



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIA HELENA RODRIGUES ROCHA

***PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE LABORAL NOS DOENTES COM
PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA: UMA REVISÃO BASEADA NA
EVIDÊNCIA***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

DRA. INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

DR. TIAGO AZEVEDO SALVADOR DOS SANTOS

MARÇO/2018

Prevenção da incapacidade laboral nos doentes com Perturbação Depressiva: uma revisão baseada na evidência

ARTIGO DE REVISÃO

Maria Helena Rodrigues Rocha¹

mariahelenarrocha@gmail.com

Orientadora: Dra. Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1,2}

inesrcs@gmail.com

Coorientador: Dr. Tiago Azevedo Salvador dos Santos^{3,4}

tiagoazevsantos@gmail.com

¹Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego

³Centro Hospitalar do Baixo Vouga

⁴ Sociedade Portuguesa para o Estudo da Saúde Mental

Índice

Lista de abreviaturas.....	4
Resumo.....	6
Introdução.....	8
Materiais e métodos.....	10
Resultados.....	11
Discussão/Conclusão.....	20
Agradecimentos.....	24
Referências bibliográficas.....	25
Anexos.....	27

Lista de abreviaturas

AD – Antidepressivo

ADT – Antidepressivos tricíclicos

CH – Cuidados habituais

CI – *Confidence interval*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECRC – Ensaio clínico randomizado e controlado

EUA – Estados Unidos da América

IC – Intervenções clínicas

IRSN – Inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina

ISRS – Inibidores seletivos da recaptção de serotonina

IT – Intervenções dirigidas ao ambiente de trabalho

MA – Metanálise

MGF – Medicina Geral e Familiar

NE – Nível de evidência

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

NOC – Normas de Orientação Clínica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PD – Perturbações depressivas

PT – Psicoterapia

PTCC – Psicoterapia cognitivo-comportamental

RS – Revisão sistemática

SMD - *Standardized mean difference*

SORT – *Strength of Recommendation Taxonomy*

WFI – *Work-focused intervention*

WLQ – *Work Limitations Questionnaire*

Resumo

Objetivos: As Perturbações Depressivas afetam, significativamente, a capacidade funcional do indivíduo e, em Portugal, é-lhes atribuída uma percentagem de 11,8% de todas as causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial. Particularmente, o presentismo e absentismo laborais são negativamente influenciados por este grupo de patologias. Pretende-se com este trabalho, rever a evidência das medidas de prevenção da incapacidade laboral nos doentes com depressão.

Fontes de dados: Bases de dados da MEDLINE e de normas de orientação clínica.

Métodos: Pesquisa de metanálises, revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e controlados e normas de orientação clínica, em Português e Inglês, nas bases de dados de *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse* e Pubmed utilizando os termos MeSH: *DEPRESSION; DEPRESSIVE DISORDER; ABSENTEEISM; PRESENTEEISM; SICK LEAVE; RETURN TO WORK*. Foi utilizada a *Strength of Recommendation Taxonomy*, da *American Family Physician* para avaliação e atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados: Da pesquisa foram obtidos 86 artigos. Destes, 3 cumpriram os critérios de inclusão: um ensaio clínico randomizado e controlado, uma revisão sistemática e uma norma de orientação clínica. A modalidade de tratamento de *Collaborative Care* mostrou superioridade em relação às outras modalidades de tratamento na redução do absentismo laboral (NE 1). A *Work-focused intervention* veio reforçar a importância do *Collaborative Care* e, no geral, também mostrou benefício na diminuição da incapacidade laboral. Em relação às intervenções habituais, não há diferenças entre classes farmacológicas (NE 2). A adição de psicoterapia não tem vantagem sobre a farmacoterapia isolada, mas essa afirmação não se verifica se a psicoterapia for realizada online ou por telefone, a qual parece ter

benefício na prevenção da incapacidade laboral nos doentes com depressão (NE 2). Relativamente às modalidades habituais de psicoterapia, a longo prazo, a terapia psicodinâmica apresentou uma ligeira vantagem sobre as restantes (NE 3). O exercício físico aeróbio tem desvantagem em relação ao exercício de força (NE 3) e de relaxamento/alongamento (NE 2).

Conclusão: De acordo com a evidência disponível recomenda-se: quando indicada a implementação de psicoterapia, dar preferência à psicoterapia online ou por telefone (SORT B); exercícios de relaxamento/alongamento (SORT B) ou de força (SORT C); implementação de *collaborative care* e, sempre que possível, a implementação de toda a *work-focused intervention* (SORT A).

Palavras-chave/Keywords: Perturbação Depressiva; Absentismo; Presentismo; Prevenção / Depressive Disorder; Absenteeism; Presenteeism; Prevention.

Introdução

As Perturbações Depressivas (PD) definem-se pela existência de um estado de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam, significativamente, a capacidade funcional do indivíduo (1) nas áreas interpessoal, social e ocupacional (2). Este grupo de patologias impõe-se como um dos problemas mais graves de Saúde Pública com que se debatem os países industrializados e, dos 34 países que integraram o *Survey* da Organização Mundial de Saúde (OMS), Portugal teve a 4ª mais elevada taxa de prevalência anual (3).

Nos cuidados de saúde primários portugueses (CSP), a prevalência das PD durante a vida, em 2013, era de 19,3% (4), e a proporção de doentes com esse diagnóstico, em 2015, era 8,69% (5). A condição clássica deste grupo de perturbações é a Depressão Major, (1) sendo que ao longo deste trabalho, quando for utilizado o termo Depressão, o autor estará a referir-se a esta patologia.

A Depressão representa 11,8% de todas as causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial (4) e, em 2015, foi classificada pela OMS como o maior contribuinte de incapacidade para a atividade de vida produtiva (3). Foi comprovado, em inúmeros estudos prospetivos de coorte (6–11), que as Perturbações Depressivas/Depressão têm um impacto significativo no aumento da incapacidade laboral, inclusivamente, superior ao associado às Perturbações da Ansiedade (10,11) e a outras doenças crónicas comuns, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardiovascular e doença oncológica (7,11). A quantificação da incapacidade laboral, habitualmente, exige a medição do presentismo, que é a diminuição da produtividade laboral por doença, e do absentismo, que é a perda de dias de trabalho por doença (11).

Em 2013, aquando da publicação do documento “Saúde Mental em Números”, os autores alertavam para a necessidade de criar Equipas Comunitárias de Saúde Mental, que se articulassem de modo efetivo com os CSP, de modo a melhorar a capacidade diagnóstica e terapêutica dos profissionais de Medicina Geral e Familiar (MGF), bem como a intervenção de enfermeiros e outros profissionais de saúde (4). Esta necessidade assenta, principalmente, no facto da maioria dos doentes com PD (9,8% dos 15% sob tratamento) recorrerem aos CSP, ou seja, à especialidade de MGF (12). Isto levanta dois problemas: em primeiro lugar, a esmagadora maioria dos doentes com PD encontra-se sem tratamento (85%); em segundo lugar, os doentes com PD recorrem mais à MGF do que aos serviços especializados de Saúde Mental. A falta de recursos e de orientações clínicas baseadas na evidência faz com que Portugal seja um dos países do mundo com maior taxa de prescrição de psicofármacos, nomeadamente benzodiazepinas, quando estes deveriam constituir apenas o tratamento sintomático a curto prazo (3).

Em 2017, foi publicado o mais recente documento que faz o ponto da situação após implementação do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção Geral de Saúde (DGS), com um sumário das atividades feitas em 2016, uma previsão do que está a ser realizado em 2017/2018 e o que se prevê fazer até 2020. Uma das principais conclusões foi que as pessoas estão a viver mais anos com doença mental mas com mais incapacidades, o que implica uma sobrecarga para a sociedade (5). Um dos objetivos, a concretizar até 2020, que os autores do programa apontam como de extrema importância é a necessidade de fortalecer o conhecimento baseado na evidência científica e a partilha de boas práticas na Saúde Mental (5).

Tendo em conta o que foi anteriormente referido, decidiu-se rever a evidência das medidas para minimizar/prevenir a incapacidade laboral nos doentes com o diagnóstico de Perturbação Depressiva.

Materiais e métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica entre os dias 25 de fevereiro e 4 de março de 2018 nas bases de dados de: *Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse* e Pubmed com os seguintes termos MeSH: *DEPRESSION; DEPRESSIVE DISORDER; ABSENTEEISM; PRESENTEEISM; SICK LEAVE; RETURN TO WORK*. Os resultados foram filtrados de forma a obter apenas metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRC) e normas de orientação clínica (NOC), em Português e Inglês.

Foi estabelecido que os artigos selecionados deveriam responder aos quatro componentes do método PICO da seguinte forma:

- *Population*: Adultos com PD, em atividade profissional (empregados).
- *Intervention*: Medidas para minimizar/prevenir a incapacidade laboral.
- *Comparison*: Nenhuma intervenção/cuidados habituais.
- *Outcome*: Minimizar/Prevenir a incapacidade laboral.

Na avaliação e atribuição dos níveis de evidência (NE) e forças de recomendação foi utilizada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT), da *American Family Physician* (13).

Resultados

Da pesquisa foram obtidos 86 artigos. Desses foram excluídos os que não cumpriam o PICO estabelecido e ainda:

1. ECRC incluídos na RS;
2. Estudos nos quais os sintomas depressivos eram, exclusivamente, consequência de ambiente laboral adverso, sem patologia de base.

Assim, foram selecionados 3 artigos: um ECRC; uma RS; e uma NOC.

A descrição dos artigos selecionados encontra-se resumida nos quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 – Ensaio clínico randomizado e controlado

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
<i>Lerner et al</i> (2015)	Adultos, com 45 anos ou mais, americanos, empregados, com o diagnóstico de depressão major, distímia ou ambos, foram randomizados em dois grupos – intervenção e cuidados habituais (CH).	<i>Work-focused intervention</i> (WFI)	<ul style="list-style-type: none">• 380 indivíduos completaram o estudo;• Melhoria na produtividade de 44% vs 13% do grupo sob cuidados habituais ($p < 0.001$);• Melhoria na performance laboral em quatro escalas do Work Limitations Questionnaire (WLQ) vs grupo sob CH melhorou em duas escalas ($p < 0.001$);• O absentismo laboral foi 53% inferior no grupo dos submetidos à WFI vs 26% no grupo sob CH.	1

Lerner et al (14) realizou um ECRC, com uma população de indivíduos, recrutados em empresas dos Estados Unidos da América (EUA), com 45 anos ou mais, empregados e com o diagnóstico de depressão major ou distímia ou ambas e algum grau de incapacidade laboral, avaliado pelo WLQ (em anexo). Dos 18 102 trabalhadores contactados, 1227 preenchiam os critérios de inclusão e 431 consentiram participar no estudo. Estes 431 indivíduos foram randomizados em dois grupos: o grupo intervenção para ser tratado com WFI, fornecida pelo grupo de investigação, e outro grupo para ser submetido aos CH, que deveriam ser procurados pelos próprios. No início não existiam diferenças significativas no presentismo e absentismo entre ambos os grupos.

WFI consiste em: 4 sessões por semana, de 50 minutos cada, durante 4 meses, via telefone, realizadas por um profissional com experiência em saúde do trabalho. A WFI inclui 3 modalidades:

1. *Collaborative care*: permitiu ultrapassar a dificuldade de homogeneização das metas e expectativas do indivíduo, do médico e do profissional que realizava as sessões. Baseado neste método, o doente recebia psicoeducação e motivação para adesão à intervenção.
2. Psicoterapia cognitivo-comportamental (PTCC) focada na componente laboral com o objetivo de adquirir capacidades de identificar pensamentos, sentimentos e comportamentos, que poderiam contribuir para aumentar a incapacidade laboral, e responder a eles com estratégias de *coping* mais eficazes. Foi acrescentada uma versão modificada do *Creating a Balance* que incluía exercícios de modificação comportamental e cognitiva.
3. Estratégias personalizadas às dificuldades laborais do indivíduo, incluindo alteração de comportamentos laborais específicos e métodos de reabilitação vocacional.

Entenda-se por CH, os cuidados prestados por: médico dos cuidados de saúde primários ou psiquiatra ou psicólogo.

Completaram o estudo 380 indivíduos (>80%). No final do tratamento, o grupo WFI aumentou, significativamente, em todos os *outcomes* e esse aumento foi, significativamente, superior ao observado no grupo sob CH. O grupo intervencionado apresentou:

- Melhoria na produtividade de 44% vs 13% do grupo sob cuidados habituais ($p<0.001$);
- Melhoria na performance laboral em todas as escalas do WLQ ($p<0.001$) enquanto que o grupo sob CH apenas aumentou, significativamente, em duas escalas do WLQ ($p<0.001$);
- O absentismo laboral foi 53% inferior no grupo dos submetidos à WFI vs 26% no grupo sob cuidados habituais ($p<0.001$).

Os autores atribuíram a este artigo o nível de evidência 1, por se tratar de um ECRC e por ter chegado ao final com mais de 80% dos participantes, sem diferenças significativas entre os dois braços do estudo.

Quadro 2 – Revisão sistemática

Referência	População	Intervenção	NE
<i>Nieuwenhuijsen et al (2014)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 20 ECRCs + 3 ECRCs por <i>cluster</i>; • 26 grupos sob intervenção; • 23 grupos controle; • Número total de participantes incluídos na análise: 5996. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenções dirigidas ao ambiente de trabalho (IT) 2. Intervenções clínicas (IC) <ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivos (AD): Antidepressivos tricíclicos (ADT) Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN) <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia (PT): Cognitivo-comportamental Terapia de resolução de problemas Terapia psicodinâmica • Exercício físico de força ou aeróbico. 	2
Resultados			
Outcome primário: diminuir o absentismo laboral			Qualidade da evidência
IT + IC vs IC isolada (médio prazo - <1ano): a combinação de 3 estudos não demonstrou diferenças;			Moderada
IT + IC vs IC isolada (longo prazo – entre 18-48 meses): a combinação de 2 estudos não demonstrou diferenças;			Moderada
IT+ IC vs IT isolada: 1 estudo não mostrou benefício na associação;			Moderada
AD vs placebo: 1 estudo mostrou que os ADs não têm vantagem sobre o placebo no absentismo laboral, mas mostraram alguma superioridade na diminuição do presentismo.			Muito baixa
ISRS vs ADT: 1 estudo não encontrou diferenças entre as duas classes;			Baixa

Escitalopram vs Citalopram (ambos ISRS): 1 estudo mostrou grande vantagem do escitalopram;	Moderada
PT + ADT vs ADT isolado: 1 estudo não mostrou diferença significativa na terapia combinada	Muito baixa
PT (curto prazo): 1 estudo mostrou que a terapia psicodinâmica não é mais eficaz que a terapia de resolução de problemas;	Baixa
PT (longo prazo): 1 estudo mostrou que a terapia psicodinâmica é mais eficaz que terapia de resolução de problemas;	Baixa
PTCC online ou telefônica vs CH: 3 estudos demonstraram que a PTCC online ou telefone tem vantagem relativamente aos CH;	Baixa
Programa de tratamento estruturado que inclui intervenção telefônica vs CH: no estudo onde o programa foi testado, este mostrou vantagem no absentismo, mas não mostrou vantagem no presentismo	Alta
Exercício de força vs exercício aeróbico: 1 estudo o exercício de força foi mais eficaz	Baixa
Exercício aeróbico vs relaxamento e alongamento: 2 estudos demonstraram não haver superioridade do exercício aeróbico	Moderado

Nieuwenhuijsen et al (15) publicou na *Cochrane Library*, em 2014, uma RS baseada em 23 ECRCs, que no seu conjunto incluíam 26 grupos intervenção e 23 grupos controle, com um total de 5996 participantes. Foram incluídos: adultos (>17 anos), empregados, com o diagnóstico de perturbação depressiva (independentemente do método de diagnóstico usado).

Foi feita uma análise dos dados e foram calculados valores de *standardized mean difference* (SMD), que é uma medida que permite uniformizar os resultados quando artigos diferentes têm o mesmo *outcome*, mas avaliam-no de formas diferentes, tendo o autor da RS utilizado um *confidence interval* (CI) de 95%.

Foram incluídas todas as intervenções que se destinassem a reduzir a incapacidade laboral. Para facilitar, as intervenções foram divididas em dois grupos:

1. IT, das quais fazem parte:

- Alterações no trabalho, por exemplo, nas tarefas laborais destinadas aquele indivíduo ou nas horas de trabalho;
- Apoiar as estratégias de *coping* do indivíduo para lidar com a depressão no local de trabalho.

2. IC:

- Antidepressivos (qualquer classe, em qualquer dose);
- Psicoterapia (cognitivo-comportamental, terapia interpessoal, terapia de resolução de problemas, terapia psicodinâmica, sessões de aconselhamento e terapia ocupacional);
- Exercício físico de força, aeróbico e de relaxamento/alongamentos.

As comparações realizadas e os resultados obtidos para o *outcome* primário, que era diminuir o absentismo laboral, foram:

1. IT:

- 1) IT + IC vs IC isolada (médio prazo - <1ano): a combinação de 3 estudos não demonstrou diferenças (SMD -0.32; CI 95% entre -0.88 e 0.25);
- 2) IT + IC vs IC isolada (longo prazo – entre 18-48 meses): a combinação de 2 estudos não demonstrou diferenças (SMD -0.19; CI 95% entre -0.49 e 0.12);
- 3) IT+ IC vs IT isolada: 1 estudo não mostrou benefício na associação (SMD -0.14; CI 95% entre -0.49 e 0.21).

2. IC:

- 1) AD vs placebo: 1 estudo mostrou que os ADs não têm vantagem sobre o placebo no absentismo laboral (SMD 0.48; 95% CI entre -0.05 e 1.00) mas mostraram alguma

- superioridade na diminuição do presentismo (SMD -0.58; CI 95% entre -1.11 e -0.05);
- 2) ISRS vs IRSN: a combinação dos estudos não foi extrapolada por ter uma inconsistência de 83%;
 - 3) ISRS vs ADT: 1 estudo não encontrou diferenças entre as duas classes (SMD 0.08; CI 95% entre -0.08 e 0.25);
 - 4) Escitalopram vs Citalopram (ambos ISRS): 1 estudo mostrou grande vantagem do escitalopram (SMD -0.31; CI 95% entre -0.54 e -0.07);
 - 5) PT + ADT vs ADT isolado: 1 estudo não mostrou diferença significativa na terapia combinada (SMD -0.11; CI 95% entre -0.57 e 0.35);
 - 6) PT (curto prazo): 1 estudo mostrou que a terapia psicodinâmica não é mais eficaz que a terapia de resolução de problemas (SMD 0.25; CI 95% entre -0.39 e 0.89);
 - 7) PT (longo prazo): 1 estudo mostrou que a terapia psicodinâmica é mais eficaz que terapia de resolução de problemas (SMD -4.61; CI 95% entre -5.84 to -3.39);
 - 8) PTCC online ou telefónica vs CH: 3 estudos demonstraram que a PTCC online ou telefone tem vantagem relativamente aos CH (SMD 0.23; CI 95% entre -0.45 e -0.01);
 - 9) Programa de tratamento estruturado que inclui intervenção telefónica vs CH: no estudo onde o programa foi testado, este mostrou vantagem no absentismo (SMD -0.21; CI 95% entre -0.37 e -0.05) mas não mostrou vantagem no presentismo (SMD -0.23; CI 95% entre -0.39 e -0.07);
 - 10) Exercício de força vs exercício aeróbico: 1 estudo o exercício de força foi mais eficaz (SMD -1.11; CI 95% entre -1.68 e -0.54);
 - 11) Exercício aeróbico vs relaxamento e alongamento: 2 estudos demonstraram não haver superioridade do exercício aeróbico (SMD -0.06; CI 95% entre -0.36 e 0.24).

A qualidade da evidência (Quadro 2) definida pelos autores desta RS para os achados dos ECRC incluídos foi feita da seguinte forma:

- **Alto:** é improvável que novas pesquisas possam alterar a nossa confiança na estimativa do efeito.
- **Moderado:** é provável que outras pesquisas tenham um impacto importante na nossa confiança e possam alterar a estimativa do efeito.
- **Baixa:** é muito provável que uma pesquisa adicional tenha um impacto importante sobre a nossa confiança e é suscetível de mudar a estimativa.
- **Muito baixo:** qualquer estimativa de efeito é muito incerta.

Os autores atribuíram o nível de evidência 2 a esta RS não só porque a maioria dos ECRC incluídos apresentavam elevado risco de viés (14 ERCs), mas também porque a maioria dos achados obtidos apresentavam uma qualidade de evidência baixa (definida pelos autores da RS).

Quadro 3 – Norma de orientação clínica

Referência	População	Intervenção	Resultados	NE
<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i> (2016)	Doentes com depressão nos cuidados de saúde primários	<i>Collaborative care</i>	Aumentou a adesão à terapêutica, a qualidade de vida e, particularmente, em relação a situação laboral: diminuiu o absentismo laboral e aumentou a performance laboral.	3

A NOC selecionada (16) foi realizada por uma equipa do *Institute for Clinical Systems Improvement*, liderada por *Michael Trangle MD*, tendo sido publicada na *National Guideline Clearinghouse* em 2016. A população à qual esta norma de orientação se destina são os doentes com depressão acompanhados nos cuidados de saúde primários. Relativamente ao impacto laboral da depressão podem ser retiradas duas ideias chave:

1. A psicoterapia pode ter impacto negativo no absentismo laboral.
2. *Collaborative care* é a modalidade de tratamento recomendada para minimizar a incapacidade laboral do indivíduo. Esta é uma modalidade abrangente de tratamento que envolve uma equipa multidisciplinar constituída por: médico dos cuidados de saúde primários; psiquiatra/psicólogo; um médico que possa fazer de *manager* no processo (de forma a garantir o contato, telefónico ou presencial periódico, com os doentes, com o objetivo de educar, avaliar a adesão à terapêutica e monitorizar os *outcomes*).

Discussão/Conclusão

A adição de intervenções dirigidas ao ambiente de trabalho às intervenções clínicas não mostrou benefício consistente em relação às intervenções clínicas isoladas (NE 2). Por esse motivo será dado maior enfoque à discussão das intervenções clínicas.

Em relação à terapêutica farmacológica das perturbações depressivas, a evidência disponível (15) parece apontar para a não superioridade dos antidepressivos em comparação com placebo na diminuição do absentismo laboral, apesar destes mostrarem algum impacto positivo no presentismo (NE 3). Na comparação entre classes, não existem diferenças significativas entre ISRS e ADT, mas dentro da classe dos ISRS, o Escitalopram foi superior ao Citalopram na diminuição do absentismo laboral (NE 2). No entanto, decidiu-se não considerar o nível de evidência dado pelo autor da RS, por considerar-se que o estudo onde este resultado foi obtido apresenta elevado risco de viés por conflito de interesses. Estes achados vão contra as recomendações clínicas para o tratamento da depressão do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) (17), que indicam o início do tratamento farmacológico precoce nos doentes com evidência de comprometimento funcional e/ou incapacidade. Baseado na evidência disponível, não existe suporte para estabelecer novas recomendações relativamente à terapêutica farmacológica com antidepressivos para a prevenção da incapacidade laboral nos doentes com depressão.

A adição da psicoterapia ao tratamento farmacológico com antidepressivos não mostrou benefício relativamente ao antidepressivo isolado (NE 3) (15). Esta afirmação pode refletir o facto de existir até alguma evidência de que a psicoterapia possa ter um impacto negativo no absentismo laboral, por implicar um gasto horário acrescido com as sessões (16). Um achado que corrobora esta ideia é a evidência de superioridade da psicoterapia cognitivo-comportamental, online ou por telefone, e da intervenção estruturada por telefone em relação

à habitual (NE 2) (15). O conceito de psicoterapia cognitivo-comportamental computadorizada já tinha sido incluído como opção terapêutica na *guideline* da NICE para o tratamento da depressão. Sendo a psicoterapia a base do tratamento, seja qual for a gravidade da perturbação depressiva (17), recomenda-se a implementação de psicoterapia online ou por telefone (SORT B) para reduzir o número de sessões presenciais e, deste modo, diminuir o acréscimo de ausências ao trabalho.

Relativamente às modalidades de PT, parece haver benefício da terapia psicodinâmica em relação à terapia de resolução de problemas, mas essa superioridade só se verificou a longo prazo (NE 3) (15). Esta evidência não é suficiente para substituir as anteriores, que atribuem à psicoterapia cognitivo-comportamental a maior vantagem no tratamento da depressão (17).

Acerca do exercício físico, conclui-se que o exercício aeróbico não é mais eficaz que os exercícios de relaxamento/alongamento (NE 2), e que é até menos eficaz que o exercício de força (NE 3) (15). No tratamento da depressão, o exercício físico está particularmente indicado para promover uma melhor higiene do sono e reabilitação psicossocial (17). Recomenda-se que, na ausência de contraindicações, os doentes com depressão realizem exercícios de relaxamento/alongamento (SORT B) ou de força (SORT C).

Acerca das terapêuticas específicas recomendadas para a diminuição do absentismo laboral, a adoção de uma modalidade de *collaborative care* está indicada para o tratamento de doentes com perturbação depressiva nos cuidados de saúde primários (NE 1) (16), tendo como principal diferença em relação à abordagem habitual, a existência de um médico que possa fazer de *manager* no processo (de forma a garantir o contato, telefónico ou presencial periódico, com os doentes, com o objetivo de educar, avaliar a adesão à terapêutica e

monitorizar os *outcomes*). Até aqui, o *collaborative care* estava apenas indicado nos doentes com depressão e outra doença crónica física que lhes conferisse incapacidade funcional (17). A *work-focused intervention* (14), que provou ser efetiva na redução da incapacidade laboral e do presentismo (NE 1), para além de reforçar a importância do *collaborative care*, recomenda a psicoterapia cognitivo-comportamental focada na componente laboral, por telefone, e a adição de uma modalidade de psicoeducação baseada no *Creating a Balance*. O objetivo é que os doentes adquiram a capacidade de identificar pensamentos, sentimentos e comportamentos que poderiam contribuir para aumentar a incapacidade laboral, e que os possam combater com estratégias de *coping* mais eficazes. Além disso, esta intervenção também inclui estratégias personalizadas às dificuldades laborais do indivíduo, incluindo alteração de comportamentos laborais específicos e métodos de reabilitação vocacional. Recomenda-se a implementação de *collaborative care* aos doentes com perturbação depressiva e, sempre que possível, a implementação de toda a *work-focused intervention*, de forma a aumentar a produtividade e, conseqüentemente, diminuir o presentismo e absentismo (SORT A).

Uma colaboração entre a Psiquiatria, Psicologia, Medicina Geral e Familiar e Medicina do Trabalho seria essencial à implementação desta intervenção. Em Portugal, a vasta rede de cuidados de saúde primários e a existência da especialidade de Medicina do Trabalho, viabiliza a implementação desta modalidade. No entanto, existem algumas limitações, por exemplo, a falta de formação em Saúde Mental dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários e de Medicina do Trabalho, e o reduzido número de profissionais de Psicologia disponíveis. Está agendado cumprir até 2020, no Programa Nacional de Saúde Mental (17), um projeto que visa aumentar o acesso dos doentes mentais a programas de tratamento e de reabilitação psicossocial nos Cuidados de Saúde Primários, com articulação

com os Cuidados especializados em Saúde Mental, de forma a facilitar a recuperação e a reintegração das pessoas com doença mental.

Como limitações às conclusões desta revisão, temos a inexistência de artigos que comparem o tratamento farmacológico isolado com a psicoterapia isolada e que comparem a implementação vs não-implementação de exercício físico.

Seria importante no futuro esclarecer os pontos anteriormente referidos como limitações, de forma a individualizar a importância de cada intervenção isoladamente.

Por outro lado, seria vantajoso tentar perceber se, de facto, os antidepressivos não têm vantagem em relação ao placebo na diminuição da incapacidade laboral nos doentes com depressão. Caso se confirmasse este achado, e tendo em conta que o risco-benefício desta classe terapêutica é amplamente discutido, poderia tentar perceber-se se a causa estaria relacionada com os efeitos secundários e de que forma isso poderia ser minimizado.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer muito à Dra. Inês Rosendo pela prontidão inigualável no esclarecimento de dúvidas e a orientação ao longo da realização deste trabalho.

Ao Dr. Tiago Santos pelo contributo essencial que prestou dando a visão da Psiquiatria sobre o tema em estudo e, deste modo, ajudando a contextualiza-lo para aplicação à prática clínica.

À minha família e aos meus amigos, por esperarem sempre o melhor de mim.

Referências bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM V. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - tradução da Associação Brasileira de Psiquiatria. 2013. 948 p.
2. Saraiva CB, Cerejeira J. Psiquiatria fundamental. 2014.
3. Direção-Geral da Saúde (DGS). Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns. 2017;1–104.
4. Direcção-Geral da Saúde. Portugal - Saúde Mental em números - 2013. DGS - Ministério da Saude- Programa Nac para a Saude Ment. 2013;104.
5. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional de Saúde Mental. 2017;
6. Bouwmans CAM, Vemer P, van Straten A, Tan SS, Hakkaart-van Roijen L. Health-Related Quality of Life and Productivity Losses in Patients With Depression and Anxiety Disorders. *J Occup Environ Med.* 2014;56(4):420–4.
7. Wang X, Guo J, Zhang X, Qu Z, Tian D, Ma S. The effects of depression and chronic diseases on the work outcomes of employees: A prospective study in Northwest China. *Public Health.* 2014;128(8):734–42.
8. Lerner D et al. Work Performance of Employees With Depression: The Impact of Work Stressors. 2014;31(9):1713–23.
9. Suzuki T, Miyaki K, Song Y, Tsutsumi A, Kawakami N, Shimazu A, et al. Relationship between sickness presenteeism (WHO-HPQ) with depression and sickness absence due to mental disease in a cohort of Japanese workers. *J Affect Disord.* 2015;180:14–20.

10. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Hardeveld F, De Graaf R, Batelaan NM, et al. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord.* 2015;178:121–30.
11. Bokma WA, Batelaan NM, van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Impact of Anxiety and/or Depressive Disorders and Chronic Somatic Diseases on disability and work impairment. *J Psychosom Res.* 2017;94:10–6.
12. Almeida J, Xavier M, Cardoso G, Pereira M, Gusmão R, Corrêa B, et al. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 2013. 60 p.
13. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, et al. Strength of Recommendation Taxonomy (SORT): A Patient-Centered Approach to Grading Evidence in the Medical Literature. *Am Fam Physician.* 2004;69(3):548–56.
14. 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(6):570–7.
15. Nieuwenhuijsen K, Faber B, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, Hees HL, Verhoeven AC van der, Feltz-Cornelis CM BU. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Libr.* 2014;14:821(1):1–3.
16. Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, et al. Adult depression in primary care. *Natl Guidel Clear.* 2016;
17. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. *Clin Guidel | Natl Inst Heal Care Excell.* 2009;(Revista em 2018).

Anexos

Anexo 1: *Work Limitation Questionnaire*, Debra Lener (1998)

Appendix A Work Limitations Questionnaire® Sample Items

Work Limitations Questionnaire, © 1998, The Health Institute; Debra Lerner, Ph.D.; Benjamin Amick III, Ph.D.; and GlaxoWellcome, Inc. All Rights Reserved.

In the past 2 weeks, how much of the time did your physical health or emotional problems make it difficult for you to do the following?

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. do your work without stopping to take breaks or rests	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
b. stick to a routine or schedule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
c. keep your mind on your work	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
d. speak with people in person, in meetings or on the phone	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
e. handle the workload	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

Note: Items a. and b. are from the Time Demands scale. Items c. and d. are from the Mental-Interpersonal Demands scale. Item e. is from the Output Demands scale.

In the past 2 weeks, how much of the time were you **ABLE TO DO** the following without difficulty caused by physical health or emotional problems?

(Mark one box on each line a. and b.)

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. walk or move around different work locations (for example, go to meetings)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
b. use hand-held tools or equipment (for example, a phone, pen, keyboard, computer mouse, drill, hairdryer, or sander)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

Note: Items a. and b. are from the Physical Demands scale.