



---

# ***DEPRESSÃO EM MEIO OCUPACIONAL: RASTREAMENTO E TRATAMENTO***

***AUTORIA: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO***

***PARTICIPANTES: DOMINGOS NETO J, MYUNG E, MURTA GA, VIEIRA A, LIMA PR, LESSA LA, BENARDO WM***

***ELABORAÇÃO: 20 DE FEVEREIRO DE 2019.***

---

**O RASTREAMENTO DE DEPRESSÃO EM MEIO OCUPACIONAL POSSUI O POTENCIAL DE DIAGNOSTICAR TRABALHADORES COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM DIFERENTES NÍVEIS DE GRAVIDADE. A DEPRESSÃO E SEU TRATAMENTO POSSUI O POTENCIAL DE MODIFICAR DESFECHOS OCUPACIONAIS DE FUNCIONALIDADE, PRODUTIVIDADE, ABSENTEÍSMO, PRESENTEÍSMO, RETORNO AO TRABALHO, ENGAJAMENTO AO TRABALHO, DESEMPREGO ENTRE OUTROS. FOI REALIZADA A PARTIR DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA NA BASE DE DADOS MEDLINE, RECUPERANDO 21.232 TRABALHO, SENDO SELECIONADOS 54 (FIGURA 1 – ANEXO I) PARA RESPONDER ÀS DÚVIDAS CLÍNICAS: O RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO EM TRABALHADORES É NECESSÁRIO? E O TRATAMENTO É EFICAZ E SEGURO? OS DETALHES DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS DESSA DIRETRIZ ESTÃO EXPOSTOS DO ANEXO I.**

---

## PONTOS CHAVE

---

O rastreamento de depressão em meio ocupacional possui o potencial de diagnosticar, em prevalência impactante e com acurácia aceitável, trabalhadores com sintomas de depressão em diferentes níveis de gravidade, de conhecimento sobre a doença e de volição para adesão ao tratamento.

A depressão e seu tratamento possui o potencial de modificar desfechos ocupacionais de funcionalidade, produtividade, absenteísmo, presentismo, retorno ao trabalho, engajamento ao trabalho, desemprego entre outros.

Equipes de saúde em meio ocupacional possuem o potencial de educar sobre depressão e seu tratamento, promover adesão ao tratamento, coordenar e prescrever o tratamento para depressão da mesma forma que ocorre em estudos publicados em meio ocupacional ou na atenção primária.

O exame periódico é um dos instrumentos para implementação do rastreamento de depressão. Mapeamento e intervenções por meio eletrônico podem promover adesão ao rastreamento e tratamento e otimizar a distribuição de conteúdo educativo.

Intervenções envolvendo tratamento com antidepressivos, intervenções baseadas em terapia cognitiva comportamental presencial ou por telefone ou via web, intervenções multimodais entre outros possuem potencial de benefício positivo tanto para sintomas de depressão quanto para desfechos ocupacionais e são implementáveis em meio ocupacional.

---

## INTRODUÇÃO

---

A depressão é caracterizada como um transtorno do humor que afeta a maneira como a pessoa sente, pensa ou se comporta gerando prejuízo no funcionamento social ou ocupacional.<sup>1</sup> Um episódio depressivo maior é definido pela presença de cinco ou mais dos nove principais sintomas de depressão durante um período de duas semanas<sup>2</sup>. O início da depressão pode ser desencadeado por fatores biológicos, psicossociais ou ambientais, incluindo fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Aqueles que experimentam um episódio de depressão ao longo da vida apresentam maior risco de sofrer com episódios futuros<sup>3</sup>.

A prevalência da depressão demonstra a sua importância na saúde pública do Brasil. Através de dados de 2013 a 2014 da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE estima-se que 9.7% dos adultos brasileiros apresentam algum grau de depressão e 3.9% apresentam depressão maior. Entre os adultos com depressão, apenas 27,6% receberam diagnóstico em algum momento da vida<sup>4</sup>. Esses dados são consistentes com uma revisão sistemática brasileira de 2014 em que se estimou uma prevalência anual de 8% de depressão entre adultos e de 17% ao longo da vida<sup>5</sup>. Dados do INSS<sup>6</sup> demonstram a importância dos problemas de saúde mental na incapacidade sendo que, em 2016, transtornos mentais e comportamentais resultaram em 10376 de 212209 auxílios doença acidentário urbano, 178613 de 1983708 de auxílios doença urbanos, 6423 de 207100 de auxílios doença rurais.

Uma revisão de sistemática de 2017 reuniu as evidências acerca de fatores de risco ocupacionais com doenças psiquiátricas comuns incluindo depressão concluindo que há evidências científicas de nível moderado de estudos prospectivos associando alta demanda no trabalho, baixo controle, desbalanço esforço e recompensa, (in)justiça organizacional, baixo apoio social e violência no trabalho com doenças psiquiátricas comuns<sup>7</sup>. Esses dados são consistentes com os fatores percebidos por trabalhadores entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE<sup>8</sup>.

Como a depressão é potencialmente tratável, tem havido interesse em rastrear pacientes que se apresentam em ambientes de atenção primária. A Força Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos recomenda a triagem universal, em locais onde existam apoio a fim de garantir o acompanhamento adequado<sup>9</sup>. Contudo, este estudo analisou especificamente desfechos clínicos.

Diante da importância epidemiológica, da pertinência de fatores de risco ocupacionais e a presença de impacto no absenteísmo e na incapacidade, essa diretriz busca avaliar as evidências científicas que demonstram a consistência e eficácia do rastreamento de depressão em ambiente de trabalho com foco na modificação de desfechos ocupacionais.

---

## RESULTADOS - EVIDÊNCIA DE SUSTENTAÇÃO ÀS RECOMENDAÇÕES

---

### 1. RASTREAMENTO E PREVALÊNCIA DA DEPRESSÃO EM TRABALHADORES

A tabela 1 (anexo I) resume a metodologia e resultados de experiências relacionadas ao mapeamento da depressão em população trabalhadora. Os estudos selecionados ilustram a viabilidade e acurácia do mapeamento em ambiente ocupacional e ampliam o conceito do mapeamento como um mero instrumento transversal de diagnóstico podendo ser ampliado para uma análise prospectiva no tempo da intensidade dos sintomas em população exposta a fatores de risco ocupacionais de interesse ou a intervenções de prevenção primária, secundária ou terciária incluindo trabalhadores ativos ou afastados por qualquer doença. O mapeamento concomitante de fatores de risco ocupacionais suspeitos ou de interesse pode nortear o desenho de medidas de controle. O médico do trabalho pode aproveitar a metodologia dos estudos citados nessa diretriz para implementar o mapeamento na prática. A maioria dos estudos seguem uma metodologia que refletirá nos programas de saúde ocupacionais: Mapeamento populacional dos sintomas de depressão através de questionário ou entrevista estruturada, estratificação da população quanto à gravidade dos sintomas de depressão, mapeamento de indicadores demográficos e fatores de risco ocupacionais de interesse, avaliação da associação entre os sintomas de depressão e fatores de risco ocupacionais ou demográficos de interesse seguida enfim de implementação de medidas preventivas ou curativas.

Como exemplo, o estudo de Ahlin<sup>10</sup>(B) abordou trabalhadores suecos entre 16 e 64 anos. Os participantes do estudo foram seguidos a cada dois anos desde 2006 (n = 9214) ou 2008 (n = 9703) ou 2010 (n = 2572) ou 2014 (n = 19.388). Ao todo, 28672 indivíduos (70%) responderam a pelo menos um questionário de acompanhamento em 2016, enquanto 6387 haviam respondido até 6 vezes. Basicamente, os participantes foram avaliados em relação a presença de sintomas depressivos e em relação a componentes ocupacionais percebidos pelos trabalhadores como alta demanda, controle, apoio social. Neste estudo, a população foi classificada de acordo com a gravidade dos sintomas de depressão: Um grupo (n = 94, 1,1%), foi classificado como persistente grave, outro (n = 588, 9,4%) foi denominado como persistente moderado, e outro (n = 995, 12,6%) representou o grupo com sintomas subclínicos a leves. Dessa forma, totalizando 23,1% de trabalhadores com sintomas depressivos significativos identificados. Este mesmo estudo indicou que alta demanda, baixo controle e baixo suporte social em ambiente de trabalho aumentam os sintomas depressivos ao longo do tempo. Com essa modalidade de mapeamento, o estudo avaliou a associação dos fatores de risco ocupacionais com os diferentes níveis de gravidade dos sintomas de depressão.

Nakamura-Taira<sup>11</sup>(B) realizou um estudo com trabalhadores japoneses avaliando a relação entre presença de sintomas depressivos, percepção de estresse no trabalho e crenças sobre adoecimento mental. A amostra do estudo envolveu 3718 empregados (2660 homens, 1058 mulheres). A presença de sintomas depressivos totalizou 10,2% dos trabalhadores analisados. Além disso, esses indivíduos tinham maiores probabilidades de esperar que a depressão melhorasse sem tratamento e, também, não reconheciam fontes úteis de apoio (por exemplo, conversar com amigos/familiares, consultar

um psiquiatra, tomar medicação, ver um conselheiro) em comparação com paciente sem sintomas depressivos. Nesse sentido, a subestimação do estresse esteve relacionada ao pior esclarecimento em relação a saúde mental.

Nieuwenhuijsen<sup>12</sup>(B) realizou um estudo com trabalhadores canadenses, totalizando uma amostra de 2219 participantes empregados que foram analisados, ou por um questionário via telefone (n = 2145) ou por uma pesquisa via web (n = 74). Basicamente, os participantes foram avaliados em relação a presença de sintomas depressivos e presença de fadiga associada a atividade laboral caracterizada como tempo de recuperação necessário após atividade laboral. Neste estudo, 783 trabalhadores (38%) foram identificados com presença de sintomas depressivos, de grau leve a severo a partir do escore utilizado para rastreamento da depressão. Ao mesmo tempo, este estudo identificou que existe associação entre presença de sintomas depressivos e tempo de recuperação após atividade laboral identificando um risco de sintomas depressivos oito vezes maior no grupo de trabalhadores com alta necessidade de recuperação do que os trabalhadores com baixa necessidade de recuperação.

Wang<sup>13</sup>(B) realizou um estudo trabalhadores do sexo masculino. No total, foram incluídos na análise 841 participantes, incluindo 511 homens com alto risco de depressão grave e 330 com baixo risco de depressão grave. Este estudo identificou que trabalhadores do sexo masculino classificados como alto risco para depressão eram mais propensos a endossar a importância de acessar recursos de saúde na Internet do que os homens de baixo risco (83,4% vs. 75,0%, respectivamente; P = 0,01). Das 17 características diferentes avaliadas, as três principais características mais utilizadas pelos homens de alto risco foram: “informações sobre como melhorar a higiene do sono” (61,3%), “prática de exercício para ajudar a reduzir os sintomas de estresse e depressão” (59,5 %), e “ter acesso a informações e recursos de qualidade sobre questões de estresse no trabalho” (57,8%). A análise dos dados qualitativos revelou que questões de privacidade,

estigma relacionado ao adoecimento, facilidade de navegação da ferramenta web e falta de interação pessoal, tempo e conhecimento foram identificadas como barreiras ao uso de programas de saúde mental por homens trabalhadores que estavam em alto risco de depressão. Um dos principais resultados deste estudo foi que 62,7% dos participantes que estavam em alto risco de depressão usaram a Internet para obter informações sobre saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa. Além disso, mais de 75% dos homens com risco de depressão elevado consideraram que as informações de saúde na Internet são úteis para ajudá-los a tomar decisões de saúde e mais de 72% usariam um programa de saúde mental para lidar com o estresse relacionado ao trabalho. Dado que os homens muitas vezes atrasam a busca por problemas de saúde mental devido ao estigma e às normas de gênero, os resultados sugerem que a privacidade inerente aos programas de saúde mental torna esses programas uma ferramenta promissora para melhorar a saúde mental dos homens.

Volker<sup>14</sup>(B) realizou um estudo, em ambiente de trabalho, a amostra consistiu de 170 funcionários com afastamento laboral entre 4 e 26 semanas. Basicamente, o objetivo deste estudo foi validar o questionário PHQ-9 para depressão dentro de uma população de funcionários em licença por doença usando o *MINI-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) como padrão-ouro. Como resultado, dados de 170 funcionários foram incluídos nas análises. Do total de 170 MINIs, 36 funcionários pontuaram positivamente para depressão (prevalência = 21,2%). Em relação ao questionário PHQ-9, um valor de corte de 10 resultou em equilíbrio adequado entre sensibilidade e especificidade determinando uma sensibilidade de 86,1%, especificidade de 78,4%, valor preditivo positivo (VPP) de 51,7%, valor preditivo negativo (VPN) de 95,5% e acurácia de 80,0%.

Wada<sup>15</sup>(B) realizaram um estudo, em ambiente de trabalho, em que o questionário CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) foi enviado a todos os trabalhadores que realizaram o exame periódico de saúde (2.409 trabalhadores). Concomitantemente, uma versão da seção do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (*Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI*) que abordou o episódio depressivo maior foi administrada a todos os trabalhadores. A porcentagem de participantes com uma pontuação CES-D acima de 19 foi de 9,5%. A sensibilidade e a especificidade foram calculadas para vários escores da CES-D. A sensibilidade variou de 95,1% a 85,3% e a especificidade variou de 82,2% a 93,1% na faixa central da curva. Com um ponto de corte de 16, que é o escore tradicional na literatura, a sensibilidade foi de 95,1% e a especificidade foi de 85,0%. O escore de corte de equilíbrio adequado para rastreamento de depressão foi calculado para 19. O estudo demonstrou a validade do questionário CES-D para rastreamento de depressão em populações de trabalhadores.

A análise dos artigos compilados neste subgrupo demonstra pontos relevantes sobre rastreamento e prevalência da depressão entre trabalhadores. É elevada prevalência de sintomas depressivos significativos em trabalhadores entre 9,5% a 38%. Os principais questionários utilizados na literatura na população geral para rastreamento de depressão são passíveis de validação para utilização em população trabalhadora. O rastreamento em população trabalhadora permite o contato com indivíduos que sofrem de sintomas de depressão, mas não possuem consciência acerca da doença ou volição para buscar tratamento médico.

## 2. IMPACTO DA DEPRESSÃO EM TRABALHADORES

Os trabalhos citados na tabela 2 no anexo I ilustram a alta prevalência, o impacto da depressão na saúde dos trabalhadores, na funcionalidade e produtividade, no presenteísmo e absenteísmo sendo esses indicadores de interesse na prática da medicina do trabalho tanto para identificação da população de maior risco como para avaliar a efetividade de intervenções adotadas. Os instrumentos ou questionários utilizados nos estudos para mensuração do impacto da depressão em trabalhadores podem ser utilizados em versões traduzidas, validadas e adaptadas, na íntegra ou parcialmente, na prática da medicina do trabalho.

Asami<sup>24</sup>(B) realizou estudo observacional com 17820 trabalhadores no Japão. Como resultado primário, a produtividade do trabalho foi avaliada usando o questionário validado, um instrumento validado de seis itens que consiste nas seguintes métricas: perda de produtividade geral do trabalho (estimativa geral de deficiência que é uma combinação de absenteísmo e presenteísmo), absenteísmo (percentual de tempo de trabalho perdido por doença nos últimos 7 dias), presenteísmo (o percentual de comprometimento sofrido durante o trabalho nos últimos 7 dias por doença) e o comprometimento da atividade (o percentual de deficiência nas atividades diárias por saúde nos últimos 7 dias). As principais variáveis independentes para este projeto foram as variáveis com base no diagnóstico auto referido de depressão e do resultado da resposta ao questionário validado para rastreamento de depressão (PHQ-9). Entre os trabalhadores (n = 17820), 3,8% foram diagnosticados com depressão dentro de 12 meses (n = 678). Entre aqueles com diagnóstico, 51,0% (n = 346) apresentaram escores de PHQ-9 de 10 e mais, enquanto entre aqueles sem diagnóstico, 7,8% (n = 1.336) tiveram escores de 10 e mais. Em outras palavras, 7,5% entre os trabalhadores (1336 dos 17820) auto relataram que eles não foram diagnosticados como deprimidos, mas tinham escores no PHQ-9 de 10 e

mais. O absenteísmo e as análises gerais de deterioração do trabalho incluíram 16.906 do total de 17.820 trabalhadores, enquanto o presenteísmo incluiu 17.428 trabalhadores. Em todas as medidas de produtividade e atividade de trabalho os maiores prejuízos foram observados entre aqueles diagnosticados em comparação com não diagnosticados. A interação entre escores do PHQ-9 e diagnóstico de depressão foi significativa para o comprometimento geral do trabalho, presenteísmo e prejuízo da atividade ( $P < 0,01$ ). As deficiências percentuais médias ajustadas por subgrupo indicam que os efeitos do PHQ-9 na produtividade foram, em todos os casos, mais fortes no grupo não diagnosticado do que no diagnosticado. Este estudo demonstrou o impacto no subdiagnóstico da depressão sobre o desempenho laboral de trabalhadores e, ao mesmo tempo, demonstrou a repercussão negativa da presença de sintomas depressivos significativos sobre o presenteísmo. Sobre este item, o resultado deste artigo foi corroborado por outros estudos selecionados nessa diretriz que analisaram a relação entre depressão e presenteísmo<sup>23,26-29,33,34</sup>(B).

Lamichhane<sup>18</sup>(B) realizaram um estudo prospectivo que foi realizado em um grupo de trabalhadores registrados para exames de saúde no Departamento de Medicina Ocupacional e Ambiental em um hospital universitário e trabalham em 23 pequenas e médias empresas de manufatura. Assim, a análise foi realizada utilizando os dados de 2.349 indivíduos (1.807 homens e 542 mulheres). Os sintomas depressivos foram medidos com a Escala de Depressão de Estudos Epidemiológicos (CES-D). A variável dependente foi se um trabalhador esteve ausente ou não no trabalho devido a um acidente ou doença no ano anterior. Aqueles que responderam “sim” a (1) “estavam ausentes do trabalho por causa de algum acidente ocorrido no trabalho no ano passado?” ou (2) “estavam ausentes do trabalho devido a doença no ano passado?” foram incluídos no grupo de absenteísmo. As porcentagens de trabalhadores que pontuaram dentro da faixa de referência de sintomas depressivos ( $CES-D \geq 16$ ) e estavam ausentes do trabalho por doença foram 16,9% para

homens e 27,5% para mulheres. Homens e mulheres com sintomas depressivos no início do estudo apresentaram maior chance de estarem ausentes devido a doença no acompanhamento. Modelos não ajustados mostraram efeito significativo dos sintomas depressivos na ausência por doença (OR = 3,67; IC 95%: 2,17-6,21 para homens e 2,14; IC 95%: 1,29–3,56 para mulheres). Quando os odds ratio (OR) brutos foram calculados para ausência devido a acidentes, homens com sintomas depressivos mostraram OR estatisticamente significativa (OR = 2,95, 95% CI: 1,41-6,18). Este estudo demonstrou o impacto significativo de sintomas de depressão no absenteísmo por doença ou acidente de trabalhadores afetados. O resultado deste artigo foi corroborado por outros estudos selecionados nessa diretriz que analisaram a relação entre depressão e absenteísmo<sup>19,27,28,32,34</sup>(B).

Porru<sup>17</sup>(B) realizou um estudo prospectivo em 5263 trabalhadores europeus. A idade média foi de 55,0 anos. O desfecho primário neste estudo foi o status no trabalho auto relatado. O status do trabalho foi medido após 2 e 4 anos. Os sintomas depressivos foram definidos de acordo com a escala EURO-D validada. Neste estudo, observou-se que indivíduos com sintomas depressivos significativos apresentavam mais propensão de ter impacto sobre sua capacidade laboral a partir de afastamento de longo prazo devido benefício previdenciário com hazard ratio significativa (HR = 2,46, 95% CI: 1,68-3,60). No total, 19% dos homens e 20% das mulheres que saíram do trabalho remunerado por meio de benefícios previdenciários foram atribuídos a sintomas depressivos significativos. Este estudo demonstrou o impacto em trabalhadores da presença de sintomas depressivos significativos sobre afastamento laboral de longo prazo. O resultado deste artigo foi corroborado por outros estudos que analisaram a relação entre depressão e afastamento prolongado selecionados nessa diretriz<sup>21,22,25,26</sup>(B).

Weaver<sup>16</sup>(B) realizou um estudo coorte prospectivo com profissionais de saúde em quatro hospitais acadêmicos. A análise incluiu 416 participantes que foram acompanhados mensalmente por 6 meses. Neste estudo, o Questionário de Saúde do Paciente para Depressão e Ansiedade (PHQ - 4) foi usado para rastrear ansiedade e depressão. Os desfechos adversos de segurança incluíram colisões de veículos motorizados, “quase acidentes”, exposições a materiais potencialmente infecciosos (exposições ocupacionais) e eventos adversos para pacientes. Rastreamento positivo para ansiedade ou sintomas depressivos foi associado com um aumento de 63% na incidência de resultados adversos de segurança após ajuste multivariado. Trabalhadores com ansiedade ou depressão tiveram 124 desfechos de segurança adversos com RR = 1.63 (IC 95% 1.58–1.69). Este estudo demonstrou o impacto em trabalhadores da presença de sintomas depressivos significativos sobre acidentes com veículos motorizados, acidente de trabalho com material biológico e eventos adversos para pacientes.

Newcomb<sup>20</sup>(B) realizou um estudo com 205 empregados selecionados para depressão usando o Questionário de Saúde do Paciente de nove itens (*nine item Patient Health Questionnaire – PHQ-9*). O rastreamento para depressão foi associado com um aumento do diagnóstico de depressão em comparação com grupo o controle (30% versus 4%, P <0,001). Houve diferença significativa na necessidade de restrição de atividade em ambiente de trabalho sendo reduzida para 97 dias para os funcionários rastreados em comparação com 159 dias para os controles (P <0,001). Dessa forma, o rastreamento de depressão foi associado com menor chance de receber restrições temporárias de trabalho com OR = 0,55 (IC 95% 0,38-0,78) ou restrições permanentes com OR = 0,35 (IC 95% 0,23-0,52). Este estudo demonstrou a repercussão em trabalhadores da presença de sintomas depressivos significativos sobre necessidade de adaptação de atividade em ambiente de trabalho.

Lexis<sup>31</sup>(**B**) realizou estudo observacional que examinou a relação entre presença de sintomas depressivos significativos e percepção de saúde. O estudo foi realizado entre funcionários que trabalham em uma grande empresa bancária. O instrumento de rastreamento continha quatro perguntas sobre os resultados da experiência de queixas de saúde e ajuda na busca de comportamento em saúde. De todos os funcionários que responderam ao instrumento de rastreio, 13,3% foram identificados com alto risco de ausência de doença no futuro e 8,3% foram identificados com queixas depressivas leves a graves. Dos funcionários identificados com alto risco de ausência por doença, 48% relataram ter reclamações sobre a sua própria saúde, em comparação com 20% dos funcionários identificados sem risco. As queixas sobre a sua própria saúde em funcionários identificados com queixas depressivas foram maiores (57%), em comparação com 21% dos funcionários sem queixas depressivas. Este estudo e outros selecionados<sup>30</sup> nessa diretriz demonstraram a repercussão em trabalhadores da presença de sintomas depressivos significativos em relação a percepção de saúde no trabalho.

Neste subgrupo de artigos, foi avaliado o impacto da depressão em ambiente de trabalho em 19 estudos de prognóstico realizados na população trabalhadora. Em oito estudos, foram avaliados o impacto dos sintomas depressivos significantes sobre o presenteísmo e produtividade<sup>23,24,26-29,33,34</sup>(**B**). Em seis estudos, foram analisados o impacto da depressão sobre absenteísmo<sup>18,19,27,28,32,34</sup>(**B**). Em cinco estudos, foram avaliados o impacto dos sintomas depressivos significantes sobre o afastamento laboral de longo prazo<sup>17,21,22,25,26</sup>(**B**). Em outros quatro estudos, foram analisados o impacto da depressão sobre outros desfechos como acidente de trajeto, acidentes de trabalho, restrição de atividade laboral, percepção de saúde no trabalho e eventos adversos em pacientes<sup>16,20,30,31</sup>(**B**).

O compilado destes estudos demonstra a abrangência da repercussão, em ambiente de trabalho, dos sintomas depressivos significantes sobre desfechos ocupacionais determinando impacto relevante em trabalhadores no presenteísmo, absenteísmo, afastamento prolongado, acidente de trabalho, acidente de trajeto, restrição de atividade, percepção de saúde no trabalho e eventos adversos para pacientes.

### **3. RASTREAMENTO DA DEPRESSÃO EM TRABALHADORES ASSOCIADO AO TRATAMENTO**

Os estudos selecionados envolveram ensaios clínicos ou revisões sistemáticas<sup>35,45,58</sup>(A) de intervenções com potencial de melhorar os sintomas depressivos e outros desfechos ocupacionais de interesse. Os estudos selecionados envolveram tratamento farmacológico com antidepressivos<sup>35,38,63</sup>(A), terapia ocupacional<sup>48,61</sup>(A), psicoeducação<sup>51,56,62</sup>(A), terapia cognitiva comportamental ou outras modalidades de psicoterapia com psicoterapeuta presencial<sup>43,54,55</sup>(A) ou por telefone<sup>38,40,47,52,53,57,60</sup>(A),<sup>59</sup>(B), intervenções multifacetadas<sup>49,50,52</sup>(A), uso de ferramentas automatizadas online com conteúdo heterogêneo, estas em geral com base em princípios da terapia cognitiva comportamental, psicoeducação, auto-ajuda e outros conteúdos diversos como técnicas de relaxamento ou meditação associado a um rastreamento prévio de sintomas de depressão<sup>36,37,39,41,42,44,46</sup>(A).

Lee<sup>35</sup>(A) realizou uma revisão sistemática publicada em 2018 de ensaios clínicos que analisou o impacto do tratamento farmacológico de depressão sobre desfechos ocupacionais como funcionalidade no trabalho e absenteísmo. Os trabalhos selecionados cumpriram critérios definidos de seleção: População adulta com depressão maior, submetidos à intervenção farmacológica com antidepressivos, em ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos, com placebo ou intervenção comparativa, com desfechos de funcionalidade no trabalho ou absenteísmo avaliados de forma quantitativa com

instrumentos padronizados. A análise de treze ensaios clínicos comparativos com placebo e quatro ensaios clínicos comparativos com outras intervenções relataram a eficácia de antidepressivos sobre medidas subjetivas de comprometimento no local de trabalho. O tratamento com antidepressivos melhorou as medidas padronizadas de funcionamento no local de trabalho. O estudo sugere que o tratamento farmacológico por antidepressivos repercute positivamente na produtividade em ambiente de trabalho.

Tan<sup>45</sup>(A) realizou uma revisão sistemática publicada em 2014 que selecionou ensaios clínicos randomizados sobre intervenções no local de trabalho que relatavam resultados sobre saúde mental para indivíduos com depressão. Os estudos selecionados comparam pelo menos dois grupos diferentes de intervenção alocados aleatoriamente com pelo menos um sendo um grupo de controle ou lista de espera. Os participantes dos estudos deveriam ser adultos em idade ativa (18 a 65 anos) que pertenciam a um grupo de trabalho. Observou-se que a maioria dos estudos incluídos utilizaram técnicas de terapia cognitiva comportamental (TCC). A diferença média padronizada (SMD) global entre os grupos intervenção e controle foi de 0,16 (IC95%: 0,07 - 0,24, P = 0,0002), indicando um efeito positivo. Uma análise separada usando apenas intervenções baseadas em terapia cognitiva comportamental (TCC) gerou uma diferença significativa de 0,12 (IC95%: 0,02 - 0,22, P = 0,01). Os resultados indicam que uma série de diferentes programas de intervenção sobre a depressão produzem efeitos positivos no ambiente de trabalho. Quando analisadas, separadamente, as intervenções baseadas na TCC, distribuídas universalmente, reduziram significativamente os níveis de sintomas depressivos entre os trabalhadores. Estes resultados demonstram que intervenções apropriadas baseadas em psicoterapia no local de trabalho devem fazer parte dos esforços para intervir sobre a depressão. Outros ensaios clínicos selecionados nessa diretriz analisaram a aplicação em ambiente ocupacional da psicoterapia presencial, individual ou em grupo, isolada ou

em conjunto com outras intervenções<sup>43,48,-51,54,55,60,61,62</sup>(A), por telefone<sup>38,40,47,52,53,57,60</sup>(A)<sup>59</sup>(B), via web<sup>36,37,39,41,42,44,46</sup>(A). Essas constatações estão de acordo com outras revisões sistemáticas sobre o tema publicadas recentemente<sup>64-67</sup>(A). Em meta análise publicada em 2019 por Nigatu<sup>67</sup>(A) o benefício de intervenções baseadas em TCC e não baseadas em TCC apresentaram tamanho de efeito pequeno a médio com diferenças médias padronizadas (SMD) significantes e respectivamente em -0.44 (95% IC -0.61 a -0.26, I<sup>2</sup>=62.1%) e em -0.32 (95% IC -0.59 a -0.06, I<sup>2</sup>=58%).

Martin<sup>58</sup>(A) realizou uma revisão sistemática publicada em 2009 que selecionou artigos que versavam sobre intervenções no local de trabalho que relatavam resultados em saúde mental para indivíduos com depressão e com ansiedade. O desfecho primário foi os escores das medidas de depressão, ansiedade ou saúde mental composta usadas como ferramentas de triagem para essas condições. A intervenção multimodal teve como alvo a saúde mental, direta ou indiretamente, através de programa de promoção da saúde mental no local de trabalho que atuasse sobre um fator de risco conhecido para depressão ou ansiedade, como tabagismo, doença crônica, abuso de substâncias, obesidade, inatividade física e clima organizacional. No total, vinte e dois estudos atenderam aos critérios de inclusão, com amostra total de 3409 funcionários pós-intervenção, sendo que 17 desses estudos foram incluídos em meta análise. Os resultados agrupados indicaram efeitos globais pequenos, mas positivos, das intervenções em relação aos sintomas de depressão com diferenças médias padronizadas (SMD) de SMD = 0,28 (IC 95% 0,12–0,44) e ansiedade com SMD = 0,29 (IC 95% 0,06–0,51). Este estudo sugere que intervenção multimodal sobre organização de trabalho integrante de um programa de promoção da saúde mental no local de trabalho melhora desfechos clínicos em indivíduos com depressão. Esse achado é consistente com os resultados de uma revisão sistemática publicada em 2014 acerca do benefício positivo na redução de sintomas de depressão de intervenções ocupacionais baseadas em exercício físico<sup>68</sup>(B).

Smith<sup>63</sup>(A) realizou ensaio clínico sobre impacto de serviço de atenção primária em saúde sobre desfechos ocupacionais. A intervenção consistia em “cuidado otimizado” em que os provedores de saúde (médicos e enfermeiros) direcionavam o tratamento em concordância com as recomendações da diretriz da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). O controle consistia em cuidados habituais para os participantes do estudo. Dos 262 pacientes na amostra de base elegíveis para esta análise, 219 (83,6%) foram acompanhados em um ano. Os desfechos ocupacionais analisados foram empregabilidade/rotatividade e clima organizacional. A intervenção aumentou significativamente a empregabilidade com 10,1% ( $p = 0,04$ , IC90%: 2,8-17,4%) e reduziu o desemprego com 4,3% (IC90% 1,2-7,4%). Ademais, entre os participantes sobre cuidados otimizados, houve uma probabilidade significativamente menor de relato de conflitos no local de trabalho (8,1% vs. 18,9%,  $p = 0,04$ ). Este estudo sugere que a incorporação da lógica de atenção primária com treinamento de médicos e de enfermeiros melhora desfechos ocupacionais em indivíduos com depressão determinando, assim, a repercussão da intervenção sobre empregabilidade, rotatividade e clima organizacional.

Nesse sentido, o compilado destes estudos demonstra que o rastreamento da depressão por questionário validado pode ser seguido de intervenções terapêuticas, presenciais ou à distância, com benefício sobre desfechos clínicos e ocupacionais, independente do trabalhador estar ativo ou afastado, de possuir antecedente ou não de episódio depressivo. O conjunto de intervenções reflete a natureza multifatorial da depressão e a necessidade de intervenções igualmente abrangentes.

---

## DISCUSSÃO

---

Para avaliarmos a importância do rastreamento da depressão, especificamente, dos trabalhadores (em ambiente ocupacional), bem como seus desdobramentos em medidas terapêuticas eficazes e seguras, será necessário superar algumas barreiras e conceitos que dificultam não só o entendimento do cenário, mas também a geração e/ou a interpretação da evidência científica disponível.

A extrapolação, a partir de dados e informação científica, sobre rastreamento da depressão a partir da população geral para a população de trabalhadores, tendo por base a proximidade entre os índices de prevalência dessas duas populações mostra-se insuficiente. Isto ocorre, pois, os mecanismos de geração, manutenção, recorrência da depressão em trabalhadores apesar de similares apresentam aspectos próprios a esfera ocupacional e, conseqüentemente, as medidas de intervenção apresentam nuances específicas. Além disso, devido a essa extrapolação há uma nítida acomodação do meio científico na geração de ensaios randomizados comparando rastrear ou não rastrear depressão na população ocupacional, o que naturalmente reduz a força da evidência disponível sustentando o rastreamento entre trabalhadores.

Ao mesmo tempo, há uma preocupação infundada de que o rastreio seja utilizado como medida de seleção admissional ou para orientar ações pós admissionais centradas em custo produzindo óbvio prejuízo ou redução da atenção centrada no cuidado ao trabalhador.

Nesse sentido, na evidência específica sobre depressão em ambiente de trabalho há ainda a presença de vieses, como por exemplo a difícil individualização de populações exclusivas de pacientes depressivos e não depressivos nas ações

de rastreio, prevenção e tratamento assim como a presença de outros tratamentos concomitantes às intervenções dos estudos.

No entanto, é possível construirmos, indiretamente, uma adequada avaliação da importância do rastreamento da depressão em trabalhadores sustentado por dados de prevalência, impacto da depressão em desfechos ocupacionais, e resposta (eficácia e segurança) a modalidades de tratamento farmacológico e não farmacológico em ambiente de trabalho.

Dessa forma, apesar de não haver coortes experimentais (ECR) comparando rastrear e não rastrear populações de trabalhadores como há em população não ocupacional, podemos constatar que a evidência disponível sobre o manejo da depressão entre os trabalhadores por meio do rastreamento ativo e pela oferta de tratamento aos diagnosticados pode ser considerada de força moderada de evidência científica baseada em coortes observacionais e ensaios clínicos randomizados.

Entre as intervenções reconhecidas, cita-se tratamento farmacológico por antidepressivos, psicoterapia (presencial ou à distância), intervenção multimodal sobre organização de trabalho e serviço de atenção primária centrada no cuidado ao trabalhador.

Assim, constata-se que a população de pacientes depressivos entre os trabalhadores é sub diagnosticada em um ambiente no qual o trabalhador busca, com ou sem atenção psicológica, manter-se em atividade sem que seu problema seja percebido. Em contrapartida a supervisão desses trabalhadores não percebe os sinais indiretos ou mesmo diretos da já presença de depressão, e se percebe, por não saber lidar com a situação, não toma medidas de intervenção, deixando assim de gerar benefícios em desfechos ocupacionais como presenteísmo, absenteísmo, afastamento prolongado, acidente de trabalho, acidente de trajeto, restrição de atividade, percepção de saúde e eventos adversos para pacientes.

## RECOMENDAÇÃO

O rastreamento da depressão em trabalhadores é recomendável dado sua elevada prevalência e diante do sub diagnóstico no ambiente ocupacional. Há evidências de que a depressão em trabalhadores produz impacto relevante em indicadores ocupacionais e na geração de comorbidades, sendo assim, recomendável seu diagnóstico e identificação precoces, que também permitam intervenções específicas incluindo ações sobre fatores de risco para a depressão no trabalho.

Dessa forma, o rastreamento da depressão necessita ser seguido de confirmação diagnóstica e medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas sendo o benefício e segurança constatados em desfechos ocupacionais como presenteísmo, absenteísmo, afastamento prolongado, acidente de trabalho, acidente de trajeto, restrição de atividade, percepção de saúde e eventos adversos para pacientes.

Sobre rastreamento, constata--se diversos instrumentos para rastreamento ou diagnóstico de depressão já validados para utilização em ambiente ocupacional. Sobre as intervenções reconhecidas, cita-se tratamento farmacológico por antidepressivos, psicoterapia (presencial ou a distância), intervenção multimodal sobre organização de trabalho e serviço de atenção primária centrada no cuidado ao trabalhador.

As constatações e conclusões dessa diretriz estão de acordo com revisões sistemáticas publicadas sobre o tema<sup>35,45,58,62,63,64</sup>.

---

## REFERÊNCIAS

---

1. Public Health Agency of Canada Mood disorders. In: The human face of mental health and mental illness in Canada 2006. Ottawa (ON): The Agency; 2006. p. 57-70 Available: [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-human06/index-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-human06/index-eng.php).
2. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition Text revision. Washington (DC): The Association; 2000
3. Buckman JEJ, Underwood A, Clarke K, Saunders R, Hollon SD, Fearon P et al. Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical psychology review*; 2018
4. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS., Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults? *PNS 2013. Revista de saude publica* 2017, 51, 8s.
5. Silva MT, Galvao TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014 Sep;36(3):262-70.
6. Anuario Estatístico da Previdência Social, Ministerio da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informacoes da Previdência. Anuario Estatístico da Previdência Social 2016. Brasilia: MF/DATAPREV.
7. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med.* 2017 Mar;74(4):301-310.
8. Oenning NSX, Ziegelmann PK, Goulart BNG, Niedhammer I. Occupational factors associated with major depressive disorder: A Brazilian population-based study. *J Affect Disord.* 2018 Nov;240:48-56.
9. US Preventive Services Task Force recommendation statement Screening for depression in adults. *Ann Intern Med* 2009;151: 784-92
10. Åhlin JK, Rajaleid K, Jansson-Fröjmark M, Westerlund H, Magnusson Hanson LL. Job demands, control and social support as predictors of trajectories of depressive symptoms. *J Affect Disord* 2018; 235: 535-543. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.067. PMID: 29689506.
11. Nakamura-Taira N, Izawa S, Yamada KC. Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese workers: A cross-sectional study. *Psychiatry Res* 2018; 262: 221-228. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.090. PMID: 29471260.
12. Nieuwenhuijsen K, Sluiter JK, Dewa CS. Need for Recovery as an Early Sign of Depression Risk in a Working Population. *J Occup Environ Med* 2016; 58: e350-e354. PMID: 27820770.

13. Wang J, Lam RW, Ho K, Attridge M, Lashewicz BM, Patten SB, et al. Preferred Features of E-Mental Health Programs for Prevention of Major Depression in Male Workers: Results From a Canadian National Survey. *J Med Internet Res* 2016; 18: e132. doi: 10.2196/jmir.5685. PMID: 27267782.
14. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Brouwers EP, Homans WA, Emons WH, van der Feltz-Cornelis CM. Validation of the Patient Health Questionnaire-9 for Major Depressive Disorder in the Occupational Health Setting. *J Occup Rehabil* 2016; 26: 237-44. doi: 10.1007/s10926-015-9607-0. PMID: 26377480.
15. Wada K, Tanaka K, Theriault G, Satoh T, Mimura M, Miyaoka H, et al. Validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale as a screening instrument of major depressive disorder among Japanese workers. *Am J Ind Med* 2007; 50: 8-12. PMID: 17096372.
16. Weaver MD, Vetter C, Rajaratnam SMW, O'Brien CS, Qadri S, Benca RM, et al. Sleep disorders, depression and anxiety are associated with adverse safety outcomes in healthcare workers: A prospective cohort study. *J Sleep Res* 2018: e12722. doi: 10.1111/jsr.12722. [Epub ahead of print] PMID: 30069960.
17. Porru F, Burdorf A, Robroek SJW. The impact of depressive symptoms on exit from paid employment in Europe: a longitudinal study with 4 years follow-up. *Eur J Public Health* 2018. doi: 10.1093/eurpub/cky136. [Epub ahead of print]. PMID: 30052918.
18. Lamichhane DK, Heo YS, Kim HC. Depressive symptoms and risk of absence among workers in a manufacturing company: a 12-month follow-up study. *Ind Health* 2018; 56:187-197. doi: 10.2486/indhealth.2017-0065. PMID: 29225216.
19. Vendrig AA, Schaafsma FG. Reliability and Validity of the Work and Well-Being Inventory (WBI) for Employees. *J Occup Rehabil* 2018; 28: 377-390. doi: 10.1007/s10926-017-9729-7. PMID: 28887747.
20. Newcomb RD, Steffen MW, Breeher LE, Sturchio GM, Murad MH, Wang Z, et al. Screening for depression in the occupational health setting. *Occup Med (Lond)* 2016; 66: 390-3. doi: 10.1093/occmed/kqw043. PMID: 27154983.
21. van Hoffen MF, Joling CI, Heymans MW, Twisk JW, Roelen CA. Mental health symptoms identify workers at risk of long-term sickness absence due to mental disorders: prospective cohort study with 2-year follow-up. *BMC Public Health* 2015; 15: 1235. doi: 10.1186/s12889-015-2580-x. PMID: 26655203.
22. Torske MO, Hilt B, Bjørngaard JH, Glasscock D, Krokstad S. Disability pension and symptoms of anxiety and depression: a prospective comparison of farmers and other occupational groups. The HUNT Study, Norway. *BMJ Open* 2015; 5: e009114. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009114. PMID: 26525724.
23. Rose U, March S, Ebener M, du Prel JB. Cut-off values for the applied version of the Beck Depression Inventory in a general working population. *J Occup Med Toxicol* 2015; 10: 24. doi: 10.1186/s12995-015-0067-4. PMID: 26191076.
24. Asami Y, Goren A, Okumura Y. Work productivity loss with depression, diagnosed and undiagnosed, among workers in an Internet-based survey conducted in Japan. *J Occup Environ Med* 2015; 57: 105-10. doi: 10.1097/JOM.0000000000000310. PMID: 25563547.

25. Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivekäs T, et al. Return to work after depression-related absence by employees with and without other health conditions: a cohort study. *Psychosom Med* 2015; 77: 126-35. doi: 10.1097/PSY.000000000000138. PMID: 25675157.
26. Wang YP, Gorenstein C. Attitude and impact of perceived depression in the workplace. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 6021-36. doi: 10.3390/ijerph110606021. PMID: 24914639.
27. Jain G, Roy A, Harikrishnan V, Yu S, Dabbous O, Lawrence C. Patient-reported depression severity measured by the PHQ-9 and impact on work productivity: results from a survey of full-time employees in the United States. *J Occup Environ Med* 2013; 55: 252-8. doi: 10.1097/JOM.0b013e31828349c9. PMID: 23439268.
28. Woo JM, Kim W, Hwang TY, Frick KD, Choi BH, Seo YJ, et al. Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value Health* 2011; 14: 475-82. doi: 10.1016/j.jval.2010.11.006. PMID: 21669372.
29. Harvey SB, Glozier N, Henderson M, Allaway S, Litchfield P, Holland-Elliott K, et al. Depression and work performance: an ecological study using web-based screening. *Occup Med (Lond)* 2011; 61: 209-11. doi: 10.1093/occmed/kqr020. PMID: 21525074.
30. Munir F, Burr H, Hansen JV, Rugulies R, Nielsen K. Do positive psychosocial work factors protect against 2-year incidence of long-term sickness absence among employees with and those without depressive symptoms? A prospective study. *J Psychosom Res* 2011; 70: 3-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.09.014. PMID: 21193095.
31. Lexis MA, Jansen NW, Stevens FC, van Amelsvoort LG, Kant I. Experience of health complaints and help seeking behavior in employees screened for depressive complaints and risk of future sickness absence. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 537-46. doi: 10.1007/s10926-010-9244-6. PMID: 20467796.
32. Lexis MA, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van den Brandt PA, Kant I. Depressive complaints as a predictor of sickness absence among the working population. *J Occup Environ Med* 2009; 51: 887-95. doi: 10.1097/JOM.0b013e3181aa012a. PMID: 19625974.
33. Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKeenas DK, Pronk NP, Simon GE, et al. Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1885-91. PMID: 15465987.
34. Druss BG, Schlesinger M, Allen HM Jr. Depressive symptoms, satisfaction with health care, and 2-year work outcomes in an employed population. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 731-4. PMID: 11329394.
35. Lee Y, Rosenblat JD, Lee J, Carmona NE, Subramaniapillai M, Shekotikhina M, et al. Efficacy of antidepressants on measures of workplace functioning in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord* 2018; 227: 406-415. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.003. PMID: 29154157.
36. Beiwinkel T, Eißing T, Telle NT, Siegmund-Schultze E, Rössler W. Effectiveness of a Web-Based Intervention in Reducing Depression and Sickness Absence: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2017; 19: e213. doi: 10.2196/jmir.6546. PMID: 28619701.

37. Hirsch A, Luellen J, Holder JM, Steinberg G, Dubiel T, Blazejowskyj A, et al. Managing Depressive Symptoms in the Workplace Using a Web-Based Self-Care Tool: A Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc* 2017; 6: e51. doi: 10.2196/resprot.7203. PMID: 28377368.
38. Sarfati D, Stewart K, Woo C, Parikh SV, Yatham LN, Lam RW. The effect of remission status on work functioning in employed patients treated for major depressive disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2017; 29: 11-16. PMID: 27901522.
39. Imamura K, Kawakami N, Furukawa TA, Matsuyama Y, Shimazu A, Umanodan R, et al. Does Internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT) prevent major depressive episode for workers? A 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2015; 45:1907-17. doi: 10.1017/S0033291714003006. PMID: 25562115.
40. Lerner D, Adler DA, Rogers WH, Chang H, Greenhill A, Cymerman E, et al. A randomized clinical trial of a telephone depression intervention to reduce employee presenteeism and absenteeism. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 570-7. doi: 10.1176/appi.ps.201400350. PMID: 25726984.
41. Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, Beekman AT, Brouwers EP, Emons WH, et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2015; 17: e116. doi: 10.2196/jmir.4097. PMID: 25972279.
42. Imamura K, Kawakami N, Furukawa TA, Matsuyama Y, Shimazu A, Umanodan R, et al. Effects of an internet-based cognitive behavioral therapy intervention on improving work engagement and other work-related outcomes: an analysis of secondary outcomes of a randomized controlled trial. *J Occup Environ Med* 2015; 57: 578-84. doi: 10.1097/JOM.0000000000000411. PMID: 25749132.
43. Kröger C, Bode K, Wunsch EM, Kliem S, Grochowski A, Finger F. Work-related treatment for major depressive disorder and incapacity to work: preliminary findings of a controlled, matched study. *J Occup Health Psychol* 2015; 20: 248-58. doi: 10.1037/a0038341. PMID: 25402222.
44. Geraedts AS, Kleiboer AM, Twisk J, Wiezer NM, van Mechelen W, Cuijpers P. Long-term results of a web-based guided self-help intervention for employees with depressive symptoms: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2014; 16: e168. doi: 10.2196/jmir.3539. PMID: 25008127.
45. Tan L, Wang MJ, Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Harvey SB. Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Med* 2014; 12: 74. doi: 10.1186/1741-7015-12-74. PMID: 24886246.
46. Phillips R, Schneider J, Molosankwe I, Leese M, Foroushani PS, Grime P, et al. Randomized controlled trial of computerized cognitive behavioural therapy for depressive symptoms: effectiveness and costs of a workplace intervention. *Psychol Med* 2014; 44: 741-52. doi: 10.1017/S0033291713001323. PMID: 23795621.

47. Lam RW, Parikh SV, Ramasubbu R, Michalak EE, Tam EM, Axler A, et al. Effects of combined pharmacotherapy and psychotherapy for improving work functioning in major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 358-65. doi: 10.1192/bjp.bp.112.125237. PMID: 24029535.
48. 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: 252-60. doi: 10.1136/oemed-2012-100789. PMID: 23117218.
49. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, et al. Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occup Environ Med* 2013; 70: 223-30. doi: 10.1136/oemed-2012-100793. PMID: 23112266.
50. Raiskila T, Blanco Sequeiros S, Kiuttu J, Kauhanen ML, Läksy K, Vainiemi K, et al. The Impact of an Early Eclectic Rehabilitative Intervention on Symptoms in First Episode Depression among Employed People. *Depress Res Treat* 2013; 2013: 926562. doi: 10.1155/2013/926562. PMID: 24324883.
51. Ahola K, Vuori J, Toppinen-Tanner S, Mutanen P, Honkonen T. Resource-enhancing group intervention against depression at workplace: who benefits? A randomised controlled study with a 7-month follow-up. *Occup Environ Med* 2012; 69: 870-6. doi: 10.1136/oemed-2011-100450. PMID: 22718708.
52. Lerner D, Adler D, Hermann RC, Chang H, Ludman EJ, Greenhill A, et al. Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *J Occup Environ Med* 2012; 54: 128-35. doi: 10.1097/JOM.0b013e31824409d8. PMID: 22252528.
53. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, Kadota M, Sasaki M, Sekiya Y, et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012; 7: e35330. doi: 10.1371/journal.pone.0035330. PMID: 22532849.
54. Sandahl C, Lundberg U, Lindgren A, Rylander G, Herlofson J, Nygren A, et al. Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: a one-year follow-up study. *Int J Group Psychother* 2011; 61: 539-55. doi: 10.1521/ijgp.2011.61.4.538. PMID: 21985258.
55. Lexis MA, Jansen NW, Huibers MJ, van Amelsvoort LG, Berkouwer A, Tjin A Ton G, et al. Prevention of long-term sickness absence and major depression in high-risk employees: a randomised controlled trial. *Occup Environ Med* 2011; 68: 400-7. doi: 10.1136/oem.2010.057877. PMID: 20924024.
56. Farzanfar R, Locke SE, Heeren TC, Stevens A, Vachon L, Thi Nguyen MK, et al. Workplace telecommunications technology to identify mental health disorders and facilitate self-help or professional referrals. *Am J Health Promot* 2011; 25: 207-16. doi: 10.4278/ajhp.100118-QUAN-14. PMID: 21192751.

57. Bee PE, Bower P, Gilbody S, Lovell K. Improving health and productivity of depressed workers: a pilot randomized controlled trial of telephone cognitive behavioral therapy delivery in workplace settings. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 337-40. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.01.006. PMID: 20430241.
58. Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35: 7-18. PMID: 19065280.
59. Nakao M, Nishikitani M, Shima S, Yano E. A 2-year cohort study on the impact of an Employee Assistance Programme (EAP) on depression and suicidal thoughts in male Japanese workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2007; 81: 151-7. PMID: 17492306.
60. Wang PS, Simon GE, Avorn J, Azocar F, Ludman EJ, McCulloch J, Petukhova MZ, et al. Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 298: 1401-11. PMID: 17895456.
61. Schene AH, Koeter MW, Kikkert MJ, Swinkels JA, McCrone P. Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychol Med* 2007; 37: 351-62. PMID: 17112401.
62. Mino Y, Babazono A, Tsuda T, Yasuda N. Can stress management at the workplace prevent depression? A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 177-82. PMID: 16636633.
63. Smith JL, Rost KM, Nutting PA, Libby AM, Elliott CE, Pyne JM. Impact of primary care depression intervention on employment and workplace conflict outcomes: is value added? *J Ment Health Policy Econ* 2002; 5: 43-9. PMID: 12529569.
64. Yunus WMAWM, Musiat P, Brown JS. (2018). Systematic review of universal and targeted workplace interventions for depression. *Occup Environ Med*, 75(1), 66-75.
65. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine*, 46(4), 683-697.
66. Carolan S, Harris PR, Cavanagh K. (2017). Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of medical Internet research*, 19(7).
67. Nigatu YT, Huang, J, Rao S, Gillis K, Merali Z, Wang J. (2019). Indicated Prevention Interventions in the Workplace for Depressive Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 56(1), e23-e33.
68. Chu AHY, Koh D, Moy FM, Müller-Riemenschneider F. (2014). Do workplace physical activity interventions improve mental health outcomes? *Occupational Medicine*, 64(4), 235-245.
69. Oxford Centre for Evidence-based medicine – Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: Levels of Evidence and Grades of Recommendations - Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Disponível em URL: [http://cebmr2.ox.ac.uk/docs/old\\_levels.htm](http://cebmr2.ox.ac.uk/docs/old_levels.htm).
70. Goldet G, Howick J. Understanding GRADE: an introduction. *J Evid Based Med* 2013; 6:50-4.

---

## ANEXO I

---

### 1. Dúvida Clínica

O rastreamento da depressão em trabalhadores é necessário?

E o tratamento é eficaz e seguro?

### 2. Pergunta estruturada

A pergunta de pesquisa foi organizada segundo o acrônimo PICO (P de população ou problema, I de intervenção ou indicador, C de controle ou comparação e O de desfecho ou “outcome”). A partir do formato PICO, dos descritores de ciência da saúde (MeSH terms) e seus sinônimos, foram definidas as estratégias de busca para cada base de dados.

<b>P</b>	paciente adulto em ambiente ocupacional (trabalhador) com ou sem sintomas atuais de depressão
<b>I</b>	rastreamento e/ou tratamento da depressão em ambiente de trabalho
<b>C</b>	medidas habituais ou nenhuma intervenção
<b>O</b>	função, ausência ou afastamento do trabalho, recorrência, retorno ao trabalho

### **3. Critérios de elegibilidade**

#### **3.1. Inclusão**

1. Elementos do PICO
2. Ensaio clínico randomizado; estudos coortes observacionais; estudos transversais; revisão sistemática com ou sem meta-análise (a mais recente)
3. Sem restrição a idioma e período
4. Texto completo ou resumo com dados

#### **3.2. Exclusão**

1. População fora do ambiente ou escopo ocupacional
2. Tratamento ou aderência ao tratamento da depressão
3. Trabalhos avaliando fatores de risco para a depressão
4. Trabalhos avaliando stress, burnout, ansiedade, insônia, saúde mental
5. Validação de instrumentos diagnósticos
6. Avaliação de qualidade de ambiente ocupacional
7. Modelos de custo benefício ou efetividade

## **4. Busca de Artigos**

### **4.1. Bases de Dados**

Medline, EMBASE, CENTRAL Cochrane. Busca manual e cinzenta.

### **4.2. Estratégia de Pesquisa**

#1 (Depression\* OR Depressive OR Depressive disorder) AND (screening OR questionnaire\* OR score\* OR scale\* OR tool\* OR survey\*) AND (Worker OR Workplace OR Workplaces OR Work OR Job OR Worksite OR Employment OR Occupation\* OR Occupational OR Industry OR Occupational diseases) - 19.850 trabalhos.

#2 (Depression\* OR Depressive OR Depressive disorder) AND (Worker OR Workplace OR Workplaces OR Work OR Job OR Worksite OR Employment OR Occupation\* OR Occupational OR Industry OR Occupational diseases)))) AND random\* - 4.062 trabalhos.

## **5. Avaliação Crítica**

A evidência selecionada foi submetida à classificação segundo Oxford Centre for Evidence-based medicine – Levels of Evidence (March 2009)<sup>69</sup>, sendo inserido junto às referências os graus de recomendação A ou B.

## **6. Método de Extração e Análise dos resultados**

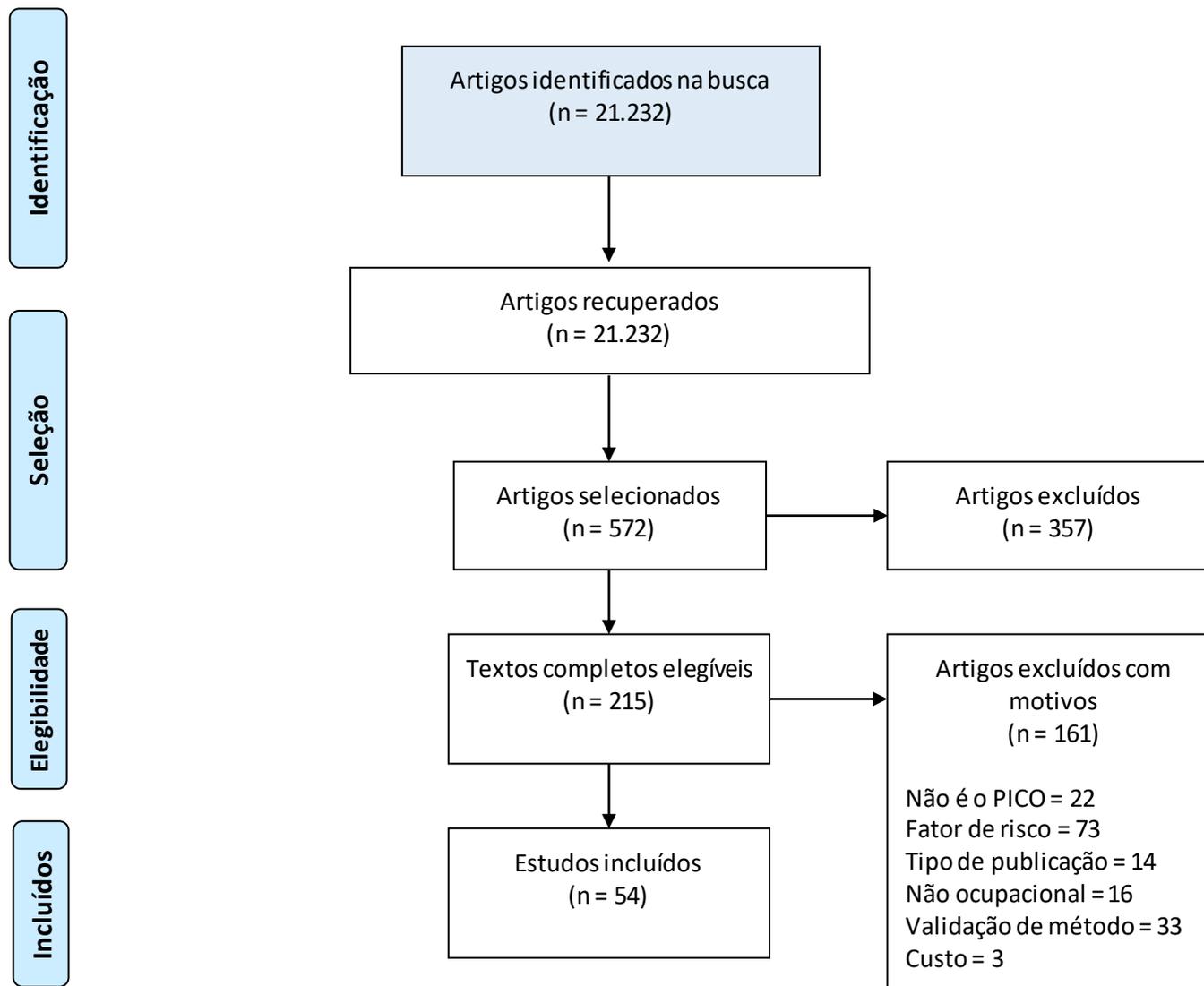
De cada evidência incluída foram extraídos os dados necessários para sustentar por meio de um texto as recomendações para responder à dúvida clínica atendendo às características dos pacientes, das intervenções e comparações, e aos desfechos definidos nos critérios de elegibilidade.

## **7. Resultados**

Dessa forma, foram selecionados para sustentar a diretriz 54 trabalhos sendo 25 ensaios clínicos randomizados, 3 revisões sistemáticas, 12 estudos transversais e 14 estudos coortes observacionais. A evidência científica incluída para sustentar as recomendações está exposta em três subgrupos para fins didáticos de discussão, sendo que o conteúdo de cada artigo não se limita necessariamente a uma única categoria:

1. Importância da depressão em trabalhadores baseada no rastreamento e prevalência (6 trabalhos)10-15;
2. Importância da depressão em trabalhadores baseada em suas consequências (19 trabalhos)16-34
3. Rastreamento da depressão agregado à eficácia e segurança de propostas de tratamento (29 trabalhos)35-63.

**Figura 1 Fluxo da informação com as diferentes fases da revisão sistemática.**



## 1.1. Exposição dos resultados

Tabela 1. Estudos selecionados acerca do mapeamento da depressão em trabalhadores		
Autor	População	Principais resultados
Ahlin 2018 <sup>10</sup>	Dados pertencentes ao estudo da Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health (SLOSH) de 6679 trabalhadores suecos de 16 a 64 em que foi aplicado questionários Symptom Checklist Core Depression (SCL-CD6), Hopkins Symptom Checklist (HSCL), Demand-Control-Support-Questionnaire (DCSQ) entre 2006 e 2014 a cada 2 anos.	1336 trabalhadores mantiveram ao longo dos anos sintomas muito leves de depressão (score 0-6). 3299 trabalhadores mantiveram sintomas leves persistentes (score 7-9). 995 evoluíram de sintomas limítrofes para depressão leve (score 10-11). 588 apresentaram depressão moderada persistente (score 12-15). 94 apresentaram sintomas severos persistentes (score > 16). Houve associação significativa de alta demanda no trabalho e baixo suporte social tanto em população com sintomas persistentes leves (RR = 1,26 IC 95% 1,06 – 1,51) e população com sintomas severos persistentes (RR = 2,51 IC 95% 1,43 – 4,41).
Nakamura-Taira 2018 <sup>11</sup>	3718 trabalhadores japoneses voluntários de diversas atividades de trabalho preencheram questionário acerca de estresse (SUB scale), Kessler Psychological Distress Scale (K6), e uma avaliação de conhecimento de depressão através de vinheta.	Subestimar o estresse possui associação positiva com a falha de reconhecimento dos sintomas de depressão, de conhecimento acerca da doença, de expectativa de resolução espontânea da depressão, de negar a necessidade de suporte através de familiares, amigos, tratamento medicamentoso e psicoterapia.
Nieuwenhuijsen 2016 <sup>12</sup>	2219 trabalhadores voluntários de Ontário preencheram questionários por internet ou entrevista. Foram aplicados os questionários de necessidade de recuperação após o trabalho (Need for Recovery after Work - NFR), Patient Health Questionnaire (PHQ-8), Job Content Questionnaire.	Uma pontuação alta no NFR possui relação com sintomas mais severos de depressão (OR = 8.3 IC 95% 6.8 a 10.2). Não foi encontrado associação significativa de depressão com tensão no trabalho ou job strain (associação de alta demanda com baixo controle ocupacional). De 2068 trabalhadores, 800 apresentaram alta pontuação no NFR com uma média de depressão maior de 7,5 vs 2,7 em comparação com trabalhadores de menor pontuação no NFR.
Wang 2016 <sup>13</sup>	841 trabalhadores canadenses sem depressão foram avaliados por um algoritmo preditor de depressão maior em 4 anos.	511 considerados de alto risco para depressão e 330 de baixo risco após aplicação do algoritmo. Os trabalhadores de maior risco eram mais propensos a endossar a importância de acessar recursos de saúde na Internet do que os homens de baixo risco (83,4% vs. 75,0%, respectivamente; P = 0,01). Das 17 características diferentes avaliadas, as três principais características mais utilizadas pelos homens de alto risco foram: “informações sobre como melhorar o sono” (61,3%), “prática e exercício para ajudar a reduzir os sintomas de estresse e depressão” (59,5 %), e “ter acesso a informações e recursos de qualidade sobre questões de estresse no trabalho” (57,8%). A análise dos dados qualitativos revelou que questões de privacidade, estigma percebido, facilidade de navegação, relevância pessoal e falta de interação pessoal, tempo e conhecimento foram identificadas como barreiras ao uso de programas de saúde mental em homens trabalhadores que estavam em alto risco de depressão.

Volker 2016 <sup>14</sup>	170 trabalhadores em afastamento laboral de 4 a 26 semanas foram selecionados para validação do questionário PHQ-9 para depressão.	36 funcionários pontuaram positivamente para depressão. O valor de corte ótimo na pontuação do questionário é de 10 pontos, resultando em sensibilidade de 86,1%, especificidade de 78,4%.
Wada 2007 <sup>15</sup>	2219 trabalhadores, durante exame periódico ocupacional, responderam 2 questionários para depressão: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – CES-D) e o Mini International Neuropsychiatric Interview – MINI)	A nota de corte ótima do questionário nessa população foi de 19 pontos para rastreamento de depressão maior com sensibilidade de 92,7%, especificidade de 91,8%. Uma proporção de 9,5% dessa população apresentou CES-D acima de 19 pontos.

<b>Tabela 2. Estudos selecionados acerca do impacto da depressão em trabalhadores</b>		
Autor	Metodologia	Principais resultados
Weaver 2018 <sup>16</sup>	416 trabalhadores da área de saúde com um total de 1367 pessoas-mês foram avaliados com questionários para distúrbios de sono, para ansiedade e depressão, para eventos de acidente automobilístico ou com material biológico, de quase acidente e de erro médico.	2 de 5 participantes eram portadores de pelo menos 1 distúrbio do sono, sendo a insônia o mais comum seguido de apneia do sono, de síndrome das pernas inquietas e de transtorno relacionado ao trabalho em turno. 23 reportaram 1 acidente automobilístico, houveram 200 eventos de quase acidente automobilístico por 94 participantes, 66 acidentes com material biológico em 30 participantes. 75% dos erros médicos relatados foram atribuídos a privação de sono ou fadiga. Houve associação significativa entre o grupo portador de distúrbio do sono com eventos adversos de segurança ( $p = 0,001$ ) com aumento de 83% desses eventos. Depressão e ansiedade adicionaram de forma independente os eventos adversos em 63%. Não houve relação significativa entre distúrbios do sono e sintomas de ansiedade ou depressão. Indivíduos que apresentam distúrbios do sono e depressão ou ansiedade apresentam o triplo do risco para eventos adversos de segurança com RR = 2,97 (IC 95% 2,12 a 4,16) e de erro médico com RR 2,24 (IC 95% 1,42 a 3,55) e quase acidentes com RR 2,47 (IC 95% 1,62 a 3,47). 88% da população com distúrbios do sono seguia sem diagnóstico ou tratamento.
Porru 2018 <sup>17</sup>	5263 trabalhadores de 11 países europeus entre 50 anos e a idade de aposentadoria específica do país local foram avaliados prospectivamente por entrevistas após 2 e 4 anos. O estudo busca associação da pontuação de questionário para depressão EURO-D com saída de trabalho renumerado.	Para ambos os sexos, pontuação alta no EURO-D possui associação significativa com benefício por incapacidade com HR = 2,46 (IC 95% 1,68 a 3,60). Entre homens, sintomas depressivos possui associação não significativa de desemprego com HR 1,55 (IC 95% 0,94 a 2,57) e significativa entre mulheres com HR = 2,10 (IC 95% CI 1,17 a 3,77). 19% da população do estudo apresentou 4 ou mais sintomas de depressão.

Lamichhane 2017 <sup>18</sup>	2349 trabalhadores de fábrica foram avaliados prospectivamente por 1 ano. O estudo buscou associação entre sintomas depressivos utilizando questionário Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) com absenteísmo.	Para ambos os sexos, a presença de sintomas depressivos com pontuação no CES-D maior ou igual a 16 está associado a maiores chances de absenteísmo futuro com OR = 4.06 (IC 95% 2.32 a 7.11) em homens e OR = 1.75 (IC 95% 1.02–2.98) em mulheres.
Vendrig 2018 <sup>19</sup>	2514 trabalhadores participaram na validação do Work and Wellbeing Inventory (WBI).	A escala de depressão previu absenteísmo no trabalho futuro (> 6 semanas) por causa de um transtorno mental comum em trabalhadores saudáveis. A escala de estresse no trabalho e a escala de comportamento da doença previram o absenteísmo a longo prazo (> 3 meses) em trabalhadores com absenteísmo de curto prazo.
Newcomb 2016 <sup>20</sup>	205 trabalhadores foram selecionados e completaram o Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	O rastreamento para depressão foi associado com um aumento do diagnóstico de depressão em comparação com os controles (30 versus 4%, P <0,001). Não houve diferença significativa na duração da ausência no trabalho ou porcentagem assinaladas de restrições no local de trabalho. No entanto, a duração do trabalho restrito foi reduzida para 97 dias para os funcionários rastreados em comparação com 159 dias para os controles (P <0,001). O rastreamento de depressão foi associado com menor chance de receber restrições temporárias de trabalho com odds ratio OR = 0,55 (IC 95% 0,38 a 0,78) ou restrições permanentes com OR = 0,35 (IC 95% 0,23 a 0,52).
van Hoffen 2015 <sup>21</sup>	2782 trabalhadores dos correios foram avaliados prospectivamente em um período de 2 anos buscando associação entre sintomas relacionados a saúde mental com absenteísmo de longo prazo. Foram aplicados 2 questionários: Four-Dimensional Symptom Questionnaire e Maslach's Burnout Inventory.	Escores de sintomas de saúde mental de base foram significativamente associados com absenteísmo prolongado por adoecimento mental durante o seguimento de 2 anos. Sintomas de saúde mental não discriminaram entre trabalhadores dos correios com e sem absenteísmo prolongado devido a todas as causas. Os trabalhadores postais com absenteísmo prolongado por adoecimento mental apresentaram escores medianos mais elevados de angústia (40,5, intervalo interquartilico [IQR] 12,5 - 87,5), humor deprimido (25,0, IQR 0,0 - 50,0) e fadiga (40,0, IQR 20,0 - 68,0) do que trabalhadores postais sem transtornos mentais. Esses trabalhadores afastados durante o seguimento, apresentaram com pontuação de 25,0 (IQR 9,4 - 53,1; P <0,01), 0,0 (IQR 0,0 - 25,0; P <0,01) e 28,0 (IQR 8,0 - 48,0, P < 0,01) em sofrimento, humor deprimido e fadiga, respectivamente.
Torske 2015 <sup>22</sup>	O estudo buscou avaliar associação entre atividade rural e sintomas de depressão com benefício por incapacidade laboral. Participaram durante 14 anos (1985-2008), 29016 trabalhadores noruegueses de diferentes atividades ocupacionais com 3495 fazendeiros, todos menores de 62 anos e ativos. Aplicado o questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	Em comparação com população de alto nível educacional, fazendeiros apresentaram maior risco de benefício por incapacidade laboral HR 2.07 (95% IC 1.80 a 2.38). Fazendeiros com sintomas de depressão apresentam maior risco de benefício por incapacidade laboral HR 1.53 (95% IC 1.25 a 1.87) em comparação com fazendeiros sem sintomas de depressão. O mesmo ocorre em fazendeiros com sintomas de ansiedade com HR 1.51 (95% IC 1.23 a 1.86).

Rose 2015 <sup>23</sup>	O estudo avaliou associação entre sintomas de depressão e funcionalidade entre 6339 trabalhadores alemães ativos e nascidos em 1959 ou 1965 em atividades e carga horária não especificadas. Funcionários públicos e autônomos não foram incluídos no estudo. Foram aplicados o questionário Beck Depression Inventory (BDI-V) e 2 itens do Work Ability Index.	A discussão do estudo buscou definir pontuações no BDI-V associadas a perda de funcionalidade. Para homens, valores de corte entre 20 a 24 pontos estão associados a sensibilidade de 0,64 a 0,75 e especificidade de 0,64 a 0,75. Em mulheres, valores de corte entre 23 a 28 pontos estão associados a sensibilidade de 0,57 a 0,74 e especificidade de 0,60 a 0,74. O instrumento não define uma nota de corte associada a incapacidade e sim de perda de funcionalidade.
Asami 2015 <sup>24</sup>	O estudo buscou avaliar associação de severidade de depressão com absenteísmo, presenteísmo, perda de funcionalidade laboral e nas atividades cotidianas de 17820 trabalhadores japoneses. Foram utilizados os questionários Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e Work Productivity and Activity Impairment (WPAI).	1336 de 17820 ou 7,5% dos trabalhadores apresentaram pontuação acima de 10 no PHQ-9 e não diagnosticados, 346 diagnosticados com depressão apresentaram PHQ-9 > 10 pontos. Houve associação significativa entre pontuação no PHQ-9 > 10 com presenteísmo e perda de funcionalidade laboral e nas atividades cotidianas, porém não significativa com absenteísmo. Os efeitos na produtividade e absenteísmo foram maiores em população de não diagnosticados em comparação com diagnosticados.
Ervasti 2015 <sup>25</sup>	O estudo avaliou associação entre doença psiquiátrica presente ou recente e outras comorbidades com retorno ao trabalho de 9908 funcionários públicos finlandeses com pelo menos 1 episódio de absenteísmo por depressão entre 2005 a 2011. No total houve 14101 eventos de absenteísmo por depressão no período nesta população.	12486 ou 89% dos episódios de absenteísmo resultam em retorno ao trabalho com uma média de 34 dias de duração. Comorbidades identificadas no estudo foram associadas a menor probabilidade de retorno ao trabalho por depressão: Outras doenças psiquiátricas com HR = 0,78 (95% IC = 0,74–0,83), câncer com HR = 0,66 (95% IC = 0,47–0,92), diabetes com HR = 0,73 (95% IC = 0,62–0,86), doença cardiovascular com HR = 0,78 (95% IC = 0,62–0,99), hipertensão com HR = 0,76 (95% IC = 0,67–0,85), doença osteomuscular HR = 0,82 (95% IC = 0,77–0,87), e asma HR = 0,84 (95% IC 0,75–0,94).
Wang 2014 <sup>26</sup>	Um estudo transversal com 1000 trabalhadores brasileiros ativos atualmente ou nos últimos 12 meses de 16 a 64 anos buscou avaliar a prevalência de sintomas de depressão e perda de funcionalidade laboral com uso de questionário adaptado da European Depression Association e outro próprio para funcionalidade.	1 de cada 5 trabalhadores reportou ter recebido em algum momento da vida diagnóstico de depressão. 73,5% dos trabalhadores diagnosticados permaneceram ativos. 60% desses trabalhadores reportaram perda de produtividade no trabalho associada a presença de sintomas cognitivos como perda de interesse (59%), baixo humor ou tristeza (52%), problemas de sono (44%), e dificuldade de concentração (36%). Em indivíduos já definidos como deprimidos, uma perda total de 4.139 dias úteis por ano foi relatada pelos 63 indivíduos que saíram do trabalho por causa da depressão. O absenteísmo calculado considerando os trabalhadores a tempo parcial (n = 11) foi de 3.795 dias. O número médio de dias fora de atividade foi de 65,7 dias. Mais da metade desses trabalhadores se afastou 21 ou mais dias.

Jain 2013 <sup>27</sup>	1051 trabalhadores adultos e ativos com diagnóstico de depressão foram avaliados quanto à severidade dos sintomas e sua associação com perda de produtividade sendo aplicado os questionários Patient Health Questionnaire (PHQ-9) e World Health Organization Health and Performance Questionnaire (HPQ) e Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI).	Todos os níveis de gravidade depressiva foram associados significativamente e proporcionalmente à piora da produtividade do trabalho, seja pela medida do presenteísmo através do HPQ e WPAI e do absenteísmo pelo WPAI. Escores médios não ajustados no HPQ (sem sintomas depressivos [81,0], leve [73,5], moderado [68,6], moderadamente grave [66,1] e grave [61,5] depressão; $P < 0,0001$ ) e escores médios do WPAI (sem sintomas depressivos [10,7], leves [26,2], moderada [38,8], moderadamente grave [44,7] e grave [54,3] depressão; $P < 0,0001$ ) apresentaram piora progressiva da produtividade do trabalho (presenteísmo) com o aumento da gravidade da depressão.
Woo 2011 <sup>28</sup>	102 trabalhadores sul coreanos de 20 a 60 portadores de depressão sem tratamento e não portadores de outras comorbidades físicas ou mentais maiores foram comparados e pareados a 91 trabalhadores saudáveis. O grupo intervenção recebeu tratamento farmacológico e psicoterapia de 20 a 30 minutos. Intensidade dos sintomas de depressão e produtividade foram avaliados após 4 e 8 semanas de tratamento. Questionários utilizados foram o "World Health Organization's Health and Work Performance Questionnaire" (HPQ) e o "Hamilton Rating Scale for Depression" (HAM-D).	Após 8 semanas de tratamento antidepressivo com psicoterapia de apoio, os escores da HAM-D melhoraram significativamente (24,00 vs. 7,19; $P < 0,001$ ). O número de dias de trabalho ausentes devido a problemas de saúde e aquele devido a qualquer outro motivo diminuiu significativamente após 8 semanas de tratamento ( $P = 0,041$ ; $P = 0,008$ ). O número de dias ausentes parciais devido a problemas de saúde durante as últimas 4 semanas também diminuiu ( $P = 0,003$ ). O desempenho do trabalho auto avaliado aumentou significativamente de 4,90 para 6,46 ( $P < 0,001$ ). Em comparação com o grupo controle, houve diferença significativa para maior prevalência de absenteísmo e presenteísmo no grupo intervenção. A média de produtividade autodeclarada em trabalhadores do grupo intervenção é 32,3% menor em comparação com o grupo controle e 22,2% menor em comparação com a do passado em 1 a 2 anos.
Harvey 2011 <sup>29</sup>	Um estudo ecológico com aderência de 1161 teleatendentes ingleses que buscou avaliar a associação de sintomas depressivos com produtividade. No estudo foram utilizados o "Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-9)" e 4 indicadores de produtividade do teleatendimento.	A implementação em meio ocupacional de questionários online via web é viável. 623 ou 54% dos trabalhadores apresentaram PHQ-9 com pontuação acima ou igual de 5 pontos demonstrando uma alta prevalência de população com sintomas no mínimo subclínicos. Houve associação entre severidade dos sintomas depressivos com nível de produtividade no trabalho.
Munir 2011 <sup>30</sup>	Dados de questionários preenchidos de trabalhadores dinamarqueses de 2000 ( $n = 5510$ ) e 2005 ( $n = 8393$ ) foram avaliados buscando associação de absenteísmo de longo prazo em trabalhadores com depressão com fatores psicossociais ocupacionais positivos. Foram utilizados no estudo os questionários "5-Item Mental Health Inventory" e "Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)"	A qualidade de liderança foi associada à redução da ausência por doença a um grau mais forte para aqueles com sintomas depressivos moderados (razão de risco = 0,88, IC95% = 0,78-0,98) do que para aqueles sem sintomas depressivos e a alta autonomia de decisão foi um fator protetor contra depressão (razão de risco RR = 0,91, 95% IC = 0,85-0,97).

Lexis 2010 <sup>31</sup>	O estudo busca avaliar a associação de sintomas depressivos com risco futuro de absenteísmo e o perfil de adesão à busca de tratamento. Dados de 8,893 bancários. Questionários utilizados no estudo: “Hospital Anxiety and Depression (HAD)” e “The Balansmeter (BM)”	2311 trabalhadores apresentam queixas de saúde e 1848 de 2311 trabalhadores previamente buscaram auxílio: 1293 pela atenção primária, 341 pelo médico do trabalho, 951 por outros profissionais. De 463 trabalhadores sem tratamento, 35% possui intenção futura de buscar ajuda e 46% não pretendem buscar ajuda. Entre trabalhadores portadores de depressão em qualquer nível e com perfil de alto risco para absenteísmo e sem tratamento iniciado, apenas 50% expressaram intenção em buscar tratamento, um cenário que pode ser uma barreira a programas de prevenção ocupacional.
Lexis 2009 <sup>32</sup>	Dados de 3339 trabalhadores holandeses foram avaliados para associação entre sintomas depressivos como preditores de absenteísmo durante um período de 10 meses de 2001. Foram utilizados o questionário “Hospital Anxiety and Depression (HAD-D)” e dados de absenteísmo fornecido pelas empresas.	Tanto nos homens quanto nas mulheres, foi encontrada uma associação significativa entre as queixas depressivas e o tempo até o início do primeiro período de ausência por doença. Nos homens, o hazard ratio (HR) foi de 1,03 (1,01 a 1,05) e 1,04 (1,01 a 1,07) nas mulheres. Tanto para homens quanto para mulheres, o HR para a relação entre queixas depressivas e tempo até o início do primeiro período de ausência por doença estavam todos na direção esperada, em que aqueles com queixas leves ou moderadas-severas tinham maior risco de sair de licença médica mais precocemente do que os funcionários que pontuaram dentro do intervalo de referência.
Wang 2004 <sup>33</sup>	O estudo busca avaliar a associação de sintomas depressivos com performance no trabalho momentânea em 105 agentes de reserva da aviação e 181 teletendentes. Por 7 dias, um diário e coleta de dados via pager foram realizadas. Para rastreamento de depressão foi utilizado o questionário “Composite International Diagnostic Interview Short Form”.	Depressão maior foi significativamente associada a um decréscimo no foco da tarefa em decréscimos de aproximadamente 12 pontos em foco de tarefa e aproximadamente 5 pontos em produtividade em suas escalas de 0 a 100. Esses tamanhos de efeito são equivalentes a uma redução de desvio padrão de 0,4 no foco da tarefa e a uma redução de 0,3 desvio-padrão na produtividade. Como esses efeitos são baseados em avaliações de método de amostragem de experiência em momentos aleatórios no dia de trabalho, eles podem razoavelmente ser considerados para descrever os decréscimos médios nesses resultados em todos os momentos em uma típica semana de trabalho.
Druss 2001 <sup>34</sup>	O estudo avaliou a associação entre sintomas depressivos, nível de satisfação ao serviço de saúde e desfechos ocupacionais após 2 anos (1993 a 1995) em uma população de 6239 trabalhadores. Para depressão foi aplicado a versão com 36 e com 12 itens do questionário “Short-Form Health Survey”.	No total 1.200 inscritos na amostra longitudinal (19,2%) preencheram os critérios para sintomas depressivos. Modelos multivariados indicaram que as chances de ausência no trabalho por doença foram 2,17 vezes mais altas para os entrevistados com doença depressiva crônica do que para os respondentes sem sintomas depressivos, e as chances de relatar diminuição da eficácia no local de trabalho foram 7,20 vezes mais altas. Sintomas depressivos incidentes foram associados a um impacto intermediário na função no local de trabalho. Os entrevistados cujos sintomas foram resolvidos mostraram algumas dificuldades persistentes na função no local de trabalho, mas esses efeitos foram substancialmente menores do que aqueles para os grupos com sintomas depressivos crônicos e incidentes.

**Tabela 3. Estudos de rastreamento da depressão em trabalhadores associado a tratamento**

Autor	Metodologia	Resultados
Lee 2018 <sup>35</sup>	Revisão sistemática de ensaios clínicos que avaliou os efeitos de antidepressivos na funcionalidade no trabalho. Foram selecionados trabalhos publicados até 28/07/2017 em bases de dados ou buscadores: MEDLINE, ClinicalTrials.gov, Google Scholar.	Treze ensaios clínicos comparativos com placebo e quatro comparadores ativos relataram a eficácia de antidepressivos em medidas subjetivas de comprometimento do local de trabalho. No geral, o tratamento com antidepressivos melhorou as medidas padronizadas de funcionamento no local de trabalho (por exemplo, item de trabalho da Escala de Incapacidade de Sheehan). Evidências disponíveis sugerem que o tratamento antidepressivo melhora os resultados no local de trabalho em MDD. O aumento com outras intervenções pode, adicionalmente, facilitar o retorno aos níveis pré-mórbidos de funcionamento e de retorno dos pacientes ao trabalho (por exemplo, modificação do estilo de vida, terapia cognitivo-comportamental, intervenções direcionadas ao trabalho, normalização do sono).
Beiwinkel 2017 <sup>36</sup>	Ensaio clínico com uso da ferramenta online “HelpID” baseada em terapia cognitiva comportamental, mindfulness e aconselhamento contendo conteúdo interativo, vídeos, áudios, gráficos e outros para promoção de educação para depressão, auto-conhecimento e relaxamento entre outros. A intervenção foi semanal de 30 a 45 minutos. Questionário “Patient Health Questionnaire” (PHQ-9) e “Beck Depression Inventory” (BDI II) foram aplicados antes, ao final da intervenção de 12 semanas e após 24 semanas.	180 participantes foram randomizados em grupo intervenção (n=100, adesão final de 31) e controle (n=80, adesão final de 27). O grupo controle recebeu textos informativos sobre depressão. Ambos os grupos apresentaram redução significativa do absenteísmo em -67.23%, P<.001 no grupo intervenção e -82.61%, P<.001 no grupo controle. Não houve diferença significativa de redução de absenteísmo entre os 2 grupos (P=0.07). Uma diferença significativa entre os grupos em favor do grupo de intervenção foi encontrada para o PHQ9 (P <0,001), que corresponde a um tamanho de efeito médio. Para aqueles em BDI-II, foi encontrada uma diferença significativa entre os grupos no pós-tratamento (P = 0,004), o que corresponde a um tamanho de efeito moderado. No grupo de intervenção, 63% (63/100) dos participantes mostraram uma mudança confiável dos sintomas desde o início até a pós-intervenção e foram classificados como respondedores. No grupo controle, 33% (27/80) foram classificados como respondedores. A diferença na mudança confiável dos sintomas entre a intervenção e o grupo controle foi significativa (p <0,001). Isso resultou em um NNT de 4,08.

Hirsch 2017 <sup>37</sup>	Ensaio clínico com uso de ferramenta digital myStrenght com conteúdo baseado em terapia cognitiva comportamental, religião, mindfulness, monitoramento do humor e outros. O grupo intervenção acessou o conteúdo livremente durante as 26 semanas do estudo. O grupo controle recebeu e-mails com conteúdo educativo sobre depressão. O questionário “Depression, Anxiety, and Stress Scale” (DASS-21) foi aplicado no início da intervenção e após 14, 60 e 180 dias.	96 participaram no grupo intervenção e 69 no grupo controle. O desfecho primário de interesse é a mudança no escore de depressão ao longo do tempo. Ambos os participantes do estudo experimental e controle ativo experimentaram uma redução dos sintomas depressivos ao longo do tempo. Os sintomas depressivos, especialmente os leves, tendem a diminuir, mesmo sem intervenção, por conta própria do tempo. Em média, os participantes do estudo no grupo de intervenção acessaram a plataforma myStrength 6,09 vezes durante o período de estudo de 26 semanas. Receber tratamento de saúde mental, como terapia ambulatorial ou tomar medicação antidepressiva, foi um preditor independente de redução do escore de depressão ao longo do tempo ( $P = 0,026$ ). O principal efeito do tempo foi estatisticamente significativo, o que significa que, em geral, uma redução de 0,83 na pontuação de depressão foi alcançada em cada ponto de tempo ( $P = 0,002$ ). Esta descoberta de efeito principal é qualificada pelo grupo de interação $\times$ tempo ( $P < .001$ ). Levando em consideração potenciais fatores de confusão, o braço experimental experimentou uma trajetória acelerada de redução dos sintomas de depressão para um fator 1,35 vezes mais rápido do que o braço controle.
Sarfati 2017 <sup>38</sup>	Ensaio clínico que busca comparar diferenças de produtividade e funcionalidade no trabalho entre grupo intervenção de pacientes com depressão tratados com escitalopram e 8 sessões semanais de terapia cognitiva comportamental por telefone vs grupo controle tratado com escitalopram. Foram aplicados questionários “Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale” (MADRS), “Employment Absence and Productivity Scale” (LEAPS), “Work Performance Questionnaire” (HPQ), and “Sheehan Disability Scale” (SDS).	Entre os 99 pacientes randomizados, 86 completaram as 12 semanas do estudo. A remissão dos sintomas, independente do tratamento, foi associado à melhoria significativa no desempenho do trabalho, pela subescala de produtividade LEAPS, pelo desempenho geral do HPQ e pelo item de trabalho/escola do SDS; uma tendência não significante ( $P = 0,08$ ) foi observada com a subescala de produtividade do HPQ. Os tamanhos de efeito indicam efeitos pequenos a médios provavelmente clinicamente significativos.

<p>Imamura 2015<sup>39</sup></p>	<p>Ensaio clínico que investigou o efeito preventivo para depressão em trabalhadores japoneses de empresa de TI de um programa online de terapia cognitiva comportamental. Grupo intervenção (n = 381) participou de 6 seções semanais do programa online, grupo controle (n = 381) recebeu e-mails com dicas inespecíficas de manejo de estresse mensais ao longo de 6 meses. Para avaliar a incidência de depressão após 6 e 12 meses, foram utilizados os questionários “Beck Depression Inventory – II” (BDI-II) e “Kessler’s Psychological Distress Scale” (K6).</p>	<p>No seguimento de 6 meses, 272 (71,4%) participantes do grupo de intervenção e 320 (84,0%) do grupo de controle completaram a pesquisa de acompanhamento. No seguimento de 12 meses, 239 (62,7%) participantes do grupo de intervenção e 272 (71,4%) do grupo de controle completaram a pesquisa de acompanhamento. As taxas de abandono foram significativamente maiores no grupo de intervenção tanto no seguimento de 6 meses (<math>p &lt; 0,01</math>) quanto no seguimento de 12 meses (<math>p = 0,01</math>). Os participantes do grupo de intervenção tiveram uma incidência significativamente menor do que o grupo controle no seguimento de 6 meses (<math>p = 0,07</math>) e incidência significativamente menor no seguimento de 12 meses (<math>p &lt; 0,01</math>). O hazard ratio (HR) de depressão maior para o grupo de intervenção em comparação com o grupo controle foi de 0,22 (95% IC 0,06-0,75) durante os 12 meses de seguimento. Aos 6 meses de seguimento, um risco relativo (RR) de ter depressão maior (DM) no grupo de intervenção foi de 0,30 (<math>p &gt; 0,05</math>). Nos 12 meses de acompanhamento, um risco relativo de ter depressão maior no grupo de intervenção foi de 0,20 (<math>p &lt; 0,01</math>); o número necessário para tratar para atingir a prevenção de um caso de início de DM foi de 32 (IC 95% 19–100).</p>
<p>Lerner 2014<sup>40</sup></p>	<p>O estudo buscou avaliar a melhoria da funcionalidade no trabalho em trabalhadores acima de 45 anos portadores de depressão e com limitações no trabalho. Grupo intervenção foi exposto a 8 sessões por telefone de terapia cognitiva comportamental de 50 minutos a cada 2 semanas com psicólogos experientes. O grupo controle recebeu cuidado usual de encaminhamento ao médico. Um total de 380 participantes completaram o estudo. Foram aplicados os questionários “Patient Health Questionnaire–9” (PHQ-9) e “Primary Care Screener for Affective Disorder” e “Work Limitations Questionnaire” (WLQ).</p>	<p>No início do estudo, 39% dos participantes da amostra total tinham transtorno depressivo persistente, 25% tinham depressão maior e 36% tinham ambos. Entre aqueles com transtorno depressivo persistente e aqueles com transtorno depressivo persistente e depressão maior, 73% (N = 192 de 264) apresentaram sintomas moderados e 27% (N = 72 de 264) apresentaram sintomas graves. O grupo intervenção melhorou significativamente em cada resultado, e as melhorias foram significativamente maiores do que as observadas para o grupo de cuidados habituais: A perda de produtividade no trabalho melhorou significativamente em 44% (<math>p &lt; 0,001</math>) no grupo intervenção em comparação com 13% (<math>p &lt; 0,001</math>) no grupo de cuidados habituais. Melhorias medidas pelas quatro escalas de desempenho de trabalho do WLQ foram significativas em favor do grupo intervenção. As ausências diminuíram 53% no grupo WFI (<math>p &lt; 0,001</math>) versus 13% no grupo de cuidados habituais (<math>p = 0,31</math>) (<math>p &lt; 0,001</math> para a diferença na mudança). Os escores médios de gravidade dos sintomas de depressão caíram 51% (<math>p &lt; 0,001</math>) no grupo intervenção versus 26% (<math>p &lt; 0,001</math>) no grupo de cuidados habituais (<math>p &lt; 0,001</math> para a diferença na mudança).</p>

Volker 2015 <sup>41</sup>	Ensaio clínico que avaliou, em trabalhadores com sintomas de depressão afastados por qualquer doença entre 4 a 26 semanas, os efeitos de uma intervenção online com conteúdo em 5 módulos: psicoeducação, percepção cognitiva do retorno ao trabalho, habilidades de resolução de problemas, manejo de dor e fadiga, prevenção de recaída com objetivo de promover o retorno ao trabalho parcial ou total. O grupo controle recebeu cuidados usuais. A ferramenta notifica via e-mail o médico do trabalho que monitora e aconselha o trabalhador durante o afastamento.	Um total de 220 trabalhadores foram alocados inicialmente no grupo intervenção (n = 131) e controle (n = 89). O retorno ao trabalho apresentou taxas maiores e mais precoces de retorno ao trabalho no grupo intervenção: Retorno parcial ou total de 84% (72/86) no grupo intervenção VS 87,7% (114/130) no grupo controle e retorno ao trabalho total precoce com diferença de 47 dias no grupo intervenção em comparação com o grupo controle porém esta diferença não foi estatisticamente significativa.
Imamura 2015 <sup>42</sup>	762 trabalhadores de TI foram randomizados em um ensaio clínico, que buscou avaliar a melhoria do engajamento no trabalho entre grupo de intervenção exposto a um programa de terapia cognitiva comportamental por internet de 30 minutos semanais em 6 módulos VS grupo controle exposto a e-mails com dicas simples de manejo de estresse. Após 3 e 6 meses o engajamento no trabalho foi mensurado. Foram aplicados questionários “Utrecht Work Engagement Scale” (UWES), “WHO Health and Work Performance Questionnaire” (HPQ) e “Beck Depression Inventory II” (BDI-II).	No seguimento de 3 meses, 270 (70,9%) participantes do grupo de intervenção e 336 (88,2%) do grupo de controle completaram a pesquisa de acompanhamento. Aos 6 meses de acompanhamento, 272 (71,4%) participantes do grupo de intervenção e 320 (84,0%) do grupo controle completaram a pesquisa de acompanhamento. O programa mostrou um efeito significativo no UWES (P = 0,04) porém em baixa intensidade de efeito: 0,11 (IC95%, -0,05 a 0,27) aos 3 meses de seguimento e 0,16 (IC95%, 0,0007 a 0,32) aos 6 meses de seguimento. O programa mostrou um efeito marginalmente significativo nos dias de afastamento por doença nos últimos 3 meses (P = 0,07) com tamanhos de efeito pequenos: -0,16 (95% CI, -0,32 a 0,0003) no seguimento de 3 meses e -0,14 (95% CI, -0,30 a 0,02) aos 6 meses de seguimento. A conclusão do estudo foi de resultados positivos no engajamento no trabalho através do programa, efeito explicado parcialmente com a melhoria dos sintomas de depressão.
Kröger 2015 <sup>43</sup>	26 trabalhadores afastados por depressão foram divididos entre terapia cognitiva comportamental usual (grupo controle, n = 13) e terapia cognitiva comportamental relacionada ao trabalho. Cada grupo recebeu em torno de 24 sessões de psicoterapia. O objetivo do estudo foi comparar entre os grupos a melhora dos sintomas de depressão e do absenteísmo. Foram aplicados os questionários Beck Depression Inventory (BDI), Life Satisfaction Questionnaire (FLZ), Symptom-Checklist 90-Revised (GSI).	Todos os participantes relataram um escore do BDI $\geq 15$ pontos. O escore médio pré-tratamento do BDI foi de 20,58 (DP $\pm$ 5,20), indicando um nível moderado de depressão. O absenteísmo foi reduzido significativamente em ambos os tipos de tratamento. Não houve diferença entre grupos em termos de retorno ao trabalho parcial precoce (p = 0,722). Oito versus seis funcionários do grupo intervenção e controle, respectivamente, retornaram ao local de trabalho em regime de meio expediente. Para ambos os tipos de tratamento, os escores BDI e GSI diminuíram significativamente ao longo do tempo, enquanto os escores do FLZ aumentaram significativamente.

<p>Geraedts 2014<sup>44</sup></p>	<p>O ensaio clínico testou os efeitos no absenteísmo e sintomas de depressão em trabalhadores não afastados com depressão de um programa de auto ajuda online “Happy@Work” em comparação com o cuidado usual. Essa ferramenta tem como base tratamento de resolução de problemas (PST) e terapia cognitiva (CT) e uma diretriz para ajudar os funcionários a prevenir o estresse relacionado ao trabalho. Foram aplicados os questionários “Trimbos and iMTA Questionnaire on Costs Associated with Psychiatric Illness” (TiCP), o “Short Form Health and Labor Questionnaire” (SFHLQ), “Center for Epidemiologic Studies Depression Scale” (CES-D), “Maslach Burnout Inventory-General Scale” (MBI), “WHO Health and Work Performance Questionnaire” (HPQ) entre outros.</p>	<p>Um total de 231 participantes foram incluídos no estudo sendo 116 para o grupo de intervenção e 115 para o grupo controle. Dos 231 participantes, 10 (4,3%) usaram medicação sem tratamento psicológico, 24 (10,4%) receberam tratamento psicológico, mas não medicação, e 4 participantes (1,7%) usaram ambos os medicamentos e receberam tratamento psicológico no início do estudo. Todos os participantes obtiveram melhora dos sintomas depressivos e esta melhora foi sustentada ao longo do tempo. No entanto, a diferença média global estimada entre os grupos ao longo do tempo não foi significativa. Houve melhorias entre a avaliação inicial e pós-tratamento nos desfechos secundários e essas melhorias foram sustentadas ao longo do tempo, mas não houve diferenças significativas entre os grupos ao longo do tempo. O total entre os tamanhos dos efeitos do grupo para os desfechos secundários foi todo pequeno. O resultado do absenteísmo foi expresso na duração do absenteísmo durante o período entre duas avaliações. Portanto, não é possível estudar se houve aumento ou diminuição da duração do absenteísmo ao longo do tempo, mas apenas as diferenças entre os grupos quanto à duração do absenteísmo podem ser examinadas. A diferença média global estimada entre os grupos ao longo do tempo não foi significativa.</p>
<p>Tan 2014<sup>45</sup></p>	<p>Revisão sistemática de ensaios clínicos de qualquer intervenção em meio ocupacional para prevenção de depressão. Foram buscados artigos nas bases de dados do MEDLINE, PsycINFO e EMBASE.</p>	<p>A maioria dos estudos incluídos utilizou técnicas de terapia cognitiva comportamental (TCC). A diferença média padronizada global (SMD) entre os grupos de intervenção e controle foi de 0,16 (IC95%: 0,07, 0,24, P = 0,0002), indicando um pequeno efeito positivo. Uma análise separada usando apenas intervenções baseadas na TCC gerou uma significativa SMD de 0,12 (IC95%: 0,02, 0,22, P = 0,01). Os resultados indicam que uma série de diferentes programas de prevenção da depressão produzem efeitos positivos pequenos no ambiente de trabalho. Quando analisadas separadamente, as intervenções baseadas na TCC reduziram significativamente os níveis de sintomas depressivos entre os trabalhadores. Estes resultados demonstram que intervenções apropriadas baseadas em evidências no local de trabalho devem fazer parte dos esforços para prevenir o desenvolvimento da depressão. Em conclusão, há evidências de boa qualidade de que intervenções universais de saúde mental podem reduzir o nível geral de sintomas de depressão em trabalhadores. Especificamente, as intervenções baseadas em TCC no local de trabalho são eficazes na redução universal dos sintomas para a depressão. Mais pesquisas são necessárias para determinar até que ponto tais intervenções podem prevenir novos casos de depressão e estabelecer estratégias econômicas e práticas para implementação em larga escala. No geral, os resultados desta revisão fornecem suporte para intervenções de saúde mental ocupacionais e aumentam o imperativo de que a depressão não deve mais ser ignorada nos programas de promoção da saúde no local de trabalho.</p>

Phillips 2014 <sup>46</sup>	Ensaio clínico que avaliou os efeitos nos sintomas de depressão em trabalhadores de um programa de auto ajuda online baseado em terapia cognitiva comportamental, com duração de 5 semanas e avaliação dos efeitos após 6 e 12 semanas. O programa possui 5 módulos de 1 hora cada e semanais. Foram utilizados os questionários “Work and Social Adjustment Scale” (WSAS), “Patient Health Questionnaire-9” (PHQ-9).	Nos grupos experimental e controle, os escores de depressão melhoraram em 6 semanas, mas a perda de participantes foi alta. Não houve evidência de uma diferença no efeito médio do tratamento de MoodGYM na WSAS, nem para uma diferença em qualquer um dos desfechos secundários.
Lam 2013 <sup>47</sup>	O ensaio clínico buscou comparar a melhora nos sintomas de depressão e de funcionalidade no trabalho entre trabalhadores com depressão maior participantes de grupo exposto a terapia cognitiva comportamental (TCC) por telefone + escitalopram e de grupo exposto somente a escitalopram. Foram aplicados os questionários “Montgomery–Asberg Depression Rating Scale” (MADRS), “Sheehan Disability Scale” (SDS), “Lam Employment Absence and Productivity Scale” (LEAPS), “Health and Work Performance Questionnaire” (HPQ).	Após randomização, 48 foram alocados para o grupo TCC telefônico e 51 para o grupo escitalopram. Houve 40 (83%) pacientes avaliados no ponto final de 12 semanas para o grupo TCC + escitalopram e 46 (90%) para o grupo escitalopram. Houve melhora significativa nos escores de mudança na MADRS dentro de cada condição de tratamento, com grandes tamanhos de efeito de ponto inicial ao final. No entanto, não houve diferença significativa entre os grupos. Na análise as taxas de resposta foram de 63% no grupo TCC + escitalopram e 61% no grupo escitalopram e as taxas de remissão foram de 56% e 53%, respectivamente ( $p = 0,74$ ). O item SDS de trabalho / função mostrou melhora dentro de cada condição de tratamento, mas não houve diferenças significativas entre as condições do tratamento. As outras escalas de funcionamento do trabalho mostraram diferenças significativas entre as condições do tratamento favorecendo TCC + escitalopram.
Hees 2013 <sup>48</sup>	Ensaio clínico que avaliou os efeitos de sessões com terapeuta ocupacional no retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por no mínimo 8 semanas devido a depressão maior em comparação com trabalhadores que receberam cuidados usuais. Um total de 18 sessões, 9 individuais, 8 em grupo e 1 com o empregador foram aplicados no grupo intervenção. Os desfechos mensurados foram as taxas e demora de retorno ao trabalho parcial ou total, absenteísmo e variação dos sintomas de depressão. Foram aplicados os questionários “Hamilton Rating Scale for Depression” (HRSD), “Utrecht Coping List” (UCL) entre outros.	Ambos os grupos diminuíram significativamente em suas horas de absenteísmo ( $p < 0,001$ ), com a maior queda entre seis e 12 meses ( $p < 0,001$ ). No entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos. Com o tempo, os participantes do grupo intervenção apresentaram maior melhora nos sintomas de depressão do que os do grupo controle, tanto em termos de gravidade ( $p = 0,03$ ) quanto de remissão de longo prazo ( $HRSD \leq 7$ ; OR = 1,8, IC 95% 1,0 a 3,3). Além disso, a porcentagem de participantes que atingiram a remissão sustentável - definida como remissão para $\geq 6$ meses - foi maior no grupo intervenção (92%) quando comparado com o grupo controle (69%; $p = 0,04$ ). Ambos os grupos diminuíram significativamente em suas limitações de trabalho (todas as três escalas WLQ $p < 0,001$ ), com a maior diminuição entre seis e 12 meses (Output: $p = 0,01$ , Time Management: $p = 0,02$ , Mental / Interpessoal: $p = 0,02$ ). Da mesma forma, ambos os grupos aumentaram a eficiência do trabalho ( $p < 0,001$ ), com o maior aumento entre seis e 12 meses ( $p = 0,01$ ). No entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para essas medidas.

Vlasveld 2013 <sup>49</sup>	O ensaio clínico buscou avaliar a eficácia de um programa de cuidado colaborativo em promover o retorno ao trabalho (RTW) em trabalhadores afastados por 4 a 12 semanas por depressão maior em comparação com o cuidado usual. A intervenção envolve 6 a 12 sessões de terapia de resolução de problemas, uso de antidepressivos em casos selecionados, manuais de auto ajuda e reuniões entre trabalhador e empregador. Foi utilizado o questionário “Patient Health Questionnaire” (PHQ-9).	126 participantes foram incluídos no estudo e foram randomizados no grupo de cuidados habituais (N = 61) ou no grupo de cuidados colaborativos (N = 65). Participantes nos cuidados colaborativos não diferiram significativamente dos participantes de cuidados habituais nas probabilidades de não alcançar remissão da depressão ou resposta ( $p > 0,05$ ). Para os participantes que alcançaram a remissão, o tempo médio para a primeira remissão foi de 6,5 meses no grupo de cuidados colaborativos (N = 27/65) e de 7,9 meses no grupo de cuidados habituais (N = 29/61). Dentro de 1 ano de acompanhamento, 64,6% dos participantes de cuidados colaborativos e 59,0% dos participantes de cuidados habituais tinham atingido RTW duradouro e completo. A duração média até o RTW completo e duradouro, calculado a partir do dia da randomização, foi de 190 dias (DP de 120 dias) no grupo de cuidados colaborativos e 210 dias (DP de 124 dias) no grupo de cuidados habituais.
Raiskila 2013 <sup>50</sup>	O estudo avaliou a eficácia de um programa multiprofissional envolvendo psicoterapeuta, psiquiatra, assistente social entre outros com objetivo de promover suporte a estressores profissionais e pessoais. O programa oferta cursos e sessões baseados em terapia cognitiva comportamental e princípios da psicodinâmica, visitas e avaliações do posto de trabalho associados ao apoio do empregador e serviço de saúde ocupacional, suporte familiar com convocação de familiares. Foram aplicados o “Beck Depression Inventory” (BDI) e “Structured Clinical Interview for DSMIV” (SCID I e II)	Um total de 355 indivíduos foram encaminhados para o projeto, e 283 deles foram randomizados para os grupos intervenção (N = 142) e controle (N = 141). Os trabalhadores selecionados possuíam pontuação no BDI superior a 9. De acordo com as entrevistas do SCID I, 34,3% dos participantes do grupo de intervenção (N = 134) apresentaram depressão leve, 59,0% moderada e 6,7% grave no início do estudo. No grupo controle (N = 100) as respectivas taxas foram de 49,0%, 45,0% e 6,0%. O escore médio do BDI no início do estudo foi de 20,8 no grupo de intervenção e 19,3 no grupo controle e, após um ano de acompanhamento, 9,1 e 8,8 respectivamente. A redução média nos escores do BDI no grupo de intervenção foi de 11,6 e 10,8 no grupo controle. A diminuição foi estatisticamente significativa em ambos os grupos ( $P < 0,001$ ). A única diferença significativa entre os grupos de estudo foi a diminuição dos escores do BDI acima de 9 pontos durante o período de um ano de acompanhamento, que ocorreu em dois terços do grupo de intervenção e na metade do grupo controle ( $P = 0,013$ ).
Ahola 2012 <sup>51</sup>	O estudo buscou promover a prevenção de trabalhadores ativos através de sessões de treinamento de habilidades. A intervenção consistiu em quatro sessões de meio dia, que foram realizadas durante 1 ou 2 semanas. As habilidades envolveram princípios da aprendizagem ao longo da vida, prática de gestão de mudança organizacional, resolução de conflitos sociais, gestão de uma carreira entre outros. Foi aplicado o questionário “Beck Depression Inventory” (BDI) e o “Job Content Questionnaire”.	Um total de 43 organizações de médio e grande porte foram contatadas e tiveram a oportunidade de participar de um estudo sobre um programa de intervenção. A população final do estudo foi composta por 566 pessoas (79%) com 296 (80%) no grupo de intervenção e 270 (77%) no grupo de comparação. No seguimento, as chances de depressão foram menores no grupo de intervenção (OR = 0.40 IC 95% 0,19 a 0,85) do que no grupo de comparação quando ajustado com os sintomas depressivos iniciais, estresse no trabalho e dados demográficos. As chances de depressão entre aqueles com estresse no trabalho (OR = 0.15, 95% CI 0.03 a 0.81) em linha de base foram menores após a intervenção. Não houve efeito estatisticamente significativo entre aqueles com sintomas depressivos no início do estudo.

Lerner 2012 <sup>52</sup>	O ensaio clínico buscou avaliar a eficácia de um programa multifacetado aplicado por telefone em trabalhadores com depressão e perda de produtividade no trabalho. O programa envolve coaching, coordenação do cuidado com negociação de um plano terapêutico, educação sobre depressão e seu tratamento, encaminhamento a tratamento médico, uso de estratégias de terapia cognitiva comportamental. Foram aplicados os questionários “Work Limitations Questionnaire” (WLQ), “Patient Health Questionnaire 9” (PHQ-9).	79 trabalhadores foram randomizados no grupo controle (27) e grupo intervenção (52). Todos os resultados melhoraram significativamente ( $p < 0,01$ ) no grupo intervenção. Os resultados do grupo controle foram piores em comparação com os valores basais ou não melhoraram significativamente. A magnitude da melhora em todos os desfechos foi significativamente maior no grupo intervenção ( $p < 0,01$ ). Dentro do grupo intervenção, o desempenho no trabalho melhorou uma média de 18,1 pontos para o gerenciamento do tempo, 10,9 pontos para tarefas físicas, 11,8 pontos para tarefas de trabalho mental interpessoal e 14,2 pontos para tarefas de saída. Estes representam entre 20% e 50% da média inicial da escala WLQ. A perda de produtividade no trabalho para o grupo intervenção declinou de 10,3% (DP = 4,3) para 6,8% (DP = 4,3), para uma melhora média de 3,5 pontos percentuais ( $p < 0,01$ ). Ausência de dias no grupo intervenção melhorou de 1,7 (SD = 1,7) para 1,0 dias (DP = 1,2 $p < 0,01$ ). A perda de produtividade devido a ausências melhorou 7,1% ( $p < 0,01$ ).
Furukawa 2012 <sup>53</sup>	Ensaio clínico que buscou avaliar a eficácia de um programa de 8 sessões de terapia cognitiva comportamental por telefone em trabalhadores ativos com o objetivo de reduzir o presenteísmo e sintomas de depressão. Tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção, um programa de assistência ao trabalhador de diagnóstico e redução de estresse estava disponível. Foram utilizados os questionários K6, “Health and Work Performance Questionnaire” (HPQ), “Beck Depression Inventory II” (BDI-II)”.	O tamanho da amostra planejada foi de 108 por grupo, mas o teste foi interrompido precocemente devido ao baixo índice de participação. No total 118 indivíduos foram randomizados sendo 58 no grupo intervenção e 60 no grupo controle. As pontuações do BDI-II caíram da média de 17,3 na linha de base para 11,0 no grupo de intervenção e para 15,7 no grupo de controle após 4 meses ( $p < 0,001$ ), com tamanho do efeito em 0,69 (IC 95%: 0,32 a 1,05). Entretanto, não houve redução estatisticamente significante no presenteísmo absoluto ou relativo.
Sandahl 2011 <sup>54</sup>	Uma amostra de 120 trabalhadores de escritório em afastamento prolongado acima de 90 dias devido a depressão relacionada ao trabalho foi distribuída para grupos de terapia focal psicodinâmica (FGT) ou grupos de terapia cognitiva (CGT) ou um grupo de comparação (CC). O estudo buscou avaliar a eficácia da intervenção em promover o retorno ao trabalho.	Na entrevista por telefone no seguimento de 6 meses, 74% dos pacientes do grupo terapia relataram que estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com os tratamentos de terapia em grupo, e 75% relataram que se sentiram melhor ou se recuperaram. Não houve diferença a este respeito entre os dois tratamentos em grupo. No seguimento de 12 meses, 69% relataram que trabalhavam a meio período ou mais. O padrão de retorno ao trabalho diferiu um pouco entre os grupos, mas isso pode ser explicado por padrões diferentes de inclusão. Portanto, a conclusão foi que, mesmo com relação ao retorno ao trabalho, não houve diferença entre as três condições de tratamento.

Lexis 2011 <sup>55</sup>	Ensaio clínico buscou avaliar a eficácia de 10-12 sessões de psicoterapia baseada em princípios da terapia de resolução de problemas e da terapia cognitiva comportamental na prevenção de absenteísmo de longo prazo em trabalhadores de alto risco e com sintomas de depressão. Os questionários “Balansmeter”, “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HAD Scale), “Short Form Health Survey” (SF-36), “Job Content Questionnaire” entre outros foram aplicados.	Um total de 139 funcionários foram incluídos no estudo e randomizados para o grupo de intervenção (n = 69) ou o grupo controle (n = 70). Uma diferença significativa na duração total da ausência por doença foi encontrada entre a intervenção (27,5 dias) e o grupo controle (50,8 dias) aos 12 meses de seguimento com uma redução de 46% (p = 0,017). O grupo de intervenção mostrou uma proporção não significativamente menor de episódios de absenteísmo de longo prazo em comparação com o grupo de controle (p = 0,127) aos 12 meses de seguimento. Em relação às queixas de depressão, diferenças significativas foram observadas após 6 e 12 meses de seguimento em favor do grupo intervenção, com redução do risco relativo respectivamente em 19,2% e 19,8%, com número necessário para tratar (NNT) respectivamente em 5,2 (IC 95% 2,7 a 55,5) e 5,0 (IC 95% 2,7 a 32,1).
Farzanfar 2011 <sup>56</sup>	Ensaio clínico que comparou a eficácia de um programa automatizado de rastreamento associado a psicoeducação, aconselhamento de medidas de auto ajuda e seguimento especializado em comparação com rastreamento isolado, aplicado por telefone em trabalhadores com sintomas de estresse e sem tratamento. Questionários utilizados foram “Work Limitation Questionnaire”, “Medical Outcomes Questionnaire Short Form-12”, “Patient Health Questionnaire 9”, “Perceived Stress Scale 4”, “WHO-Five Well-being Index”.	Um total de 164 trabalhadores foram randomizados no grupo intervenção (87) e controle (77). Aqueles no grupo de intervenção mostraram uma redução significativamente maior na depressão (p ≤ 0,05) aos 3 meses, uma melhora não significante na saúde mental geral aos 6 meses (p ≤ 0,10), bem como uma melhora significativamente maior na subescala do questionário de limitação do trabalho, na escala mental-interpessoal (p ≤ 0,05) aos 3 meses e nas escala de tempo e escalonamento (p ≤ 0,05) aos 6 meses. Com base na análise, os participantes do grupo de intervenção acharam o sistema fácil de usar (84% relatando muito fácil ou um pouco fácil de usar), amigável (80% muito ou um pouco amigável), apropriadamente rítmico (67% relatando o ritmo) e informativo (76% relatando muito ou um pouco informativo). Além disso, 65% relataram que o sistema foi muito ou parcialmente útil e 47% concordaram que o sistema reduziu o tempo de visita com o médico.
Bee 2010 <sup>57</sup>	Ensaio clínico avaliou os efeitos de sessões por telefone de terapia cognitiva comportamental em sintomas de depressão e produtividade em trabalhadores com sintomas de depressão e história de absenteísmo nos últimos 10 meses. Foram aplicados os questionários “34-item Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome measure” (CORE-OM), “Hospital Anxiety & Depression Scale” (HADS), “Work and Social Adjustment Scale” (WSAS), “WHO Work Performance Questionnaire”.	53 trabalhadores foram randomizados, sendo 26 para o grupo intervenção. Embora os resultados clínicos não tenham sido estatisticamente significativos, a direção do efeito favoreceu a intervenção, que foi associada com tamanhos de efeitos moderados em resultados clínicos e na pontuação de produtividade do trabalho.

Martin 2009 <sup>58</sup>	Revisão sistemática e meta análise de ensaios clínicos publicados entre 1997e 2007 para avaliação dos efeitos de programas de promoção de saúde ocupacionais em sintomas de depressão ou ansiedade. A intervenção teve como alvo a saúde mental, direta ou indiretamente, através de um fator de risco conhecido para depressão ou ansiedade. As intervenções revisadas limitaram-se àquelas entregues nos locais de trabalho.	Ao todo foram encontrados 22 estudos que atenderam aos critérios de inclusão, com amostra total de 3409 funcionários pós-intervenção, e 17 desses estudos foram incluídos na meta análise, representando 20 comparações intervenção-controle. Os resultados agrupados indicaram efeitos globais pequenos, mas positivos, das intervenções em relação aos sintomas de depressão [SMD 0,28, intervalo de confiança de 95% (IC95%) 0,12–0,44] e ansiedade (SMD 0,29, IC 95% 0,06–0,51), mas nenhum efeito nas medidas compostas de saúde mental (SMD 0,05, 95% IC -0,03–0,13). As intervenções que incluíram um enfoque direto na saúde mental tiveram benefício nos sintomas de depressão e ansiedade, assim como as intervenções com foco indireto nos fatores de risco.
Nakao 2007 <sup>59</sup>	Um estudo de coorte em 283 trabalhadores japoneses expostos a um programa de assistência ao trabalhador (EAP) com objetivo de promover a melhoria de sintomas de depressão. O programa oferta aconselhamento psicológico por e-mail ou por telefone, que era gratuito e anônimo, e encaminhamento para uma clínica psiquiátrica afiliada ao instituto. Além disso, seminários sobre saúde mental relacionada ao trabalho foram realizados para todos os funcionários cinco vezes por ano. Foram aplicados os questionários “Hamilton Depression Scale” (HAM-D) e “Job Content Questionnaire” (JCQ).	No grupo EAP, as pontuações na escala total de HAM-D diminuíram significativamente durante o estudo. Os seguintes resultados foram obtidos para a amostra total: escores HAM-D diminuiu em 149 pessoas (53%), manteve-se inalterado em 27 pessoas (10%) e aumentou em 107 pessoas (38%). No grupo EAP, as mudanças nas pontuações do item HAM-D para pensamentos suicidas, agitação, retardo psicomotor, culpa e humor deprimido foram significativas. Especificamente, 22 homens no grupo EAP responderam positivamente ao item pensamentos suicidas da HAM-D no início do estudo. Os escores totais desses 22 indivíduos diminuíram significativamente durante o período de dois anos, e 19 indivíduos (86%) relataram que não tinham mais pensamentos suicidas no final do período do estudo. O total de HAM-D no início do estudo não diferiu significativamente entre o grupo EAP e grupo de referência, e não houve mudanças significativas nos escores totais e itens no grupo de referência durante o período de intervenção. Os três escores da escala JCQ no início do estudo não foram significativamente diferentes entre o grupo EAP e o grupo de referência.
Wang 2007 <sup>60</sup>	Ensaio clínico que buscou avaliar a eficácia de um programa de rastreamento e monitoramento de depressão por telefone em trabalhadores com depressão. O programa de intervenção telefônica estruturado avaliou sistematicamente necessidades de tratamento, facilitou a entrada no tratamento presencial (psicoterapia e medicação antidepressiva), monitorou e apoiou a adesão ao tratamento e ofereceu uma intervenção psicoterapêutica estruturada por telefone. Foram aplicados os questionários “Quick Inventory of Depressive Symptomatology” (QIDS-SR), o “WHO Health and Productivity Questionnaire” (HPQ).	Os escores da QIDS-SR foram significativamente menores na intervenção do que o grupo de cuidados habituais em 6 meses e 12 meses. A proporção cujos sintomas melhoraram substancialmente (50% de melhoria da QIDS-SR) também foi significativamente maior entre as intervenções do que os cuidados habituais, mas não até a avaliação de 12 meses (30,9% vs 21,6%; OR = 1,7). A proporção de participantes com recuperação (QIDS-SR ≤ 5) também foi significativamente maior na intervenção do que o grupo de cuidados habituais, mas não até 12 meses (26,2% vs. 17,7%; OR = 1,7). As pontuações na medida de efetividade de horas trabalhadas foram significativamente maiores na intervenção do que o grupo de cuidados habituais em 6 e 12 meses. Este efeito geral foi devido a melhorias significativas na retenção de emprego (92,6% vs. 88,0% em 12 meses; OR = 1,7) e horas trabalhadas entre os entrevistados. Os participantes do grupo de intervenção foram significativamente mais propensos do que aqueles em tratamento usual a receber qualquer tratamento especial de saúde mental (OR = 1,6), mas um pouco menos provável de obter qualquer tratamento de depressão em cuidados primários ou não médicos (OR = 0,6 - 0,7). O número médio de contatos de tratamento em todas as ocupações

		(incluindo contatos do gerente de atendimento) foi quase duas vezes maior na intervenção versus grupo de cuidados habituais (12,7 vs. 6,5, $t = 5,7$ , $p < 0,001$ ).
Schene 2007 <sup>61</sup>	Ensaio clínico que buscou avaliar os efeitos de terapia ocupacional adicionada aos cuidados usuais em trabalhadores com depressão e absenteísmo. A intervenção é composta de múltiplas fases buscando esclarecer a atividade do posto de trabalho, promover preparo para reintegração ao trabalho, monitorar do progresso do retorno ao trabalho e aconselhar sobre dificuldades de adaptação. Foram utilizados o “Beck Depression Inventory” (BDI) e “Questionnaire Organization Stress” (QOS).	A porcentagem de pacientes que preencheram os critérios do DSM-IV para um Episódio Depressivo Maior caiu de 100% para 29% no grupo controle e 44% no grupo intervenção. Esta recuperação foi estatisticamente significativa ( $p = 0,000$ ), em particular nos primeiros 6 meses ( $p = 0,007$ ), mas não nos 6 meses seguintes ( $p = 0,23$ ). O escore total do BDI diminuiu de 23,6 para 14,0 para o grupo controle e de 27,1 para 12,3 para o grupo intervenção interação significativa ( $p = 0,015$ ), o que não ocorreu nos 12 meses ( $p = 0,950$ ), mas emergiu entre os meses 13 e 42 ( $p = 0,032$ ). O tempo de retorno ao trabalho foi mensurado entre os grupos. No grupo intervenção, a média de tempo para o retorno ao trabalho foi de 207 dias VS 299 dias no grupo controle, com risco relativo de $RR = 2.71$ (95% CI 1.16–6.29, $p=0.01$ ).
Mino 2006 <sup>62</sup>	O ensaio clínico buscou avaliar a eficácia de um programa de redução de estresse na prevenção de depressão em trabalhadores que atuavam em atividades de alto estresse. O programa de gerenciamento de estresse incluiu palestras sobre a percepção do estresse, medidas para enfrentá-lo, registros de gerenciamento de estresse e aconselhamento por e-mail. Foram utilizados os questionários “General Health Questionnaire” (GHQ), “Center for Epidemiologic Study for Depression” (CES-D), “Questionnaire of Work-Related Stress” e “Effort-Reward Imbalance Questionnaire”.	58 trabalhadores foram randomizados em grupo intervenção (28) e grupo controle (30). No grupo intervenção foi observado uma melhora significativa nos sintomas depressivos, em comparação com o grupo controle pelo questionário CES-D. Na análise de regressão múltipla, o efeito do controle do estresse sobre os sintomas depressivos no acompanhamento foi significativo ( $p = 0,041$ ).
Smith 2002 <sup>63</sup>	O ensaio clínico avaliou os efeitos do tratamento de depressão ofertados por 12 centros de atenção primária em reduzir as taxas de desemprego e conflito interpessoal no trabalho em trabalhadores com depressão. Os médicos da atenção primária atuavam na oferta do tratamento da depressão e as enfermeiras no monitoramento dos sintomas e da adesão. Dos 262 pacientes na amostra de base elegíveis para esta análise, 219 (83,6%) foram acompanhados em um ano.	A intervenção aumentou significativamente o emprego subsequente em um ano em 10,1% ( $p = 0,04$ , IC 90% 2,8-17,4%), reduziu o desemprego em 5,8% (IC 90% 1,6-10,0%) e o subemprego em 4,3% (IC90% 1,2-7,4%). Da diferença de 10,1% no emprego entre pacientes de cuidados intensivos e usuais em um ano, 3,4 dos pontos percentuais são explicados pela intervenção. Os 6,7 pontos percentuais adicionais representam a capacidade de intervenção para reduzir a duração dos períodos de desemprego / subemprego entre os pacientes que relataram desemprego / subemprego em seis meses. Entre aqueles empregados em um ano, os pacientes com cuidados intensivos tiveram uma probabilidade significativamente menor do que os pacientes habituais de relatar conflitos no local de trabalho no ano seguinte (8,1% vs. 18,9%, $p = 0,04$ ).

### **8. Aplicação da evidência – Recomendação**

Para a exposição das recomendações realizou-se a sugestão de conduta com elaboração das recomendações pelos próprios autores da diretriz técnica considerando as características da síntese da evidência e sendo submetida para validação de todos os autores participantes do grupo de trabalho. O grau de recomendação advém diretamente da força disponível dos estudos incluídos segundo Oxford<sup>69</sup> e da utilização do sistema GRADE<sup>70</sup>.

### **9. Conflito de interesse**

Não há nenhum conflito de interesse relacionado a esta revisão a ser declarado por nenhum dos autores.

### **10. Declaração final**

O Projeto Diretrizes, iniciativa da Associação Médica Brasileira em conjunto com as Sociedades de Especialidades, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

**APOIO:**



**E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES**