que mereço dos meus chefes”

1.Concordo ❑
2.Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Discordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Discordo, e com isso fico estressado ❑
5.Discordo, e com isso fico muito estressado ❑

R2. “Eu tenho o respeito que mereço dos meus colegas de trabalho”.

1.Concordo ❑
2.Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Discordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Discordo, e com isso fico estressado ❑
5.Discordo, e com isso fico muito estressado ❑

R3. “No trabalho, eu posso contar com apoio em situações difíceis”.

1.Concordo ❑
2.Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Discordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Discordo, e com isso fico estressado ❑
5.Discordo, e com isso fico muito estressado ❑

R4. “No trabalho, eu sou tratado injustamente”

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

R5.“Eu vejo poucas possibilidades de ser promovido no futuro”

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

R6. “No trabalho, eu passei ou ainda posso passar por mudanças não desejadas”

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

R7. “Tenho pouca estabilidade no emprego”

1.Discordo ❑
2.Concordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Concordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Concordo, e com isso fico estressado ❑
5.Concordo, e com isso fico muito estressado ❑

R8.“A posição que ocupo atualmente no trabalho está de acordo com a minha formação e treinamento”.

1.Concordo ❑
2.Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Discordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Discordo, e com isso fico estressado ❑
5.Discordo, e com isso fico muito estressado ❑

R9. “No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço”.

1.Concordo ❑
2.Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Discordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Discordo, e com isso fico estressado ❑
5.Discordo, e com isso fico muito estressado ❑

R10. “Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas”.

1.Concordo ❑
2.Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Discordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Discordo, e com isso fico estressado ❑
5.Discordo, e com isso fico muito estressado ❑

R11. “Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado”.

1.Concordo ❑
2.Discordo, e com isso fico nem um pouco estressado ❑
3.Discordo, e com isso fico um pouco estressado ❑
4.Discordo, e com isso fico estressado ❑
5.Discordo, e com isso fico muito estressado ❑

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho.

O1. “No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo”.

1.Discordo totalmente ❑ 2.Discordo ❑ 3.Concordo ❑ 4. Concordo totalmente ❑

O2. “Assim que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho”.

1.Discordo totalmente ❑ 2.Discordo ❑ 3.Concordo ❑ 4. Concordo totalmente ❑

O3. “Quando chego em casa, eu consigo relaxar e ‘me desligar’ facilmente do meu trabalho”.

1.Discordo totalmente ❑ 2.Discordo ❑ 3.Concordo ❑ 4. Concordo totalmente ❑

O4. “As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho”.

1.Discordo totalmente ❑ 2.Discordo ❑ 3.Concordo ❑ 4. Concordo totalmente ❑

O5. “O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir”.

1.Discordo totalmente ❑ 2.Discordo ❑ 3.Concordo ❑ 4. Concordo totalmente ❑

O6. “Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje”.

1.Discordo totalmente ❑ 2.Discordo ❑ 3.Concordo ❑ 4. Concordo totalmente ❑

PARTE 5. CONDIÇÕES DE SAÚDE
TTO. Você faz no momento tratamentos para resolver o seu problema de doença mental receitado por psiquiatra? 0.Não ❑ 1.Sim, só com remédios ❑ 2.Sim, só com psicólogo ❑ 3.Sim, com remédios e psicólogo ❑
CAUSA. Em sua opinião, qual foi a principal causa para o seu afastamento? 1.Circunstâncias no trabalho ❑ 2.Circunstâncias da vida fora do trabalho ❑ 3.Tanto o trabalho quanto a vida fora do trabalho ❑ 4.Não sei ❑
M0. Marque abaixo quais os problemas de saúde que obrigaram você a fazer acompanhamento médico no último ano:

M1. Problemas de coração ❑	M6. HIV-AIDS/tuberculose ❑	M11. Câncer ❑
M2. AVC/derrame ❑	M7. Dores na coluna ❑	M12. Doenças de pele ❑
M3. Diabetes ❑	M8. Tendinite nos braços ❑	M13. Cirurgia ❑
M4. Pressão alta ❑	M9. Gastrite ou ulcera ❑	M14. Acidentes ❑
M5. Bronquite ou asma ❑	M10. Artrite ou reumatismo ❑	M15. Nenhuma das opções ❑

ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA GERAL PERCEBIDA (AEGP)

Instruções: Responda os itens abaixo assinalando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave de respostas apresentada

1 ***Não é verdade a meu respeito***	**2** ***É dificilmente verdade a meu respeito***	**3** ***É moderadamente verdade a meu respeito***	**4** ***É totalmente verdade a meu respeito***			
AEGP1. Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP3. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP4. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP5. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP7. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP8. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP9. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4
AEGP10. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade			❑ 1	❑ 2	❑ 3	❑ 4

ESCALA DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E ESTRESSE (EDAE)

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações abaixo e marque o número apropriado 0,1,2 ou 3 que indique o quanto ela se aplicou a você durante a última semana, conforme a indicação a seguir:

❑ 0 Não se aplicou de maneira alguma
❑ 1 Aplicou-se em algum grau, ou por pouco de tempo
❑ 2 Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo
❑ 3 Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo

DASS1. Achei difícil me acalmar	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS2. Senti minha boca seca	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS7. Senti tremores (ex. nas mãos)	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS8. Senti que estava sempre nervoso	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS9. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS10. Senti que não tinha nada a desejar	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS11. Senti-me agitado	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS12. Achei difícil relaxar	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS13. Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS14. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS15. Senti que ia entrar em pânico	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS16. Não consegui me entusiasmar com nada	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS17. Senti que não tinha valor como pessoa	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS18. Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS19. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS20. Senti medo sem motivo	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3
DASS21. Senti que a vida não tinha sentido	❑ 0	❑ 1	❑ 2	❑ 3

PARTE 6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE			
PESO.	**ALTURA.**	**CINTURA.**	
PAS1.	**PAD1.**	**PAS2.**	**PAD2.**
PAS3.	**PAD3.**	**PAS4.**	**PAD4.**
Horário de término do preenchimento: ____:____			

PARTE 7. INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS			
DID.	**DII.**	**DCB.**	
CID10.	**ESPÉCIE.**	**NEXO.** 0.Não ❑ 1.Profissional ❑ 2.Individual ❑ 3.Epidemiológico ❑	
AFASTAMENTOS PRÉVIOS.			
CID101.	**DCB101.**	**DII101.**	
CID102.	**DCB102.**	**DII102.**	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais
Pesquisador Responsável: João Silvestre da Silva-Júnior

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o processo de retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais entre trabalhadores brasileiros filiados à Previdência Social.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: responder a questionário sobre informações sóciodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de trabalho, situação de saúde; dar acesso aos laudos médicos periciais no INSS.

Durante a execução do projeto os participantes estarão expostos a risco mínimo devido a coleta de dados a respeito de questões consideradas delicadas (diagnóstico de doenças, renda salarial, hábitos de saúde, entre outros). Os participantes não terão qualquer prejuízo a respeito do seu requerimento de benefício previdenciário junto ao INSS ou do seu processo de retorno ao trabalho junto ao empregador.

A discussão do retorno ao trabalho poderá trazer informações que auxiliem a melhorar esse processo diminuindo o tempo de afastamento do trabalho e reinserindo socialmente o trabalhador acometido por uma doença mental incapacitante.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tenho ciência do meu direito de:

- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
- em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, procurar esclarecimentos com:
    - o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo – SP);
    - o pesquisador responsável, por email (retornoaotrabalho@gmail.com) ou telefone (011-97648-4643 - aceita ligação a cobrar).

Portanto, declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Recife, _____de_____ de _____ .

Nome do participante:_____

Assinatura:_____

Eu, Míryam Ribeiro Bessa, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data:___/____/____.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais
Pesquisador Responsável: João Silvestre da Silva-Júnior

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o processo de retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais entre trabalhadores brasileiros filiados à Previdência Social.

Para tanto será necessário realizar os seguintes procedimentos: responder a questionário sobre informações sóciodemográficas, hábitos e estilo de vida, condições de trabalho, situação de saúde; dar acesso aos laudos médicos periciais no INSS.

Durante a execução do projeto os participantes estarão expostos a risco mínimo devido a coleta de dados a respeito de questões consideradas delicadas (diagnóstico de doenças, renda salarial, hábitos de saúde, entre outros). Os participantes não terão qualquer prejuízo a respeito do seu requerimento de benefício previdenciário junto ao INSS ou do seu processo de retorno ao trabalho junto ao empregador.

A discussão do retorno ao trabalho poderá trazer informações que auxiliem a melhorar esse processo diminuindo o tempo de afastamento do trabalho e reinserindo socialmente o trabalhador acometido por uma doença mental incapacitante.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tenho ciência do meu direito de:

- receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
- retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
- não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
- em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos, procurar esclarecimentos com:
    - o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César, São Paulo – SP);
    - o pesquisador responsável, por email (retornoaotrabalho@gmail.com) ou telefone (011-97648-4643 - aceita ligação a cobrar).

Portanto, declaro estar ciente do exposto e desejar participar da pesquisa.

Recife, _____de_____ de _____ .

Nome do participante:_____

Assinatura:_____

Eu, Míryam Ribeiro Bessa, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data:___/____/____.

ANEXO II - Reteste questionário Expectativas sobre o trabalho

Pesquisa FSP/USP no INSS (parte 2)

Bom dia. Agradecemos o interesse em participar da Pesquisa "Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais" que está sendo conduzida pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Em uma primeira etapa, já solicitamos o preenchimento do questionário sociodemográfico, ocupacional e sobre condição de saúde.

Neste momento é necessário que seja respondido novamente o questionário sobre "Expectativas para o retorno ao trabalho".
São apenas 11 perguntas, que tomará menos de cinco minutos do seu tempo.

Caso tenha alguma dúvida, pode entrar em contato conosco por email (retornoaotrabalho@gmail.com) ou telefone (011-97648-4643 - aceita ligação a cobrar).

*Obrigatório

Qual seu nome completo? *

Qual sua data de nascimento? *

dd/mm/aaaa

Continuar »

50% concluído

Pesquisa FSP/USP no INSS (parte 2)

*Obrigatório

EXPECTATIVAS SOBRE O TRABALHO

As afirmativas a seguir dizem respeito às suas expectativas sobre o trabalho. Pode ser que você atualmente não esteja trabalhando, ou que você esteja trabalhando em tempo parcial, ou ainda que você já tenha retornado integralmente ao trabalho. Imagine que você tenha que trabalhar amanhã (com a sua condição de saúde atual).

*Se eu retornar ao trabalho amanhã, minha expectativa é:

RTW1. Ser capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW2. Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW3. Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW4. Conseguir executar minhas tarefas no trabalho. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW5. Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW6. Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW7. Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW8. Conseguir lidar com a agitação no trabalho. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW8. Conseguir lidar com a agitação no trabalho. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW9. Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW10. Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

RTW11. Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho. *

- Discordo totalmente
- Discordo em grande parte
- Discordo um pouco
- Concordo um pouco
- Concordo em grande parte
- Concordo totalmente

« Voltar Enviar

100% concluído.

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Powered by Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Anexo III – Entrevista Fase 2

Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais

Responsável: João Silvestre da Silva Júnior

Orientadores: Prof. Dra. Frida Marina Fischer / Dra. Rosane Harter Griep

Entrevista sobre retorno ao trabalho após afastamento por transtornos mentais

Data: ____/_____/_____

Número na pesquisa: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Telefone: _____

Email: _____

Data de afastamento do trabalho: ____/____/____

Data da última perícia no INSS: ____/____/____

Data de cessação de benefício: ____/____/____

Interesse em participar da pesquisa longitudinal ☐

Motivo de recusa: _____

Data de inclusão na pesquisa: ____ / ____ / ____

Data de exclusão na pesquisa: ____ / ____ / ____

Motivo da exclusão: _____

Horário de início: ___:___

PARTE 1. SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL
RET1. Após o seu benefício no INSS ter sido encerrado, o/a senhor/a solicitou um novo benefício ou retornou ao trabalho? 1. Retornou ao trabalho ❑ 2. Tentou novo benefício ❑ 3. Esteve com o médico da empresa, mas foi encaminhado para o INSS ❑ 4. Outros. Qual?_____
RET2. O/A senhor/a já retornou ao trabalho após cessação do benefício do INSS? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET3. O/A senhor/a poderia me informar quando foi a data do seu último retorno ao trabalho? ____/____/____

PARTE 2. SOBRE O EXAME DE RETORNO AO TRABALHO
RET4. O/A senhor/a ainda trabalha para a mesma empresa para a qual era funcionário na época em que se afastou pelo INSS? 0. Não (perguntas RET5 e RET6) ❑ 1. Sim (pergunta RET7) ❑
RET5. Se não, saiu da empresa depois de quantos dias após exame de retorno ao trabalho? _____ **RET6. O/A senhor/senhora está trabalhando em outra empresa?** 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET7. O/A senhor/a já apresentou algum atestado à empresa após o retorno ao trabalho? 0. Não ❑ 1.Sim ❑
RET8. O/A senhor/a está há pelo menos 30 dias trabalhando sem apresentar atestado médico ? 0. Não ❑ 1. Sim ❑

PARTE 3. SOBRE A AVALIAÇÃO DO MÉDICO DA EMPRESA
RET9. Antes de voltar ao trabalho passou em consulta com o médico da empresa? 0. Não (pula para pergunta RET16) ❑ 1. Sim❑
RET10. Onde fica o consultório do médico da empresa? 1. Na empresa, na planta onde trabalho ❑ 2. Na empresa, em outra unidade ❑ 3. Em uma clínica fora da empresa ❑
RET11. O médico da empresa solicitou para o retorno ao trabalho um relatório do médico que faz o seu tratamento? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET12. O médico da empresa conversou com o/a senhor/a no retorno ao trabalho sobre o seu problema emocional que justificou o afastamento do trabalho? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET13. O médico da empresa lhe perguntou sobre o tratamento indicado para o seu problema emocional? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET14. O médico da empresa lhe perguntou se o/a senhor/a tem dificuldades em realizar tarefas em casa? 0. Não ❑ 1. Sim ❑

RET15. O médico da empresa perguntou se o/a senhor/senhora teria dificuldade para realizar as tarefas do trabalho? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET16. Pelo menos uma consulta foi feita com o médico da empresa antes de 30 dias após o retorno ao trabalho? 0. Não ❑ 1. Sim ❑

PARTE 4. SOBRE O RETORNO ÀS TAREFAS
RET17. Após o período de afastamento, o/a senhor/a voltou a trabalhar no mesmo setor da empresa? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET18. Após o período de afastamento, o/a senhor/a voltou a trabalhar na mesma função? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET19. A empresa fez alguma modificação nas condições de trabalho para o seu retornou ao trabalho? 0. Não ❑ 1. Sim ❑ **Se sim, qual?** _____ _____ _____ _____ _____
RET20. O/A senhor/a considera que foi bem recebido pelos colegas de trabalho após o seu período de afastamento? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
RET21 . O/A senhor/a considera que foi bem recebido pelos chefes, supervisores e diretores da empresa após o seu período de afastamento? 0. Não ❑ 1. Sim ❑
Horário de término: ___:___

ANEXO IV – Entrevista Fase 3

Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais

Responsável: João Silvestre da Silva Júnior

Orientadores: Prof. Dra. Frida Marina Fischer / Dra. Rosane Harter Griep

Fechamento da participação na pesquisa após 365 dias do afastamento.

Data: ____/_____/_____

Número na pesquisa: _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Telefone: _____

Email: _____

Data de afastamento do trabalho: ____/____/____

Horário de início: ___:___

PARTE 1. SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL
RET1. Após o seu benefício no INSS, qual a sua atual condição no mercado de trabalho? 1. Retornou ao trabalho na mesma empresa ❑ 2. Retornou ao trabalho na mesma empresa e agora está desempregado ❑ Após quanto tempo de trabalho foi demitido? _____ 3. Retornou ao trabalho na mesma empresa e agora está em novo benefício ❑ 4. Retornou ao trabalho na mesma empresa e agora está trabalhando em outra empresa ❑ No momento exerce qual função? 5. Não retornou ao trabalho e ainda está em benefício no INSS ❑
RET2. No caso de retorno ao trabalho na mesma empresa preencher o questionário de FOLLOW UP

ANEXO V – Artigo Brazilian cross-cultural adaptation of “Return-to-work self-efficacy” questionnaire

MANUSCRITO

MAN 6778 Tipo: Artigo Original

Revista de Saúde Pública 2016

Título resumido:

Brazilian version of “RTW-SE” questionnaire

Autores refs:

Silva-Junior JS et al.

TÍTULOS:

Brazilian cross-cultural adaptation of “Return-to-work self-efficacy” questionnaire

Adaptação transcultural para o português do questionário “Return-to-work self-efficacy”

Lista de autores:

João Silvestre Silva-Junior[I,II], Rosane Härter Griep[III], Suzanne E. Lagervel[IV,V], Frida Marina Fischer[VI]

Lista de instituições:

[I] Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

[II] Gerência Executiva São Paulo Norte. Instituto Nacional do Seguro Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. São Paulo, SP, Brasil

[III] Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

[IV] Amsterdam University of Applied Sciences. Amsterdam, The Netherlands

[V] Department of Social and Organizational Psychology. Utrecht University. Utrecht, The Netherlands

[VI] Departamento de Saúde Ambiental. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondence:

João Silvestre Silva-Junior

Disciplina de Medicina do Trabalho

Rua Dr. Cesário Motta Júnior, 61, 6º andar, Vila Buarque
01221-020, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: silvajunior.js@gmail.com

Received: 20 Oct 2015

Approved: 2 Feb 2016

How to cite: Silva-Junior JS, Griep RH, Lagerveld SE, Fischer FM. Brazilian cross-cultural adaptation of "Return-to-work self-efficacy" questionnaire. Rev Saude Publica. 2017;51:xx.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the translation and early stages of cross-cultural adaptation of the questionnaire *Verwachtingen over werken* (or "Return-to-work self-efficacy") for workers in sick leave due to mental disorders, from the original in Dutch to the Brazilian Portuguese language. **METHODS:** A panel gathering experts was formed to determine the questionnaire conceptual and item equivalence. For semantic equivalence, the Dutch-Portuguese Brazilian translations were consolidated and consensus meetings were held to structure versions of the instrument. Each version was back-translated from Brazilian Portuguese to Dutch and evaluated by one of the authors of the original version. The final version was submitted to two pre-tests for operational equivalence. **RESULTS:** The original questionnaire in Dutch was translated twice to Brazilian Portuguese. During the process, four consensus meetings of the experts' panel were performed to create the versions. Each version was back-translated to Dutch. One of the authors of the original questionnaire performed an evaluation on the first three versions until the definition of the final one, which was titled *Expectativas sobre o trabalho* ("Expectations about work"). Pre-tests' participants did not reported problems to fill the questionnaire. **CONCLUSIONS:** Results indicate that the Brazilian Portuguese cross-culturally adapted version maintains the original meaning of the questionnaire, while including characteristics peculiar to the Brazilian reality. Measurement and functional equivalence of this version must still be evaluated before its application can be recommended for workers who have been absent from work due to mental disorders.

DESCRIPTORS: Occupational Health. Mental Disorders. Sick Leave. Return to Work. Occupational Medicine. Surveys and Questionnaires. Translations.

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o processo de tradução e etapas iniciais de adaptação transcultural do questionário "*Verwachtingen over werken*" (ou "*Return-to-work self-efficacy*") após afastamento do trabalho por transtornos mentais, do original em holandês para o português brasileiro. **MÉTODOS:** Foi constituído um painel de especialistas para equivalência conceitual e de itens. Para a equivalência semântica, foram consolidadas as traduções holandês-português brasileiro e realizadas reuniões de consenso para estruturar versões do instrumento. Cada versão foi retrotraduzida do português brasileiro para o holandês e avaliada por um dos autores do questionário original. A versão final foi submetida a dois pré-testes para a equivalência operacional. **RESULTADOS:** O original em holandês teve duas traduções para o português brasileiro. Durante o processo, foram conduzidas quatro reuniões de consenso do painel de especialistas para produzir versões. Cada versão foi retrotraduzida para o holandês. Um dos autores do questionário original realizou três rodadas de avaliação das versões até ser definida a última versão. A versão final foi intitulada "Expectativas sobre o trabalho". Os participantes do pré-teste não relataram problemas no preenchimento do questionário. **CONCLUSÕES:** Os resultados indicam que a versão em português falado no Brasil mantém o significado do questionário original e também agregou características peculiares à realidade brasileira. Ainda é necessário avaliar a equivalência de mensuração e funcional desta versão para que sua aplicação seja recomendada em trabalhadores que se ausentaram do trabalho por transtornos mentais.

DESCRITORES: Saúde do Trabalhador. Transtornos Mentais. Licença Médica. Retorno ao Trabalho. Medicina do Trabalho.Inquéritos e Questionários. Traduções.

INTRODUCTION

Impact of sick leaves on social security expenditures is a global problem[13]. Within this context, sick leaves due to mental disorders are known to have the longest duration[5] and are a source of significant social security expenditures[4]. In Brazil, mental diseases are the third main cause for social security sickness benefits, which are paid to ensured workers from the 16th day of sick leave[14].

Identification and characterization of groups at high risk for long term sick leave are necessary to develop indicators for programs to facilitate return to work. Professionals involved in these programs should approach workers in sick leave as early as possible to maximize the reintegration to workplace likelihood[12]. Unfortunately, there is not official guideline to support professionals about return-to-work or validated questionnaire that assesses if workers are at risk for long term sick leave in Brazilian reality.

Among the many determinants involved in the return to work process, the self-efficacy is one of the relevant individual parameters studied in cases of disability due to mental disorders[8-10,16]. Self-efficacy refers to an individuals' belief in his or her capacity to execute tasks and behaviors in a satisfactory manner[1,2]. This concept guided the construction of two instruments to assess the workers' perception of their ability to perform their usual tasks upon returning to work after sick leaves due to musculoskeletal[3] and mental disorders[9]. Although both instruments were named "Return-to-work self-efficacy" (RTW-SE), only the former was validated for English-speaking populations. The latter was elaborated in Dutch *(Verwachtingen over werken*) and validated in three groups of workers in the Netherlands.

In the Dutch questionnaire, workers with mental disorders are requested to imagine themselves going to work the following day and to describe their expectations (as a function of their ongoing emotional state and state of mind). The questionnaire includes 11 statements, and respondents are requested to manifest their degree of agreement or disagreement with them on a six-point Likert scale. The sum of the points attributed to each item provides an individual score; the average score of the studied group is considered the cutoff point to dichotomize the perceived return-to-work self-efficacy as low or high. The construct validity of the RTW-SE version validated for workers with mental disorders was considered satisfactory as a function of its good correlation with the dimensions included in the theoretical model: perceived general self-efficacy, locus of control, coping, physical workload, and mental health problems. The questionnaire exhibited excellent internal consistency and adequate test-retest reliability, proved to be

sensitive to changes over time, and behaved as a robust predictor of return to work within three months[9].

In studies conducted in the Netherlands, RTW-SE demonstrated ability to predict the time for[8,10,16] and success in actual return to work[9]. Thus, application of RTW-SE to Brazilian workers in sick leave due to mental disorders might be useful to detect situations in which having low self-efficacy is an indicator of difficulties to return to work.

The aim of the present study was to perform the translation and early stages of cross-cultural adaptation of RTW-SE questionnaire for workers in sick leave due to mental disorders from the original Dutch to the Brazilian Portuguese language.

METHODS

The translation and cross-cultural adaptation of RTW-SE were performed according to the methods indicated in the scientific literature[6,7,11]. Efforts were made to maintain the concepts present in the Dutch version, while adapting them to Brazilian cultural equivalents. Conceptual, item, semantic, and operational equivalence were determined. The evaluation of the measurement and functional equivalence will be described in future studies, since they are currently being tested in a multicenter study.

Conceptual equivalence is achieved when the concepts included in the original and adapted questionnaires have similar meaning and equally affect respondents from both cultures[7]. To test conceptual equivalence between the Dutch and Brazilian versions of RTW-SE we performed a review of the literature on the subject “return to work after sick leave due to mental disorders”. In that stage of the study, our aim was to establish the relevance of the core subject of the questionnaire for the Brazilian reality. For this purpose, a panel of experts with large experience in the conduction of studies on absenteeism by disease was formed, which included one full professor in public health (FMF), one occupational epidemiologist (RHG), and one specialist in occupational medicine and social security legislation (JSSJ). Item equivalence was analyzed in one of the panel meetings to establish the adequacy and clarity of the statements and response options.

Semantic equivalence is concerned with the transfer of the meaning of concepts by words and sentences of different languages to equally affect respondents of different cultures[7]. This aspect presented some difficulty, since the questionnaire was presented in English in the article describing the validation study[9], while the version actually applied in

that study was the original Dutch one. To overcome that problem, we performed the following steps, which are schematically described in Figure:

1) Translation: the Dutch version of the questionnaire was split into 22 sentences, as follows: name (one sentence), questionnaire introductory remarks (three sentences), orienting sentence (one sentence), statements (11 sentences), and Likert scale (six sentences). An international certified translation service was hired to independently perform two translations from Dutch to the Brazilian Portuguese language (T1 and T2);

2) First consensus meeting: panel members assessed the clarity of both translations, the use of colloquial language, and the semantic equivalence between items. On those grounds, changes were made, resulting in the first Brazilian Portuguese version (V1);

3) Back-translation: the Brazilian Portuguese version was back-translated to Dutch (B1). Next, one of the original authors of the questionnaire (SEL) was requested to grade the concordance between the original Dutch and back-translated versions from zero to 10. Whenever a sentence scored less than 10, the Dutch reviewer should describe in detail the divergences between versions;

4) Second and third consensus meetings: a second consensus meeting was held after the evaluation of B1 to discuss the need for changes and to elaborate a new Brazilian Portuguese version (V2). This new version was back-translated to Dutch (B2). The procedure was repeated one further time (third consensus meeting → V3 → B3) until the final Brazilian Portuguese version was achieved. We had previously established that the final version was to be the one in which no sentence was graded below 8.5 (eight and a half) by the back-translation reviewer.

Two pretests were performed with individuals in sick leave due to mental disorders to assess the operational equivalence between the questionnaire versions. The aim of the first pretest was to establish whether words and expressions were adequate to the Brazilian reality and verbal constructions clear enough and appropriate for Brazilian Portuguese speakers. In the second pretest, the final version was applied to 17 individuals to investigate whether they had any difficulty in understanding the questionnaire content and responding it. Experts then held the fourth consensus meeting, in which they decided that the version used in the second pretest represented the cross-cultural adaptation of RTW-SE for workers with mental disorders to the Brazilian Portuguese language.

The present study was approved by the human research ethics committee of Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Brazil (Certificate of Presentation for Ethical Appraisal – CAAE 23492013.5.0000.5421).

RESULTS

The expert´s panel considered that domains described in the scale validation study[9] could be of interest for the Brazilian reality and that they agreed with the local occupational and social security conditions. The first topic discussed by the panel of experts was the questionnaire name. While the literal translation of the Dutch name is “Expectations about work”, in the validation study the questionnaire was named “Return-to-work self-efficacy” in English. The experts agreed that terms “efficacy” or “self-efficacy” misrepresented the original name, in addition to the fact that word “expectations” is much more widely used in Brazil than “self-efficacy”. Moreover, it is worth to notice that the English version of the questionnaire has not yet been validated.

The questionnaire name changed from V1 to V2. The name initially suggested was “Expectations about return to work”; however, as a function of comments made to the back-translation, the experts observed that the questionnaire can be usefully applied not only to workers in sick leave, but also to the ones who already returned to work. In the latter case, the aim of the questionnaire application is to monitor changes in the expectations of workers in process of returning to work. Therefore, the selected name was “Expectations about work”.

In Brazil, public and private organizations are entitled to reduce the working hours and workload, but a proportional reduction in the salary is illegal. However, the ongoing trend is for employers allow employees returning to work after a sick leave to shift to part-time employment. The contradiction between labor law and the perception of the panel of experts about what really happens in practice resulted in the need to discuss the questionnaire´s introductory remarks. The original Dutch version comprises if the worker is currently not working, or partially returned to work, or fully returned to work. Considering the possibility of part-time work, especially in companies that allow for gradual return to work, we chose not to make any changes in the original introductory remarks.

Still in this regard, the back-translation reviewer observed that V1 overemphasized the mandatory aspect of return to work (“Imagine that you have to return to work

tomorrow…”). Therefore, the final version states: “Imagine that you’re returning to work tomorrow (in your present state of health)”.

Also, the orienting sentence had to be rephrased following the evaluation of the first back-translation. For the same reasons mentioned above, it was changed to emphasize the possibility aspect (“If I were to return to work tomorrow…”).

Concerning the end of the orienting sentence, the experts discussed whether to keep the active verb “to expect” as in the original Dutch version (“If I were to return to work tomorrow I expect…”) or use the noun “expectations” as in the questionnaire name. In Portuguese, the latter formula (“… my expectations are…”) is more akin to the structure of the questionnaire statements, which begin by a verb in infinitive form (“to be able to”, “not to be able to”, “not to have” etc.) and provides a more accurate perspective of the immediate future.

As concerns statement 1, the two initial translations included words seldom used in colloquial Brazilian Portuguese (“*contratempos/adversidades*”: setbacks). The panel of experts suggested using “difficulties” or “problems” instead; the evaluation of the first back-translation indicated that the word “difficulties” better matched the statement’s intention.

Statements 2, 4, 5, and 6 did not pose any problems requiring special attention along the process of cross-cultural adaptation of the questionnaire, since the translations successfully represented the concepts meant in the original Dutch version, according to the back-translation reviewer.

Statement 3 (“I will be able to set my personal boundaries at work”) was a subject of much discussion at the first consensus meeting, because its essential meaning was not clear. In one of the translations, the corresponding expectation was described as of being able to control work tasks, while in the other, as of being able to set boundaries to work pressure. Following consultation to the authors of the original questionnaire, the experts understood that statement 3 concerns the workers’ awareness of their individual boundaries to the performance of work tasks and their expectation of being able to avoid overstepping them.

Regarding statement 7, the problem was the best word to qualify the workers’ ability to concentrate on their work. Although the adverb “well” (“*bem*”) is commonly used in Brazil, the back-translation with the highest score was the one that used the word “enough” (“*suficiente*”) instead. The back-translation reviewer considered the latter was less emphatic and thus closer to the original meaning.

As in the case of statement 3, the focus of the discussion regarding statement 8 was also the essential meaning of the corresponding expectation. According to one translation, it concerned the ability to cope with the pressure exerted by interpersonal relationships at work (with colleagues, supervisors, customers), while the other translation is about the discomfort caused by the organization of the work environment (hustle and bustle). The panel of experts agreed that the latter was the most adequate.

Concerning statement 9, the discussion centered on the choice of the most adequate verb; the options were “to handle” (“*lidar*”) or “to solve” (“*resolver*”) possible problems at work. The back-translation reviewer considered the latter to be the closest to the original Dutch version.

As for statement 10, the experts understood that the best manner to assess the motivation to work is by motivating behavior rather than based on transient motivational states or being motivated by extrinsic influences.

In statement 11, the verb “to meet” (“*cumprir*”) was considered more adequate than “to deal” (“*lidar/gerir/gerenciar*”) with the physical demands of work.

The adaptation of the six-point Likert scale did not pose any problem.

In the evaluation of the first back-translation, the average score attributed by one of the authors of the original Dutch questionnaire to the first Brazilian Portuguese version (V1) was 7.89 (total score corresponding to the sum of 22 items = 173.5). At the second consensus meeting, the panel of experts made changes in all items, except for the Likert scale (which had been attributed the maximum score), resulting in the second Brazilian Portuguese version (V2). The average score attributed by the Dutch reviewer to the second back-translation (B2) was 9.34 (total score for 22 items = 205.5).

During the third consensus meeting, experts revised four out of the 22 items and established the third Brazilian Portuguese version (V3). The average score attributed by the Dutch reviewer to the corresponding back-translation (B3) was 9.66 (total score for 22 items = 212.5).

This version (V3) was used in the first pretest. With the follow up, the experts discussed in the fourth consensus meeting chose to add the expression “at/of/in work” (“*no trabalho*”, “*do trabalho*”, “*durante o trabalho*”) in statements 2, 4, 5 and 6 to reinforce the fact that the questionnaire focuses on the respondents’ expectations regarding work situations upon returning to it after a sick leave. This change might be considered as a cross-cultural adaptation performed after a pretest with the target population.

Following these modifications in V3, the new version (V4) was considered to be adequate as the final one by all the authors (Table).

The individuals invited to respond the final version of the questionnaire did not report any difficulty in understanding or filling in it. Most of the second pretest participants were female (66.7%), education equal or over 11 years (80.0%), and diagnosis of depressive disorder (60.0%). Their mean age was 36 years (SD $\pm$ 7.08 years).

DISCUSSION

Comparison between the original questionnaire and the back-translation of the third Brazilian Portuguese version (V3) showed that the referential meaning of the questionnaire name, introductory remarks, orienting sentence, and Likert scale was similar between both. Inclusion of expression “at/of/in work” at a few statements in the final Brazilian Portuguese version (V4) might be considered a small change concerning the original questionnaire. Thus, the cross-adaptation of the instrument succeeded in maintaining its original meaning, while including characteristics peculiar to the Brazilian reality.

Since workers’ self-efficacy might be a predictor of the time for and success of return to work[8-10,16], knowledge of the workers’ expectations might allow detecting difficulties in this regard. Compared with simple and short questions about expectations, the RTW-SE scale seems better suited to predict the actual return-to-work process[9]. As the original version of the questionnaire exhibited satisfactory internal consistency and sensitivity over time[9], its application might be useful to health care professionals, occupational support team, and social security services by providing ideas to improve workers’ self-efficacy for return to work.

The social exclusion of ill workers might interfere with individual, economic, and psychosomatic aspects of their lives. Long sick leaves perpetuate the workers’ suffering, which certainly does not help to improve their physical and mental wellbeing[15]. Application of questionnaire “Expectations about work” to Brazilian workers might contribute to the planning of return-to-work procedures for individuals with disabling mental disorders.

Knowledge on the workers’ limitations about returning to work provided by the questionnaire might further contribute to the formulation of public (e.g., vocational rehabilitation improvement) and private policies (e.g., guidelines to improve the return-to-work process). It might also be useful for occupational health professionals to achieve an adaptation point between work demands and employees´ ability, whereas they are

returning from sick leave due to mental disorders. Thus, the use of the questionnaire by professionals might exert positive influence on the social reinsertion of workers and contribute to monitoring the efficiency of the whole process.

In conclusion, the present article describes the initial steps in the cross-cultural adaptation of the questionnaire “Return-to-work self-efficacy” after sick leave due to mental disorders to the Brazilian Portuguese language. Measurement and functional equivalence of the adapted version must still be assessed before its application can be recommended. Future studies ought to assess the scientific validity of the Brazilian Portuguese version in such a way to be used in research as well in private and public occupational health services.

REFERENCES

1. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. DOI:10.1016/0146-6402(78)90002-4
2. Bandura A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *J Soc Clin Psychol*. 1986;4(3):359-73. DOI:10.1521/jscp.1986.4.3.359
3. Brouwer S, Franche R, Hogg-Johnson S, Lee H, Krause N, Shaw WS. Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):244-58. DOI:10.1007/s10926-010-9262-4
4. Catalina-Romero C, Martínez-Muñoz P, Quevedo-Aguado L, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, Calvo-Bonacho E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gac Sanit*. 2013;27(1):40-6. DOI:10.1016/j.gaceta.2011.12.008
5. Hensing G, Spak F. Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses: a general population-based study. *Br J Psychiatry*. 1998;172(3):250-6. DOI:10.1192/bjp.172.3.250
6. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. ‘Equivalence’ and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*. 1997;6(3):237-47. DOI:10.1023/A:1026410721664

7. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998;7(4):323-35. DOI:10.1023/A:1024985930536

8. Huijs JJ, Koppes LL, Taris TW, Blonk RW. Differences in predictors of return to work among long-term sick-listed employees with different self-reported reasons for sick leave. *J Occup Rehabil*. 2012;22(3):301-11. DOI:10.1007/s10926-011-9351-z

9. Lagerveld SE, Blonk RW, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work Stress.* 2010;24(4):359-75. DOI:10.1080/02678373.2010.532644

10. Nieuwenhuijsen K, Noordik E, Dijk FJ, Klink JJ. Return to work perceptions and actual return to work in workers with common mental disorders. *J Occup Rehabil*. 2013;23(2):290-9. DOI:10.1007/s10926-012-9389-6

11. Reichenheim ME, Moraes CL. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemological measurement instruments. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):665-73. DOI:10.1590/S0034-89102006005000035

12. Roelen CA, Nordeer G, Koopmans PC, Rhenen W, Klink JJ, Bültmann U. Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when? *J Occup Rehabil*. 2012;22(3):409-17. DOI:10.1007/s10926-012-9363-3.

13. Scheil-Adlung X, Sandner L. Paid sick leave: incidence, patterns and expenditure in times of crisis. Geneva: International Labour Office; 2010. (ESS Paper Series, n. 27).

14. Silva Junior JS, Fischer FM. Disability due to mental illness: social security benefits in Brazil 2008-2011. *Rev Saude Publica*. 2014;48(1):186-90. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004802

15. Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um centro de referência em saúde do trabalhador - SP, Brasil. *Rev Bras Saude Ocup*. 2010;35(121):10-22. DOI:10.1590/S0303-76572010000100003

16. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EPM, Lomwel AGC, Feltz-Cornelis CM. Return-to-work self-efficacy and actual return to work among long-term sick-listed employees. *J Occup Rehabil.* 2015;25(2):423-31. DOI:10.1007/s10926-014-9552-3

Research supported by: *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (CNPq – Brazilian National Council of Scientific and Technological Development, Grant 442051/2014-0). *Instituto Nacional do Seguro Social* (INSS – Brazilian National Social Security Institute () provided institutional support for one author (JSSJ). The Public Health Graduate Program, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Brazil, provided funding for publication.

Authors' Contribution: Conception and design: JSSJ, RHG, FMF. Data analysis and interpretation: JSSJ, RHG, SEL, FMF. Manuscript writing: JSSJ, RHG. Relevant critical review of the intellectual content: RHG, SEL, FMF. Final approval of manuscript for publication: JSSJ, RHG, SEL, FMF.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Table. Original Dutch version and cross-cultural adaptation to the Brazilian Portuguese language of the questionnaire "Return-to-work self-efficacy" (*Verwachtingen over werken*) for workers in sick leave due to mental disorders.

Version	Dutch original	Brazilian Portuguese final version
Name	*Verwachtingen over werken*	*Expectativas sobre o trabalho*
Introductory remark (sentence 1)	*De volgende stellingen hebben betrekking op uw verwachtingen over werken.*	*As afirmativas a seguir dizem respeito às suas expectativas sobre o trabalho.*
Introductory remark (sentence 2)	*Het kan zijn dat u momenteel nog helemaal niet aan het werk bent, of dat u gedeeltelijk aan het werk bent, of misschien bent u al weer volledig aan het werk.*	*Pode ser que você atualmente não esteja trabalhando, ou que você esteja trabalhando em tempo parcial, ou ainda que você já tenha retomado integralmente ao trabalho.*
Introductory remark (sentence 3)	*Stelt u zich de situatie voor dat u morgen volledig aan het werk bent of gaat (met uw huidige klachtenniveau).*	*Imagine que você retorne ao trabalho amanhã (com a sua condição de saúde atual).*
Orienting sentence	*Als ik morgen weer volledig aan het werk zou gaan, dan verwacht ik dat:*	*Se eu retornar ao trabalho amanhã, minha expectativa é:*
Statement 1	*Ik tegenslagen goed aan kan pakken.*	*Ser capaz de lidar bem com as dificuldades no trabalho.*
Statement 2	*Ik door mijn emoties mijn taken niet goed kan uitvoeren.**	*Não conseguir executar bem minhas tarefas de trabalho por causa do meu estado emocional.**
Statement 3	*Ik in staat ben mijn grenzen te bewaken.*	*Ser capaz de estabelecer limites na realização das tarefas de trabalho.*
Statement 4	*Ik mijn taken uit kan voeren.*	*Conseguir executar minhas tarefas no trabalho.*
Statement 5	*Ik met emotioneel veeleisende situaties om kan gaan.*	*Conseguir lidar com situações emocionalmente difíceis no trabalho.*
Statement 6	*Ik geen energie meer over zal hebben voor iets anders.**	*Não ter mais energia para fazer qualquer outra coisa.**
Statement 7	*Ik mij voldoende kan concentreren op mijn werk.*	*Conseguir me concentrar o suficiente no meu trabalho.*
Statement 8	*Ik de drukte op het werk weer aankan.*	*Conseguir lidar com a agitação no trabalho.*
Statement 9	*Ik mogelijke problemen op mijn werk niet kan oplossen.**	*Não conseguir resolver os possíveis problemas no trabalho.**
Statement 10	*Ik mezelf voldoende kan motiveren om mijn werk te doen.*	*Motivar-me o suficiente para realizar o meu trabalho*
Statement 11	*Ik aan de fysieke eisen van mijn werk kan voldoen.*	*Conseguir cumprir com as exigências físicas do meu trabalho.*
Likert scale (sentence 1)	*Helemaal oneens*	*Discordo totalmente*
Likert scale (sentence 2)	*Groten-deels oneens*	*Discordo em grande parte*
Likert scale (sentence 3)	*Beetje oneens*	*Discordo um pouco*
Likert scale (sentence 4)	*Beetje eens*	*Concordo um pouco*
Likert scale (sentence 5)	*Groten-deels eens*	*Concordo em grande parte*
Likert scale (sentence 6)	*Helemaal eens*	*Concordo totalmente*

* reverse score.

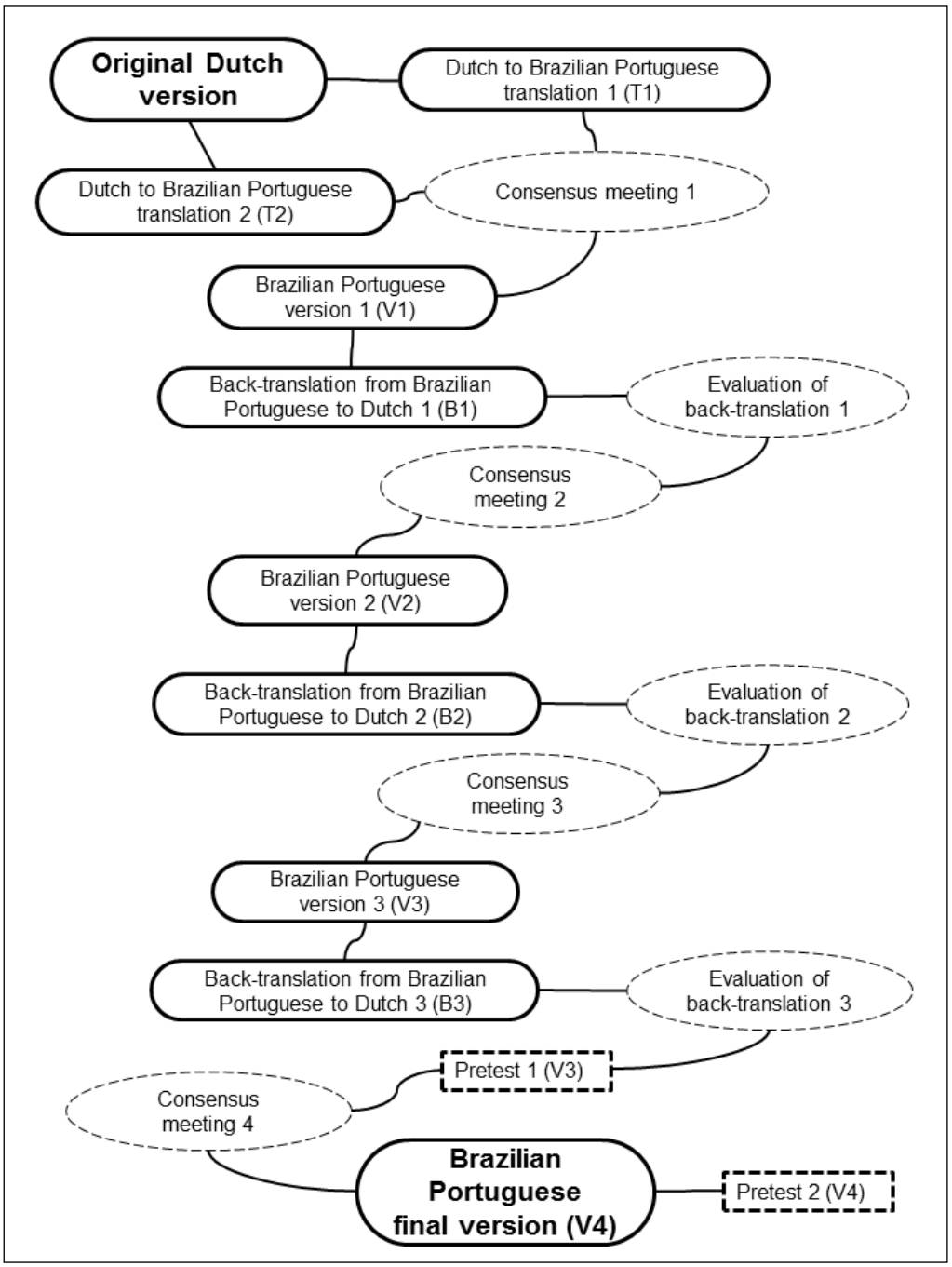


Figure. Flowchart representing the process of cross-cultural adaptation of the questionnaire “Return-to-work self-efficacy” (RTW-SE) for workers with mental disorders.

João Silvestre da Silva Júnior

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/8530016527502011

Última atualização do currículo em 19/09/2016

Mestrado em Ciências pela Universidade de São Paulo (2012), Especialista em Medicina do Trabalho pela ANAMT/AMB (2009), Graduação em Medicina pela Universidade de Pernambuco (2003). Vinculado ao Programa de Doutorado em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2012-). Exerce atividade de Perito Médico Previdenciário no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), do Ministério da Previdência Social. É Professor Convidado da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Curso de Especialização em Medicina do Trabalho. Atual Presidente da Comissão Técnica de Saúde Física e Mental Relacionada ao Trabalho -Associação Nacional de Medicina do Trabalho; e Diretor Científico da Associação Paulista de Medicina do Trabalho. Experiência na área de Ciências da Saúde, com ênfase em Saúde do Trabalhador, Medicina do Trabalho, Absenteísmo, Perícia Médica Previdenciária, Saúde Mental e Trabalho. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

João Silvestre da Silva Júnior

Nome em citações bibliográficas

SILVA-JUNIOR J.S.;SILVA-JUNIOR, João Silvestre da;da Silva, J. S. Jr;Silva JS Jr;Silva-Junior J;J.S. Silva-Júnior;João Silvestre da Silva-Júnior;Da Silva Junior, João Silvestre;João Silvestre Silva-Júnior;Silva Junior, João Silvestre da;Silva-Junior, João Silvestre da;Silva-Júnior, João Silvestre da;Silva-Junior, João Silvestre;João Silvestre;SILVA-JUNIOR, J. S.

Endereço

Endereço Profissional

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Curso de Especialização em Medicina do Trabalho.
Rua Cesário Motta Jr., 61 - 6º andar
Santa Cecília
01221-020 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 32223812
Fax: (11) 32220412
URL da Homepage: http://twitter.com/joaosilvestrejr

Formação acadêmica/titulação

2012

Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais,
Orientador: Frida Marina Fischer.
Coorientador: Rosane Harter Griep.
Palavras-chave: Absenteísmo; transtornos mentais e comportamentais; retorno ao trabalho; fatores psicossociais no trabalho; Previdência Social.

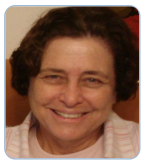
2010 - 2012

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da Previdência Social,Ano de Obtenção: 2012.
Orientador: Frida Marina Fischer.
Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Absenteísmo; Previdência Social; Saúde Mental; fatores psicossociais no trabalho; epidemiologia ocupacional.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Medicina Social / Especialidade: Medicina do Trabalho.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.

2008 - 2010

Especialização em Direito Previdenciário. (Carga Horária: 420h).
Universidade Gama Filho, UGF, Brasil.
Título: Avaliação do mecanismo de alta programada na perícia médica previdenciária.
Orientador: Emanuel Cardoso Pereira.
Bolsista do(a): Instituto Nacional do Seguro Social, INSS, Brasil.

2005 - 2005



Frida Marina Fischer

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B - CA SN - Saúde Coletiva e Nutrição

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/0894690311392249

Última atualização do currículo em 14/10/2016

Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo (1971), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1980) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1984). Realizou pós-doutorado no Institute of Occupational Health (Dortmund, Alemanha, 1984), Especialização em Ergonomia (Instituto de Psicologia da USP). Desde agosto de 1998 é professora titular da Universidade de São Paulo. Faz parte do Conselho Científico da Associação Brasileira de Ergonomia,sendo membro do Comitê de Certificação SisCEB. É membro da Associação Nacional de Medicina do Trabalho; É presidente da Working Time Society desde novembro de 2010, tendo sido re-eleita em 2013 para um novo trienio. É editora associada da Revista de Saúde Pública desde 2005; Editora Associada da Revista Brasileira de Epidemiologia; Editora adjunta da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho. Membro do Board do Journal of Occupational Health Psychology e Contributing Editor da American Journal Industrial Medicine. Tem experiência em pesquisa e ensino na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde do Trabalhador, atuando principalmente nos seguintes temas: ergonomia, organização do trabalho, trabalho em turnos e noturno, envelhecimento funcional precoce (early aging), trabalho de jovens adultos universitários e de adolescentes,doenças relacionadas com o trabalho. Parecerista ad hoc de agências de fomento nacionais (CNPq, CAPES, FAPESP, entre outras). Parecerista ad hoc de vários periódicos nacionais e internacionais. Em 2012 recebeu o título de "Fellow" da International Ergonomics Association. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Frida Marina Fischer

Nome em citações bibliográficas

FISCHER, F. M.;Fischer, Frida Marina;Fischer, Frida;Fischer, Frida M;Fischer, Frida M.;Fischer, F M;Fischer, F. Marina;Fischer, F.;Fischer

Endereço

Endereço Profissional

Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Ambiental.
Avenida Dr. Arnaldo, 715
Cerqueira Cesar
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617116
Fax: (11) 30617755
URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

1981 - 1984

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Absentismo e acidentes de trabalho entre trabalhadores em turnos de indústrias automobilísticas, Ano de obtenção: 1984.
Orientador: Prof titular Jorge da Rocha Gomes.
Palavras-chave: Trabalho em turnos; Absentismo no trabalho; Acidentes do trabalho; Indústria automobiística; Saúde Ocupacional.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Ergonomia.
Setores de atividade: Saúde Humana; Produtos e Serviços Voltados Para A Defesa e Proteção do Meio Ambiente, Incluindo O Desenvolvimento Sustentado; Indústria Metal-Mecânica.

1972 - 1980

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Trabalho em turnos: Alguns aspectos econômicos, médicos e sociais,Ano de Obtenção: 1980.
Orientador: Prof titular Diogo Pupo Nogueira.
Palavras-chave: Trabalho em turnos; Trabalho noturno; Saúde Ocupacional; Acidentes de trabalho.
Grande área: Ciências da Saúde
Setores de atividade: Saúde Humana; Produtos e Serviços Voltados Para A Defesa e Proteção do Meio Ambiente, Incluindo O Desenvolvimento Sustentado.

1968 - 1971

Graduação em Ciências Biológicas.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Rosane Harter Griep

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2 - CA SN - Saúde Coletiva e Nutrição

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/7964408437194114

Última atualização do currículo em 19/10/2016

Possui mestrado (1996) e doutorado (2003) em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública -Fiocruz. É pesquisadora do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde (LEAS) do Instituto Oswaldo Cruz-Fiocruz e professora do programa de pós-graduação em epidemiologia da ENSP-Fiocruz. É Cientista do Nosso Estado pela FAPERJ, desenvolve colaborações com o IMS-UERJ e Instituto Karolinska da Suécia. É coordenadora do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) CI-RJ. Fez parte do Irving Selikoff Fellows of the Mount Sinai School of Medicine e foi pesquisadora visitante do Centre for Health Equity Studies (CHESS) em Estocolmo, Suecia (2014-2015). Na área de Saúde Coletiva e em Epidemiologia desenvolve os seguintes temas: epidemiologia ocupacional, determinação psicossocial de eventos relacionados à saúde, capital social, conflito trabalho-família, avaliação psicométrica de índices e escalas. (Bolsista PQ-2 do CNPq) **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Rosane Harter Griep

Nome em citações bibliográficas

GRIEP, R. H.;GRIEP, Rosane H.;GRIEP, Rosane Harter;Harter, RG;Griep, Rosane Härter;Griep, RH;GRIEP, RH;GRIEP, R H;GRIEP, R.

Endereço

Endereço Profissional

Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Oswaldo Cruz, Departamento de Biologia.
Av Brasil, 4365 - Pavilhão Lauro Travassos
Manguinhos
21040900 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Telefone: (21) 25606474
Ramal: 130
Fax: (21) 22938999
URL da Homepage: www.ioc.fiocruz.br

Formação acadêmica/titulação

1999 - 2003

Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
Título: Rede social e apoio social: Validade e Confiabilidade de questionário utilizado no Estudo Pró-Saúde, Ano de obtenção: 2003.
Orientador: DORA CHOR.
Palavras-chave: apoio social; rede social; validade; confiabilidade; reproducibilidade.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1993 - 1996

Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
Título: Tabagismo entre Trabalhadores de um Banco Estatal,Ano de Obtenção: 1996.
Orientador: Dóra Chor e Luiz Antonio Bastos Camacho.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
Palavras-chave: tabagismo; epidemiologia; fatores de risco; trabalhadores.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
Setores de atividade: Saúde Humana.

1990 - 1991

Especialização em Especialização Em Saúde Pública.
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.