



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

rbso@fundacentro.gov.br

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho
Brasil

Santos Saldanha, Jorge Henrique; Medeiros Pereira, Ana Paula; da Fonseca Neves, Robson; Gomes de Lima, Mônica Angelim

Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 38, núm. 127, enero-junio, 2013, pp. 122-138

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100528024011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT

Facilitating factors and barriers for returning to work in workers affected by Repetitive Strain Injury (RSI)/Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs)

Jorge Henrique Santos Saldanha¹

Ana Paula Medeiros Pereira²

Robson da Fonseca Neves³

Mônica Angelim Gomes de Lima⁴

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

³ Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Contato:

Jorge Henrique Santos Saldanha

E-mail:

jhsaldanha@gmail.com

Os autores declaram que este trabalho não foi subvencionado e não apresenta conflitos de interesse.

Resumo

Introdução: As Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) causam afastamento do trabalho de uma grande parcela de trabalhadores. **Objetivo:** Entender e sistematizar de que forma os fatores relacionados ao retorno ao trabalho (RT) de trabalhadores acometidos por LER/DORT são descritos na literatura como facilitadores ou barreiras. **Métodos:** Revisão crítica de literatura do período de janeiro de 2005 a outubro de 2010 disponível nas bases Lilacs, MedLine e SciELO. As informações foram sistematizadas em três categorias de fatores que influenciam o RT e como facilitadores ou barreiras – de ordem pessoal, de ordem organizacional e relacionadas às características dos serviços, sistemas e políticas. **Resultados:** Dos 633 artigos inicialmente levantados, 21 atenderam aos critérios de inclusão. Fatores identificados como mais relevantes: de ordem pessoal – dor, fatores psicossociais, afastamento do trabalho; organizacionais – modificações nos postos de trabalho, demanda psicológica do trabalho, apoio organizacional, apoio de colegas e da chefia; relacionados aos serviços, sistemas e políticas – programa de retorno ao trabalho, tempo de afastamento e serviços de apoio. **Conclusão:** O estudo evidenciou que o RT é um processo complexo, que demanda políticas intersetoriais, cooperação técnica e pactuação de metas entre os atores envolvidos no processo.

Palavras-chave: LER/DORT; transtornos traumáticos cumulativos; doenças profissionais; retorno ao trabalho; trabalhadores.

Abstract

Introduction: Repetitive Strain Injury (RSI)/Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs) frequently cause a great number of work leaves. **Objective:** understand and systematize the way the factors related to RSI-WMSDs affected workers' return-to-work are described in literature as facilitating factors or barriers. **Methods:** a critical review of the literature from January 2005 to October 2010, available in Lilacs, Medline and SciELO databases. Information was systematized in three categories of factors that influenced return-to-work, as facilitating factors or barriers, of personal nature, of work organizational nature, and related to the characteristics of services, systems and policies. **Results:** from the 633 articles first analyzed, 21 met the inclusion criterion. The most relevant identified factors: personal nature – pain, psychosocial factors, work leave; organizational – employment changes, psychological work demand, organizational support, co-workers' and bosses' support; related to services, systems and policies – a back-to-work program, leave duration and support services. **Conclusion:** This study showed that return-to-work is a complex process, that it demands intersectorial policies technical cooperation and consonance of the involved actors towards the aimed targets.

Keywords: RSI/WMSD; cumulative trauma disorders; occupational diseases; return-to-work; workers.

Recebido: 02/03/2012

Revisado: 01/03/2013

Aprovado: 05/03/2013

Introdução

Marx (1968) considera o trabalho como atividade fundamental de emancipação do homem ao longo da história, ao mesmo tempo em que denuncia o processo de exploração ao qual são submetidos os trabalhadores. Desta forma, deixa de ser uma atividade emancipatória, configurando-se como responsável por uma grande parcela das situações de adoecimento dos indivíduos (ANTUNES; ALVES, 2004; DEJOURS, 1994).

As modificações decorrentes do processo de reestruturação produtiva mundial têm ocorrido de forma rápida e profunda, utilizando novas tecnologias, novas relações trabalhistas que trazem como consequências a degradação das condições de trabalho, o aumento da exposição a fatores de risco e a ampliação da vulnerabilidade dos trabalhadores. Este processo é responsável pelo aprofundamento das desigualdades sociais no Brasil, pela precarização das relações de trabalho, pela maior insegurança e instabilidade somadas à desproteção social. Este processo tem gerado repercussões sobre o cuidado com a saúde e segurança dos trabalhadores e tem desencadeado cenários de adoecimento no mundo e no Brasil (CÂMARA et al., 2003; GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999).

Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) configuram-se como problemas comuns de saúde que atingem cerca de 30% da população mundial com mais de 25 anos e são um dos principais agravos à saúde que geram afastamento do trabalho e concessão de auxílio-doença entre a população trabalhadora (BÜLTMANN et al., 2007; FASSA et al., 2005).

No ano de 2010, dentre as doenças do trabalho, as mais incidentes no Brasil foram lesões no ombro, dorsoalgia, sinovite e tenossinovite – enfermidades comumente relacionadas às LER/DORT –, sendo que este grupo correspondeu a cerca de 10,8% do total de acidentes registrados pela previdência social. Comparado com o ano anterior, o número de acidentes de trabalho registrados apresentou uma queda de 4,3%. Apesar da diminuição nos números de assistência médica em 5,8%, incapacidade temporária em 4,1% e incapacidade permanente em 3,5%, os valores absolutos seguem muito altos e as consequências são ainda piores quando observamos que o grupo das LER/DORT tem sido responsável por incapacidade temporária e permanente de adultos jovens em idade produtiva, causando afastamento do trabalho de uma grande parcela de trabalhadores (BRASIL, 2010).

Sabe-se que o registro de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho no Brasil, apesar de alto, não reflete a realidade, pois, segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas na América Latina (BRASIL, 2004).

Em um cenário de crescente aumento no número de afastados do trabalho e de dependentes dos sistemas de seguridade social, uma alternativa que vem sendo adotada por governos, organizações sociais e profissionais de saúde é a estruturação de programas de reabilitação profissional. Esses programas têm como objetivo facilitar a reinserção dos trabalhadores com agravos e incapacidade no mundo do trabalho e nas atividades sociais e baseiam-se em diferentes modelos conceituais quanto à incapacidade e à funcionalidade, resultado da interação do estado de saúde com o contexto sociocultural (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). São constituídos por diferentes metas, valores e implicações sobre o diagnóstico, o tratamento e a compensação (SCHULTZ et al., 2007).

Uma definição clara e consensual para o termo retorno ao trabalho não foi encontrada. Schultz et al. (2007), em uma importante revisão de literatura, descreve dois modelos conceituais que foram mais presentes na sua pesquisa. Um traz uma definição simples que considera retorno ao trabalho como uma resposta para desfecho de episódio de acidente ou doença. Para essa definição, é considerada apenas o resultado (retornou ou não retornou ao trabalho). Outro modelo considera o retorno ao trabalho como processo que proporciona que um trabalhador com deficiência (causada ou não por agravos relacionados ao trabalho) volte ao trabalho. O processo de retorno ao trabalho pode ser considerado como a volta ao trabalho com o antigo empregador em tempo integral, retorno em nova função ou até em nova empresa. As diferenças na definição desse processo podem ser um elemento dificultador na comparação entre estudos, visto que os benefícios de um episódio de retorno ao trabalho não podem ser comparados com o retorno ao trabalho saudável e sustentável (SCHULTZ et al., 2007).

Em consonância com o segundo modelo, Young et al. (2005) descrevem o retorno ao trabalho como um processo dinâmico, influenciado por diferentes fatores em distintos momentos, de maneira não linear. Esses autores sugerem um modelo de retorno ao trabalho dividido em etapas, que vão desde a recuperação funcional com o trabalhador fora do trabalho (*off work*), passando pela fase de reinserção no trabalho (*Re-Entry*) – em que se deve observar os ajustes necessários no trabalho para corresponder à capacidade do trabalhador a fim de que mantenha o

emprego e realize as atividades de forma satisfatória – pelo acompanhamento da manutenção do trabalho (*Maintenance*), que inclui o incentivo ao avanço das atividades e dos postos ocupados pelo trabalhador (*Advancement*). Este modelo admite avanços e recuos nestas etapas e propõe a observação desta dinâmica na implementação e avaliação de programas de retorno ao trabalho.

Esta perspectiva objetiva o retorno ao trabalho sustentado por uma ação combinada dos atores sociais envolvidos na reabilitação de trabalhadores. Portanto, implica o estabelecimento de metas pactuadas entre as partes interessadas no processo de retorno ao trabalho (trabalhadores, empregadores, profissionais de saúde, prestadores de serviços, contribuintes e sociedade).

Nesse sentido, os modelos tradicionais de reabilitação têm sido questionados, valorizando-se a reabilitação e o consequente retorno ao trabalho como processo contínuo, integral, que considera aspectos biológicos, ambientais e psicossociais, atendendo à necessidade de recuperação e reintegração ao mundo do trabalho, de integração social e de ampliação da qualidade de vida (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009; FRANK; SAWNEY, 2003; TAKAHASHI; IGUTI, 2008; BURT, 2005; CHEREM et al., 2009; SARDÁ JUNIOR et al., 2009).

A literatura corrente tem apontado fatores relacionados ao retorno ao trabalho, identificando-os como facilitadores e barreiras, e ressaltado a preocupação em tomá-los como referências no processo de concepção e implementação de Programas de Retorno ao Trabalho – PRT (DAMSCHROCHER et al., 2009). Portanto, sistematizar os achados sobre este tema pode revelar caminhos importantes para a implantação desta tecnologia de saúde em nosso contexto (BÜLTMANN et al., 2007; SCOPEL, 2005; BRASIL, 2001).

Partindo da compreensão de que diversos são os fatores que determinam a complexidade da relação entre saúde-ambiente-trabalho, objetiva-se neste estudo entender e sistematizar de que forma são caracterizados na literatura, como facilitadores e barreiras, os fatores relacionados ao retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT.

Método

Trata-se de uma revisão crítica de literatura a partir da consulta da produção científica desenvolvida no período de janeiro de 2005 a outubro de 2010 e tem como núcleos de interesse os fatores de ordem pessoal, organizacional e servi-

ços, sistemas e políticas que influenciam o processo de retorno ao trabalho. A pesquisa bibliográfica foi realizada no período de setembro a outubro de 2010 nas bases de dados Lilacs, MedLine e SciELO. O rastreamento inicial utilizou os termos “Retorno ao Trabalho”, “Reabilitação Profissional”, “Reabilitação de Trabalhadores”, “LER/DORT” e seus correspondentes em inglês: “Return to Work”, “Vocational Rehabilitation”, “Work Related Musculoskeletal Disorders”, “Repetitive Strain Injuries”.

A seleção baseou-se nos seguintes critérios de inclusão: ser artigo original; estar publicado em periódico indexado nas bases de dados descritas anteriormente; ter como tema central o retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT; estar nos idiomas inglês e português. Foram excluídas resenhas, editoriais e artigos de revisão.

Os trabalhos selecionados estão sistematizados nos resultados em cinco quadros compostos das seguintes informações: autor/ano de publicação, tipo de estudo, população de estudo, principais resultados e frequência de resultados.

Resultados e discussão

A pesquisa inicial retornou 633 artigos, dentre os quais, após a leitura dos títulos, 75 foram temporariamente incluídos. Os demais foram excluídos por não obedecerem a um ou mais critérios de inclusão. Dos artigos temporariamente incluídos, foram lidos os resumos e excluídos 54 deles que não preenchiam os critérios. Restaram 21 artigos. Dentre os selecionados, seis são do ano de 2005, dois de 2006, um de 2007, um de 2008, cinco de 2009 e seis de 2010, sendo dez estudos de coorte, quatro exploratórios, um relato de experiência, dois estudos de corte-transversal, um ensaio clínico, um estudo prospectivo e dois estudos descritivos.

Os estudos mostram que o processo de retorno ao trabalho é lento, de grandes desafios para o trabalhador e dependente de múltiplos fatores, não existindo uma sobreposição de importância entre estes, pois o processo de retorno, por ser individualizado, requer a identificação de quais os fatores que atuam como facilitadores e/ou barreiras para um retorno ao trabalho sustentado (YOUNG et al., 2005; SCHULTZ et al., 2007).

Os resultados encontrados estão agrupados em três categorias gerais: fatores pessoais, fatores organizacionais e políticas e serviços de saúde relacionados ao retorno ao trabalho.

Quadro 1 Fatores de ordem pessoal identificados como facilitadores ou obstáculos de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Sardá Junior et al. (2009)	Estudo de corte-transversal	Trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional.	Maior tempo de trabalho na empresa mostrou-se uma barreira no RT*. Menor salário pós-afastamento e maiores valores no escore inicial do MIF** (marginalmente) mostraram-se facilitadores de RT*.
Takahashi et al. (2010)	Relato de experiência	Trabalhadores adoecidos por LER/DORT.	Encontrar-se com litígio judicial em andamento mostrou-se um obstáculo de RT*.
Gravina; Rocha (2006)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores bancários com diagnóstico de LER que participaram de um PRT***.	Presença de dor foi considerada um fator associado à falha no RT*. Expectativa quanto ao RT*, sentimento de reconhecimento social após o RT* e percepção da importância do trabalho para a vida mostraram-se como fatores que influenciam o desenvolvimento de novas habilidades e aumentam a capacidade para o trabalho.
Brouwer et al. (2010)	Estudo de coorte	Trabalhadores requerentes de afastamento de trabalho com distúrbio nas costas ou DORT em extremidades superiores que foram recrutados em colaboração com o Conselho de Segurança do Trabalho e Seguros (WSIB) de Ontário, Canadá.	O fator “enfrentamento da dor” (tolerar, prevenir, gerir) apresenta-se estatisticamente significativo como fator que influencia positivamente o RT*.
Lydell et al. (2010)	Estudo de coorte prospectivo	Trabalhadores participantes de um programa de reabilitação para pessoas em idade ativa (18-65 anos) que foram listadas como doentes devido a LER/DORT.	Menor idade, maior qualidade de vida, maior controle sobre o trabalho, maior nível na escala SOC**** e mais eventos de vida estão associados a melhores resultados de RT*. Não houve diferença significativa quanto ao sexo entre grupos de sucesso e falha de RT*.
Poulain et al. (2010)	Estudo prospectivo	Trabalhadores com dor lombar crônica com mais de um mês de afastamento do trabalho que foram incluídos em um PRT***.	Realização de práticas esportivas no início do PRT***, idade de aparecimento da dor lombar <35 anos e menor tempo de duração da licença por doença estão associados a maior sucesso no RT*.
Bültmann et al. (2007)	Estudo prospectivo	Trabalhadores de Ontário com uma desordem musculoesquelética das costas ou LER/DORT que apresentaram ao Conselho de Segurança no Trabalho e Cartão de Seguro (WSIB) uma alegação de lesão com afastamento do trabalho.	Menores níveis de dor, melhores níveis de saúde física e mental e menores sintomas depressivos estão associados a melhores resultados de RT*. Não houve diferença significativa quanto a sexo, idade ou escolaridade entre os grupos de RT*. Maior renda e viver com um parceiro foram encontrados como fatores associados a melhores resultados de RT* mantido.
Marois; Durand (2009)	Estudo descritivo correlacional	Trabalhadores inscritos em um PRT*** (Prévicap)* que estavam fora do trabalho por um período mínimo de 12 semanas, com dor persistente de origem musculoesquelética e com uma relação de trabalho existente no momento da admissão no programa.	Maior percepção quanto à gravidade da lesão, incapacidade e falha terapêutica, maior sofrimento psíquico, menor tempo na empresa, tentativa de RT* interrompida por aumento da dor foram encontrados como fatores dificultadores de RT*. Na investigação do programa Prévicap*, a representação dos trabalhadores favoráveis e desfavoráveis à RT* foi encontrada como preditora de retorno e barreira para o retorno. Diferentemente do que é comum na literatura, para os trabalhadores participantes do programa Prévicap*, ser do sexo feminino, ter maior duração de ausência do trabalho, maior medo de agravar os sintomas pós-RT* e mais acontecimentos pessoais recentes foram encontrados como fatores facilitadores de RT*.

*RT: Retorno ao Trabalho; **MIF: Medida de Independência Funcional; ***PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; ****SOC: *Sense of Coherence Scale*; *Prévicap: (...) Prevention of Work Handicap. Centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores em Quebec, Canadá. PDQ⁺⁺: *Pain Disability Questionnaire*; MPQ⁺⁺⁺: Questionário de dor McGill; PCS⁺⁺⁺: Escala de catastrofização da dor.

(...) **Quadro 1** Fatores de ordem pessoal identificados como facilitadores ou obstáculos de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Gimeno et al. (2005)	Estudo de coorte de base comunitária	Trabalhadores com síndrome do túnel do carpo (STC).	Sofrimento psíquico esteve relacionado a piores resultados de RT* e de retorno sucedido à função anterior.
Gatchel; Mayer; Theodore (2006)	Coorte prospectiva	Trabalhadores que completaram um programa de reabilitação funcional terciária pós-reinvidicação de lesão ocorrida no trabalho.	Menores níveis na classificação do PDQ ⁺⁺ estão relacionados a melhores resultados de RT* e manutenção de RT*.
Lötters; Hogg-Johnson; Burdorf (2005)	Estudo de coorte	Trabalhadores com licença por doença, resultante de queixas musculoesqueléticas inespecíficas por 2 a 6 semanas, registrada pelo médico do trabalho.	Licença médica nos 12 meses antes da entrada do estudo foi descrita como fator associado a falhas no RT* a maior nível de incapacidade funcional e menor saúde geral no momento do RT*. Medidas gerais de saúde, níveis de dor e incapacidade funcional eram significativamente melhores no momento do RT*.
Maeno; Wünsch Filho (2010)	Estudo exploratório de natureza qualitativa com foco nas representações sociais	Trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992.	Sintomas físicos, “estigma” de ser ex-trabalhador de empresa com alto nível de lesões e idade avançada foram encontrados como obstáculos de RT*.
Kidner; Mayer; Gatchel. (2009)	Coorte	Trabalhadores com distúrbio musculoesquelético ocupacional crônico incapacitante que consentiram e começaram um PRT ^{***} prescrito para o tratamento da dor crônica incapacitante.	Uso de opioides esteve associado a maior duração de incapacidade e maiores níveis de recorrência de lesão comparando-se trabalhadores em uso e trabalhadores sem uso de opioides dentro de um PRT ^{***} .
De Rijk; Nijhuis; Alexanderson (2009)	Estudo de coorte prospectivo	Trabalhadores que estiveram afastados por doença durante pelo menos um mês com situações de saúde relacionadas com transtornos mentais ou osteomusculares.	Não houve diferença significativa quanto ao sexo entre grupos de sucesso e falha de RT*.
Abásolo et al. (2008)	Estudo de coorte retrospectiva	Trabalhadores com incapacidade temporária para o trabalho relacionada a LER/DORT de 1998-2001 e que participaram de um PRT ^{***} .	Desemprego, não remuneração e idade avançada foram associados à maior incapacidade temporária para o trabalho.
Goodman et al. (2005)	Estudo de corte transversal	Trabalhadores com LER/DORT participantes de um PRT ^{***} .	Número de meses no último trabalho antes da lesão e o desempenho em duas provas de destreza (<i>Nine Hole Peg Test</i> e <i>Teste de Destreza de Caixa e Blocos</i>) foram associados a sucesso no RT*.
Sullivan et al. (2005)	Estudo de coorte	Trabalhadores reclamantes de incapacidade temporária para o trabalho por LER/DORT que haviam sido afastados do trabalho por um período de dois anos ou menos e que concordaram em participar de um PRT ^{***} .	Gênero não foi relacionado com diferenças de resultado em RT*. Maior tempo sem trabalhar, maiores escores MPQ ⁺⁺⁺ e PCS ⁺⁺⁺⁺ foram negativamente relacionados ao RT*.
Toldrá et al. (2010)	Estudo descritivo	Trabalhadores com DORT acompanhados em grupo de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.	A precariedade de condições socioeconômicas e de escolaridade foi identificada como fator dificultador de RT*.

*RT: Retorno ao Trabalho; **MIF: Medida de Independência Funcional; ***PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; ****SOC: *Sense of Coherence Scale*; +Prévicap: *Prevention of Work Handicap*. Centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores em Quebec, Canadá. PDQ⁺⁺: *Pain Disability Questionnaire*; MPQ⁺⁺⁺: Questionário de dor McGill; PCS⁺⁺⁺⁺: Escala de catastrofização da dor.

Quadro 2 Fatores de ordem organizacional identificados como facilitadores ou barreiras do retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Takahashi et al. (2010)	Relato de experiência	Trabalhadores adoecidos por LER/DORT.	Permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento mostrou-se fator preditivo de não RT*.
Brouwer et al. (2010)	Estudo de coorte	Trabalhadores requerentes de afastamento de trabalho com distúrbio nas costas ou DORT em extremidades superiores que foram recrutados em colaboração com o Conselho de Segurança do Trabalho e Seguros (WSIB) de Ontário, Canadá.	Obtenção de ajuda do supervisor e de colegas de trabalho apresenta-se como fator que influencia positivamente o RT*.
Marois; Durand (2009)	Estudo descritivo correlacional	Trabalhadores inscritos em um PRT**, que estavam fora do trabalho por um período mínimo de 12 semanas, com dor persistente de origem musculoesquelética e com uma relação de trabalho existente no momento da admissão no programa.	Intervenção de um PRT multidisciplinar foi encontrada como facilitador de RT, mesmo em situações de indisponibilidade de trabalhos leves, presença de posturas inadequadas, presença de uma postura de trabalho estática prolongada e presença de equipamentos de trabalho considerados inadequados.
Gimeno et al. (2005)	Estudo de coorte de base comunitária	Trabalhadores com síndrome do túnel do carpo (STC).	Alta demanda psicológica de trabalho, baixo controle de trabalho e trabalhos considerados ativos estão relacionados a piores resultados de RT*. Apoio organizacional alto mostrou-se um facilitador de RT*, enquanto baixa exigência de trabalho mostrou-se como fator associado a melhores resultados de RT*.
Sullivan et al. (2005)	Estudo de coorte	Trabalhadores reclamantes de incapacidade temporária para o trabalho por LER/DORT que haviam sido afastados do trabalho por um período de dois anos ou menos e que concordaram em participar de um PRT**.	Redução de fator de risco psicossocial está associada à maior probabilidade de retorno ao trabalho.
Maeno; Wünsch Filho (2010)	Estudo exploratório de natureza qualitativa com foco nas representações sociais	Trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992.	Não conseguir acompanhar o ritmo de trabalho e não conseguir trabalhar no mesmo local anterior à lesão se mostraram como fatores dificultadores de RT*.

*RT: Retorno ao Trabalho; **PRT: Programa de Retorno ao Trabalho.

(...)

(...) **Quadro 2** Fatores de ordem organizacional identificados como facilitadores ou barreiras do retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Scopel (2005)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores metalúrgicos afastados por LER/DORT.	Modificações no posto de trabalho e na organização do trabalho são relatadas como fatores facilitadores de RT*. Ausência de modificações no posto de trabalho e na organização do trabalho, dificuldade de relação com pares e supervisores são descritos como fatores que agravam o quadro das LER/DORT e dificultam o RT*.
Gravina; Rocha (2006)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores bancários com diagnóstico de LER que participaram de um PRT**.	Ausência de modificações no posto de trabalho e na organização do trabalho, mudanças ocorridas no perfil do trabalho bancário, dificuldade de relação com pares e supervisores, falta de compreensão por parte de colegas e supervisores sobre as limitações adquiridas são fatores relatados como dificultadores no RT*. Apoio de colegas e chefias, compreensão sobre a situação pela qual o trabalhador está passando são fatores descritos como facilitadores do RT*.
Bültmann et al. (2007)	Estudo prospectivo	Trabalhadores de Ontário com uma desordem musculoesquelética das costas ou LER/DORT que apresentaram ao Conselho de Segurança no Trabalho e Cartão de Seguro (WSIB) uma alegação de lesão com afastamento do trabalho.	Ocupação, situação ocupacional e horas de trabalho por semana no momento da lesão não estão associados a melhores ou piores resultados de RT*.
De Rijk; Nijhuis; Alexanderson (2009)	Estudo de coorte prospectivo	Trabalhadores que estiveram afastados por doença durante pelo menos um mês com situações de saúde relacionadas com transtornos mentais ou osteomusculares.	RT* com carga horária reduzida é mais frequentemente em mulheres (89,5%) do que em homens (60,8%). Observam-se mais homens (72,5%) do que mulheres (55,3%) em RT* em tempo integral. Modificação de função ou de departamento parece estar mais relacionada a RT* tardio.
Ossmann et al. (2005)	Estudo prospectivo observacional	Trabalhadores que foram submetidos à cirurgia de liberação do túnel do carpo (CTR).	Confiança na organização e nas relações de trabalho cooperativo está relacionada a melhores resultados de RT*.
Abásolo et al. (2008)	Análise de dados secundários de um estudo de intervenção	Trabalhadores com incapacidade temporária para o trabalho relacionada a LER/DORT de 1998-2001 e que participaram de um PRT**.	Não houve associação entre característica de trabalho e duração de incapacidade temporária de trabalho.

*RT: Retorno ao Trabalho; **PRT: Programa de Retorno ao Trabalho.

Quadro 3 Fatores relacionados aos serviços, sistemas e políticas identificados como facilitadores ou dificultadores do retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT, com base em revisão bibliográfica nas bases Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Autor (ano)</i>	<i>Tipo de estudo</i>	<i>População de estudo</i>	<i>Resultados</i>
Marois; Durand (2009)	Estudo descritivo correlacional	Trabalhadores inscritos em um PRT** (Prévicap)*** que estavam fora do trabalho por um período mínimo de 12 semanas, com dor persistente de origem musculoesquelética e com uma relação de trabalho existente no momento da admissão no programa.	Maior tempo de participação no PRT** (Prévicap)*** é um fator facilitador de RT*.
Maeno; Wünsch Filho (2010)	Estudo exploratório de natureza qualitativa com foco nas representações sociais	Trabalhadores que exerciam a atividade de montagem de componentes eletrônicos em uma empresa de capital multinacional que haviam tido comunicações de acidentes de trabalho (CAT) emitidas por LER no período de 1987 e 1992.	Carteira “suja” com carimbo do Instituto Nacional do Seguro Social e desemprego por mais de seis meses foram fatores indicados como dificultadores de RT*.
Scopel (2005)	Estudo de múltiplos casos	Trabalhadores metalúrgicos afastados por LER/DORT.	Alta precoce do SAT++ e ausência de um PRT** são descritos como fatores que agravam o quadro das LER/DORT e dificultam o RT*.
Toldrá et al. (2010)	Estudo descritivo	Trabalhadores com DORT acompanhados em grupo de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.	Ineficiência e insuficiência dos serviços, sistemas e políticas de RT* das empresas e da Previdência Social foram descritas como dificultadoras de RT*. O apoio, os relacionamentos, as atitudes individuais oferecidos pelos profissionais de saúde do CRST+++, o acolhimento e o reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho são relatados como facilitadores do RT*.
Bültmann et al. (2007)	Estudo prospectivo	Trabalhadores de Ontário, com uma desordem musculoesquelética das costas ou LER/DORT, que apresentaram ao Conselho de Segurança no Trabalho e Cartão de Seguro (WSIB) uma alegação de lesão com afastamento do trabalho.	Maior duração de recebimento de benefícios por incapacidade e maior número de dias de afastamento do trabalho devido à lesão estão associados a piores resultados de RT*.
Landstad et al. (2009)	Descritivo retrospectivo	Trabalhadores com doenças mentais ou LER/DORT que estavam recebendo subsídio de reabilitação em janeiro de 2002.	Demora em receber o tratamento foi relatada como um fator dificultador de RT* por 52% dos participantes do estudo.

*RT: Retorno ao Trabalho; **PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; ***Prévicap: Prevention of Work Handicap. Centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores em Quebec, Canadá; SAT++: Seguro por Acidentes de Trabalho; CRST+++ : Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Quadro 4 Síntese dos facilitadores e das barreiras pessoais e organizacionais por frequência de descrição na literatura pesquisada nas bases de dados Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Facilitadores de ordem pessoal</i>	<i>F*</i>	<i>Barreiras de ordem pessoal</i>	<i>F*</i>
Expectativa de retorno	1	Litígio judicial em andamento	1
Reconhecimento social	1	Dor	2
Percepção da importância do trabalho para a vida	1	Maior percepção de gravidade da lesão	1
Enfrentamento da dor	1	Maior percepção da incapacidade	1
Menor idade	1	Maior percepção de falha terapêutica	1
Maior qualidade de vida	1	Sofrimento psíquico	2
Maior controle sobre o trabalho	1	Menor tempo de empresa	1
Maior nível na escala SOC**	1	Tentativa de retorno interrompida por dor	1
Acontecimentos pessoais recentes	2	Representação dos trabalhadores favoráveis ao retorno	1
Realização de práticas esportivas no início do PRT***	1	Licença médica nos 12 meses anteriores ao retorno	1
Idade de aparecimento da dor lombar <35 anos	1	Estigma de ser ex-trabalhador de empresa com altos níveis de lesão	1
Menor tempo de duração da licença	1	Maior uso de opioides	1
Menores níveis de dor	3	Maior idade	1
Melhores níveis de saúde física e mental	2	Desemprego/Não remuneração	1
Menores sintomas depressivos	1	Piores condições socioeconômicas	1
Maior renda	1	Baixa escolaridade	1
Viver com um parceiro	1		
Sexo feminino	1		
Maior duração de ausência no trabalho	1		
Medo de agravar os sintomas pós-RT****	1		
Menor incapacidade funcional	3		
Maior tempo na empresa	2		
<i>Facilitadores de ordem organizacional</i>	<i>F*</i>	<i>Barreiras de ordem organizacional</i>	<i>F*</i>
Obtenção de ajuda do supervisor e colegas de trabalho	4	Permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento	3
Maior suporte social	1	Alta demanda psicológica de trabalho, baixo controle de trabalho	3
Confiança na organização	1	Retorno à mesma função	1
Baixa demanda de trabalho	2	Dificuldade de relacionamento com supervisores e colegas de trabalho	2
Modificações nos postos de trabalho	1		
Modificações na organização do trabalho	1		

F*: Frequência; **SOC: *Sense of Coherence Scale*; ***PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; ****RT: Retorno ao Trabalho.

Quadro 5 Síntese dos facilitadores e barreiras relacionados a serviços, sistemas e políticas por frequência de descrição na literatura pesquisada nas bases de dados Lilacs, MedLine e SciELO, contemplando o período de janeiro de 2005 a outubro de 2010

<i>Serviços, sistemas e políticas descritos como facilitadores</i>	<i>F*</i>	<i>Serviços, sistemas e políticas descritos como barreiras</i>	<i>F*</i>
Maior tempo de participação no PRT**.	1	Maior tempo sem trabalhar.	3
O apoio, os relacionamentos, as atitudes individuais oferecidas pelos profissionais de saúde do CRST***.	1	Carteira “suja” com carimbo do Instituto Nacional do Seguro Social.	1
Acolhimento e o reconhecimento do sofrimento por parte dos profissionais.	1	Alta precoce do SAT****.	1
		Ausência de um PRT**.	2
		Ineficiência e insuficiência de serviços, sistemas e políticas de RT+ da Previdência Social.	1
		Demora em receber o tratamento.	1

*F: Frequência; **PRT: Programa de Retorno ao Trabalho; ***CRST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; ****SAT: Seguro por Acidentes de Trabalho; RT+: Retorno ao Trabalho.

Dentre os fatores pessoais que influenciam o processo de retorno ao trabalho, os mais evidentes na literatura consultada foram: fatores relacionados à saúde física e ao grau de estadiamento das LER/DORT (formigamento, falta de firmeza, dor, dormência, falta de força); escores na escala do “Questionário de dor McGill”⁵ e na “Escala de catastrofização da dor”⁶; afastamento do trabalho/desemprego; nível salarial; estigma que carrega por ter vindo de uma determinada empresa; idade no momento do retorno ao trabalho e idade do aparecimento da lesão; fatores relacionados à percepção corporal, à percepção da dor e à capacidade de enfrentamento da dor; presença de litígio judicial; expectativa quanto ao retorno; percepção dos problemas pelos quais está passando; qualidade de vida; níveis gerais de saúde; número de acontecimentos de vida recentes; realização de atividades físicas; estrutura familiar; condições socioeconômicas e de escolaridade dos sujeitos; presença de sofrimento psíquico, depressão e fatores psicossociais. Ainda é controversa a relação dos fatores sexo, escolaridade e tipo de trabalho com o processo de retorno ao trabalho.

Quanto aos fatores organizacionais, foram encontrados como facilitadores do retorno ao trabalho: ritmo de trabalho; troca de função; modificação de atividades (menos repetitivas, com ritmo mais lento, menos estática); maquinário adequado;

apoio de colegas e da chefia; reconhecimento pela chefia dos limites do trabalhador; apoio organizacional alto; nível de confiança na organização; relações de trabalho cooperativo; e redução de fator de risco psicossocial. Como barreiras que podem influenciar negativamente o retorno ao trabalho, foram descritos: exposição ao mesmo contexto patogênico do trabalho; dificuldade de relação com colegas de trabalho e supervisores; dificuldades em impor limites às exigências da produção; organização do trabalho; realização de tarefas inadequadas em relação às restrições adquiridas; falta de pausas; necessidade de extrapolar a jornada diária; mudanças ocorridas no perfil do trabalho; diferenças no ritmo de trabalho entre colegas de mesma função; alta demanda psicossocial do trabalho.

Dentre os fatores ligados a serviços, sistemas e políticas que são encontrados influenciando o retorno ao trabalho, os mais evidentes são: alta precoce do Seguro por Acidentes de Trabalho; ausência de um PRT; ineficiência dos atuais programas de reabilitação profissional; mecanismos de comunicação insuficientes entre serviços, sistemas e políticas preventivas, assistenciais e previdenciárias; falta de apoio e relacionamentos; atitudes discriminatórias por parte dos profissionais da Previdência Social; fatores ambientais; apoio, relacionamentos e atitudes individuais oferecidas pelos profissionais de saúde

⁵ Questionário criado por Melzack em 1975 para avaliar outras características da dor, além da intensidade. Fornece medidas quantitativas da dor, qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso (MELZACK, 1975).

⁶ É composta por 13 itens que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que as pessoas podem experimentar quando estão com dor. A escala é composta por três dimensões da catastrofização: Ruminação (não conseguiu parar de pensar sobre o quanto dói); Ampliação (preocupa-se que algo sério pode acontecer) e Impotência (não há nada que se possa fazer para reduzir a intensidade da dor) (SULLIVAN; BISHOP; PIVIK, 1995).

do CRST; acolhimento e reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho; duração do recebimento de benefícios por incapacidade; número de dias de afastamento do trabalho devido à lesão; demora em receber o tratamento; maior tempo de participação no PRT; e tempo de afastamento do trabalho.

Apresentaremos adiante esses resultados de forma detalhada por categoria, buscando fazer comparações e discutindo-os a partir da literatura.

Fatores de ordem pessoal

Dentre os fatores de ordem pessoal que influenciam o processo de retorno ao trabalho, a dor é muito referida, sendo uma importante barreira nesse processo (BÜLTMANN et al., 2007; GRAVINA; ROCHA, 2006; GATCHEL; MAYER; THEODORE, 2006). Por ser uma experiência traumática, individual e difícil de ser compreendida, a dor, além de incapacidades físicas, traz aos indivíduos a vivência de situações conflituosas de convívio com colegas, chefia e equipe médica. Outros fatores relacionados à dor, como o “enfrentamento da dor” (tolerar, prevenir, gerir) e os fracassos sucessivos de retorno por apresentar aumento de dor, são também descritos como barreiras (BROUWER et al., 2010; MAROIS; DURAND, 2009). A partir do momento que os indivíduos adquirem a capacidade de controlar a dor, eles tornam-se mais autônomos e capazes de gerir o seu processo de retorno ao trabalho. Essa capacidade de controlar a dor é fundamental para a escolha do melhor posto de trabalho e para o estabelecimento de limites para as atividades de trabalho. A necessidade de interromper o processo de retorno devido à dor, além de trazer a reflexão sobre a não adequação do posto de trabalho a este trabalhador em processo de retorno, deixa marcas que podem diminuir seu nível de confiança acerca de seu retorno e desencadear um processo de cinesiofobia, ambos descritos na literatura como barreiras de retorno ao trabalho (GRAVINA; ROCHA, 2006; MAROIS; DURAND, 2009). Maeno e Wünsch Filho (2010) encontraram sintomas físicos (formigamento, falta de firmeza, dor, dormência, falta de força) como barreira de retorno ao trabalho.

Fatores psicossociais têm sido descritos como importantes agentes relacionados com o retorno ao trabalho. Controle sobre a situação de trabalho, quantidade

de eventos de vida⁷, maior capacidade de adaptação ao estresse avaliada por melhores níveis na escala SOC (*Sense of Coherence Scale*)⁸, níveis de saúde mental, sintomas depressivos, sofrimento psíquico, expectativas quanto ao retorno e reconhecimento por colegas e chefia do sofrimento causado pelo adoecimento são descritos como fatores preditivos de retorno ao trabalho (BÜLTMANN et al., 2007; LYDELL et al., 2010; MAROIS; DURAND, 2009; GIMENO et al., 2005). De acordo com Bartilotti et al. (2009), o número de afastamentos do trabalho devido a transtornos mentais relacionados ao trabalho tem sido crescente no Brasil e pode ser um dos fatores relacionados ao agravamento dos quadros clínicos dos casos de LER/DORT. Apesar da alta prevalência de sintomas mentais associados ao adoecimento crônico musculoesquelético (sintomas de ansiedade e depressivos), transtornos mentais relacionados ao trabalho podem se apresentar como o agravo mais importante ou mesmo prioritário e merece cuidados específicos. Estes achados são corroborados pelos encontrados neste estudo, confirmando a necessidade de orientação de programas que visem à reabilitação profissional de forma multidimensional e ao retorno de trabalhadores ao posto de trabalho, pois reafirmam que os efeitos das LER/DORT não são apenas físicos, uma vez que envolvem uma série de sentimentos relacionados às vivências e às subjetividades dos sujeitos que devem ser pensados na estruturação de programas de reabilitação dos trabalhadores (MERLO; JACQUES; HOEFEL, 2001; SARDÁ JUNIOR et al., 2009; SALERNO; SILVESTRE; OLIVEIRA, 2011).

O tempo de afastamento do trabalho tem sido apontado como um considerável fator relacionado ao retorno ao trabalho. Um menor tempo de duração foi encontrado como um facilitador do processo (POULAIN et al., 2010; LÖTTERS; HOGG-JOHNSON; BURDORF, 2005). Outro fator que parece estar relacionado com o processo de afastamento do trabalho e que se mostra como uma barreira ao retorno é encontrar-se em litígio judicial, como apontado no estudo de Takahashi et al. (2010). Este fator está intimamente ligado com a manutenção das condições de vida dos trabalhadores após um processo de afastamento do trabalho e demonstra mais uma vez a complexidade de relações envolvidas neste processo. O estudo de Sardá Junior et al. (2009) encontrou que a obtenção de salário menor pós-afastamento é um facilitador de retorno ao trabalho, mas este dado precisa

⁷ Eventos de vida podem ser descritos como experiências das pessoas ou mudanças de grande importância em um determinado tempo da sua vida. Esses eventos ou mudanças são claramente definidos no tempo e distinguíveis de dificuldades e aborrecimentos crônicos (SKILLGATE, 2007).

⁸ O *Sense of Coherence Scale* é um instrumento que contém 29 itens que avaliam o senso de coerência. O senso de coerência é um construto formado por três componentes: significado (*meaningfulness*), compreensão (*comprehensibility*) e manejo (*manageability*). Esses componentes atuam conjuntamente permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores da vida cotidiana (ANTONOVSKY, 1987).

ser observado com cuidado, pois o retorno precoce ao trabalho motivado por perda financeira relaciona-se também à não manutenção do trabalhador em atividade que lhe cause satisfação e lhe ofereça proteção à saúde, colocando-o em situação de maior vulnerabilidade, visto que o fator que tem proporcionado o retorno pode não ser a obtenção de um posto de trabalho compatível com sua capacidade, mas sim a necessidade econômica de manutenção da vida, o que pode levar a posteriores interrupções no processo de retorno ao trabalho.

Outros fatores pessoais foram descritos como facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho. Bültmann et al. (2007) encontraram que trabalhadores que viviam com um parceiro e possuíam maior renda pessoal tiveram melhores resultados no processo. Este dado é importante, pois parece revelar que a estrutura e as condições de vida familiar de trabalhadores afastados do trabalho podem influenciar no processo de retorno. Estes resultados se aproximam dos encontrados por Anema et al. (2009), segundo os quais os fatores que mais contribuíram para diferenças no retorno ao trabalho sustentado (maior que dois anos), entre diversos países, foram justamente as políticas de reconhecimento da incapacidade e de pagamento de benefícios. Isto mostra que, quando existe uma política de reintegração dos trabalhadores com incapacidade focada na constituição de ambientes de trabalho saudáveis, na valorização do trabalhador enquanto sujeito e na manutenção da segurança dos indivíduos com autonomia e com perspectiva para o futuro, há maior efetividade dos programas de retorno ao trabalho.

Kidner, Mayer e Gatchel (2009), comparando dois grupos de trabalhadores (trabalhadores em uso de opioides⁹ x trabalhadores sem uso de opioides), encontraram uma maior associação com incapacidade no grupo de trabalhadores que faziam uso de opioides. Este achado merece atenção para a relação da terapêutica com a reabilitação. Por um lado, é reconhecido que índices de maior incapacidade estão relacionados a pior chance de retorno ao trabalho (LÖTTERS; HOGG-JOHNSON; BURDORF, 2005). Por outro, maiores intensidades de dor re-

ferida atuam como obstáculo para a adesão à reabilitação. A escala analgésica de dor prevê o uso de opioides progressivamente mais fortes para o controle da dor, como um dos objetivos da proposta terapêutica em Clínicas de Dor¹⁰ (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997). No entanto, o uso inadequado ou a manutenção prolongada de opioides sem associação com outras abordagens reabilitadoras pode se configurar obstáculo aos objetivos terapêuticos pretendidos (TURK, 1996; LIPPEL, 1999; LIMA; TRAD, 2011; RIBEIRO; SCHMIDT; SCHMIDT, 2002; NASCIMENTO; SAKATA, 2011).

Fatores de ordem organizacional

Modificações nos postos de trabalho voltadas para as demandas dos trabalhadores têm sido listadas como fator preditor de retorno ao trabalho, pois a permanência das condições patológicas que geraram o adoecimento coloca os trabalhadores em situação de risco de novo afastamento pela reagudização ou agravamento do quadro crônico (TAKAHASHI et al., 2010). Reforçando esse achado, Scopel (2005) e Gravina e Rocha (2006) descrevem a ausência de modificação nos postos e na organização do trabalho como barreiras de retorno. Marois e Durand (2009) encontraram resultados contraditórios da literatura. Os autores justificam seus achados pelos resultados da implementação do programa multidisciplinar de retorno ao trabalho, o *Prévicap (PRÉvention des situations de handCAP au travail)*¹¹.

Modificações na organização e no ritmo do trabalho têm sido descritos como importantes fatores que influenciam os processos de retorno ao trabalho (KRAUSE; DASINGER; NEUHAUSER, 1998; MAENO; WÜNSCH FILHO, 2010; SCOPEL, 2005; GRAVINA; ROCHA, 2006). A combinação destes fatores expressos por alta demanda e baixo controle por parte do trabalhador tem sido relacionada com os piores resultados de retorno ao trabalho. Em situações contrárias, empregos com baixa exigência têm sido relacionados com melhores resultados do processo (GIMENO et al., 2005). Este achado é importante, pois mostra a relevância da autonomia do trabalhador frente ao ritmo e à demanda de trabalho e sugere que esta au-

⁹ O termo opioide foi primeiramente proposto por Acheson para designar drogas com ação semelhante à da morfina, porém com estrutura química diferente. Esse conceito evoluiu e passou a incluir todas as substâncias naturais, semisintéticas ou sintéticas que reagem com os receptores opioides, quer como agonista, quer como antagonista (MARTIN, 1983 apud DUARTE, 2005).

¹⁰ As clínicas de dor têm se constituído como centros onde um conjunto de terapeutas, muitas vezes com formação dupla em práticas convencionais e não convencionais, organiza-se sem necessariamente compor um conjunto integrado, mas voltado a alcançar alguns objetivos comuns: fortalecer a compreensão da dor como crônica e incurável, redirecionando os objetivos do "sujeito que sofre de dor" para aumentar o nível de atividade física; retornar os trabalhadores ao trabalho ou a alguma atividade ocupacional; diminuir a procura de serviços de saúde em momentos de reagudização do quadro; reduzir questões jurídicas por indenizações; melhorar a relação custo-efetividade (TURK, 1996; LIPPEL, 1999; LIMA; TRAD, 2011).

¹¹ *Prévicap*: centro de pesquisa e atenção à saúde de trabalhadores voltado para a prevenção da incapacidade prolongada, abrangendo ações de tratamento e reabilitação com integração dos atores sociais. Pesquisadores deste centro desenvolveram um modelo de gestão e prevenção da incapacidade prolongada chamado modelo de Sherbrooke, desenvolvido em Quebec, no Canadá. Trata-se de uma inovação em saúde e reabilitação.

tonomia permite que o retorno ao trabalho não seja um retorno para o processo de adoecimento e agravamento do quadro de LER/DORT. Estes resultados são corroborados pelos achados de Sullivan et al. (2005), que encontraram que a redução dos fatores de riscos psicossociais está associada à maior probabilidade de retorno ao trabalho.

Tendo em vista que o afastamento do trabalho pelas LER/DORT leva os trabalhadores a ficarem psicologicamente abalados, com baixas perspectivas de retorno e excluídos do seu meio social, o apoio organizacional alto tem sido descrito como um importante facilitador no retorno ao trabalho. Brouwer et al. (2010) encontraram no seu estudo que fatores como a “obtenção de ajuda do supervisor” e “obtenção de ajuda de colegas de trabalho” apresentam-se como facilitadores do processo.

Outros fatores organizacionais tem sido relatados como facilitadores ou dificultadores de retorno ao trabalho. Dentre estes observamos que ter procedência de empresas com epidemias de doenças é um fator indicado como dificultador (MAENO; WÜNSCH FILHO, 2010). Isto contribui para o entendimento de que o processo de reabilitação dos trabalhadores não pode ser dissociado dos processos de vigilância à saúde, devendo haver maior rigor com empresas com grande número de afastamento por doença e sua responsabilização para a modificação dos ambientes de risco e a estruturação de programas que visem à reinserção destes trabalhadores no trabalho de forma segura.

De Rijk, Nijhuis e Alexanderson (2009) encontraram que a modificação do trabalho por meio de horas reduzidas é uma estratégia importante no retorno ao trabalho e que deve ser realizada no início do processo, pois a modificação de função ou de departamento parece estar mais relacionada com o retorno mais prolongado. Retornar em condições seguras de trabalho, desenvolvendo tarefas pelas quais o trabalhador tem prazer em realizar parece ser um importante caminho a ser seguido. Portanto, o caminho para o retorno ao trabalho parece ser a modificação do ambiente e da organização do trabalho, nela incluída a redução da jornada para trabalhadores inseridos nesse processo.

Fatores relacionados a serviços, sistemas e políticas

Dentro do contexto da reabilitação profissional e do retorno ao trabalho, os fatores agrupados como serviços, sistemas e políticas parecem ter cada vez mais influência sobre o processo de reinserção dos trabalhadores aos postos de trabalho e a participação social. Os achados apontam para o fato de que cada vez mais os fatores “macro” são importantes no processo de reabilitação dos trabalhadores (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009; MOMM; RANSOM, 2001).

Marois e Durand (2009) evidenciaram no seu estudo que maior tempo de participação em um PRT é um facilitador de retorno efetivo. Como o estudo refere-se a um PRT com abordagem interdisciplinar, de retorno gradativo e acompanhado com pactuação do retorno entre as partes envolvidas, estes resultados apontam para a necessidade de implementação de programas deste tipo, com vista a promover melhor preparação dos trabalhadores para a volta ao trabalho, melhor acompanhamento por parte do Estado sobre a reinserção deles e maior responsabilização das empresas para com o retorno ao trabalho.

Scopel (2005), em seu estudo, encontrou que a falta de um PRT é um fator dificultador de retorno, enquanto que Toldrá et al. (2010) relatam que o fator dificultador é a ineficiência do atual modelo de reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Um elemento importante de análise é que estes dois estudos tratam da realidade brasileira, mostrando que o atual modelo de reabilitação profissional do INSS não consegue mais ser resolutivo para a demanda colocada de retorno ao trabalho e que existe uma necessidade de estruturação desses programas para que sejam articulados intersetorialmente, se baseiem na lógica da reabilitação interdisciplinar e tenham como foco a reinserção dos trabalhadores em um posto de trabalho seguro que proporcione reintegração social e melhor qualidade de vida.

O estudo de Bültmann et al. (2009) confirma estes resultados, demonstrando que um PRT conduzido por uma equipe interdisciplinar é eficaz em relação à gestão de processos de trabalhadores ausentes do trabalho devido a lesões musculoesqueléticas. Esse estudo demonstrou ainda que trabalhadores que se submeteram ao PRT proposto tiveram menos horas de ausência por doença e menor perda de produtividade, o que parece trazer economia para a sociedade. Esses achados são importantes, pois contribuem no sentido de demonstrar os resultados que esses programas podem trazer não só para os indivíduos afastados do trabalho, mas para a sociedade como um todo.

A escolha do momento de retornar ao trabalho parece ser o grande desafio tanto para os trabalhadores, quanto para a equipe de reabilitação. Sullivan et al. (2005) revelaram que o maior tempo sem trabalhar é uma barreira no retorno ao trabalho. Bültmann et al. (2007) encontraram no seu estudo que a maior duração de recebimento de benefícios por incapacidade e o maior número de dias de afastamento do trabalho devido à lesão foram significativamente associados ao grupo que não retornou ao trabalho. Este resultado é importante para a compreensão da escolha do momento certo para o retorno. Este momento deve ser tão logo o trabalhador tenha condições físicas e psicológicas para retornar a um posto de trabalho mo-

dificado, com ritmo e organização do trabalho modificados, a fim de proporcionar-lhe um retorno gradual às atividades e oferecer-lhe mais segurança.

É importante evitar que um período muito longo de afastamento seja o responsável por desmotivação e aumento do quadro depressivo, uma vez que estes já foram relatados como barreiras para o retorno ao trabalho. Em contrapartida, o estudo de Scopel (2005) obteve como resultado que a alta precoce do Seguro por Acidentes de Trabalho é um fator que dificulta o retorno. Este achado parece ser reflexo da atual política do INSS de dar alta a trabalhadores que não estão preparados para voltarem a um posto de trabalho. Neste sentido, a escolha do momento de retornar deve ser baseada na avaliação das condições físicas e psicológicas do trabalhador, nas modificações que irão acontecer nos postos de trabalho, na gestão do trabalho por parte das empresas e na capacidade de acompanhamento que o Estado tem para que não tenhamos trabalhadores retornando a ambientes de trabalho inseguros e trabalhadores com condições de retorno fora do trabalho.

Os resultados estruturados na categoria de Serviços de Apoio trazem importantes reflexões acerca da importância dos serviços no processo de reabilitação profissional e retorno ao trabalho. O estudo de Toldrá et al. (2010) encontrou que os mecanismos de comunicação insuficientes entre serviços, sistemas e políticas preventivas, assistenciais e previdenciárias, a falta de apoio e relacionamentos e as atitudes discriminatórias por parte dos profissionais do INSS são fatores dificultadores do retorno ao trabalho, pois não propiciam ao trabalhador condições adequadas para um retorno seguro. Ainda de acordo com o autor, o apoio, os relacionamentos, as atitudes individuais oferecidas pelos profissionais de saúde do CRST, bem como o acolhimento e o reconhecimento do sofrimento presente no processo saúde-doença-trabalho são fatores que facilitam o retorno ao trabalho. Esse estudo é importante por investigar a intervenção de acompanhamento de um centro de referência, que pode trazer à luz ideias que possam ser reproduzidas e que gerem maior sucesso nos processos de retorno.

Entender o momento difícil que é o afastamento do trabalho e pensar mecanismos para minimizar esta situação e, por consequência, os impactos psicológicos que ela pode causar parece ser um grande desafio dos Serviços de Reabilitação Profissional e dos CRST. Os resultados do estudo de Landstad et al. (2009) mostram que a demora em receber atendimento foi um fator encontrado como dificultador de retorno ao trabalho, o que confirma a ideia de que os serviços de apoio aos trabalhadores nesta situação são peças fundamentais na construção do processo de retorno. O acesso rápido a serviços de qualidade e resolutivos parece ser um dos desafios para a garantia do acesso ao trabalho para os trabalhadores acometidos por LER/DORT.

A literatura encontrada acerca do tema de retorno ao trabalho mostrou-se bastante diversificada, com diferentes abordagens e desenhos de estudos exploratórios, espelhando o momento atual da produção de conhecimento sobre este tema. Os estudos levantados nesta revisão permitiram compreender quanto rico em detalhes é o processo de retorno ao trabalho, confirmando a ideia de que um único desenho metodológico não é suficiente para a investigação da totalidade dos fatores ligados a esse processo.

Considerações finais

O retorno ao trabalho mostrou-se um grande desafio dentro do campo da Saúde do Trabalhador. Fatores como dor, questões psicossociais, afastamento do trabalho, modificações nos postos de trabalho, demanda psicológica do trabalho, apoio organizacional, de colegas e da chefia, programas de retorno ao trabalho, tempo de afastamento, serviços e políticas de apoio mostraram-se facilitadores e/ou barreiras de retorno ao trabalho, devendo ser observados neste processo.

Os programas estruturados de retorno ao trabalho poderiam ser aprimorados se houvesse mais estudos dedicados à investigação de seus resultados. No entanto, apesar dessa lacuna, os dados encontrados neste levantamento bibliográfico não deixam dúvida de que estes programas mostram-se como uma alternativa à exclusão de trabalhadores jovens e ainda produtivos dos processos de trabalho e das relações sociais que envolvem o mundo do trabalho.

Os estudos brasileiros revelam uma importante falha a ser preenchida por políticas públicas em saúde do trabalhador. A demanda por reabilitação profissional é alta e só pode ser contemplada com políticas intersetoriais, com cooperação técnica e pactuação de metas entre os atores envolvidos no processo de retorno ao trabalho. A efetivação do direito à saúde para os trabalhadores acometidos por LER/DORT requer um esforço no sentido de construção de políticas que envolvam os mais diversos setores do Estado a fim de construir uma política que atenda às demandas desses trabalhadores.

Algumas discussões precisam ser aprofundadas, principalmente no que se refere às diferenças de retorno ao trabalho entre grupos distintos de trabalhadores. Sugerimos a priorização de estudos que integrem diferentes abordagens metodológicas, comparando diferentes grupos de trabalhadores acometidos por LER/DORT. Nesse sentido, acreditamos que esses estudos podem contribuir com o aperfeiçoamento da concepção, implantação e avaliação de programas de retorno ao trabalho no Brasil.

Contribuições de autoria

Saldanha, J. H. S.: contribuição substancial no projeto e delineamento, no levantamento de dados, na sua análise e interpretação e na elaboração do manuscrito e contribuição importante na revisão crítica. Pereira, A. P. M.: contribuição no levantamento de dados, na sua análise e interpretação. Neves, R. da F.: contribuição substancial no projeto e delineamento, no levantamento de dados, na sua análise e interpretação e na elaboração do manuscrito e contribuição importante na revisão crítica. Lima, M. A. G. de: participação na elaboração do manuscrito, com contribuição importante na sua revisão crítica e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- ABÁSULO, L. et al. Prognostic factors in short-term disability due to musculoskeletal disorders. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, New York, v. 59, n. 4, p. 489-496, 2008.
- ANEMA, J. R. et al. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 19, n. 4, p. 419-426, dez. 2009.
- ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health*. São Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- BARTILOTTI, C. B. et al. Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 66-75, jun. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2010.
- _____. Ministério do Trabalho e Emprego. *Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador*. Brasília, DF, 2004.
- _____. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico da Previdência Social*. Brasília, v. 19, p. 507-539, 2010. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/95200272/Anuario-estatistico-da-Previdencia-Social-2010>>. Acesso em: 25 out. 2010.
- BROUWER, S. et al. Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 21, p. 244-258, set. 2010. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/t22911675221080j/fulltext.pdf>> Acesso em: 30 out. 2010.
- BÜLTMANN, U. et al. Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders. *Quality of Life Research*, v. 16, n. 7, p. 1167-1178, 2007.
- _____. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 19, n. 1 p. 81-93, 2009.
- BURT, C. M. Avaliação do trabalho e preparação para o retorno ao trabalho. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Editora Roca, 2005. p. 241-254.
- CÂMARA, V. M. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 469-497.
- CHEREM, A. J. et al. Perícia médica e reabilitação profissional: o atual modelo de perícia e uma proposta multidimensional aplicada em um projeto piloto em Santa Catarina. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 93-98, 2009.
- DAMSCROCHER, L. et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, v. 4, n. 50, p. 1-15, 2009.
- DEJOURS, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DE RIJK, A.; NIJHUIS, F.; ALEXANDERSON, K. Gender differences in work modifications and changed job characteristics during the return-to-work process: a prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, New York, v. 19, n. 2, p. 185-193, jun. 2009.
- DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 55, n. 1, p. 135-146, jan./fev., 2005.
- FASSA, A. G. et al. Child labor and musculoskeletal disorders: the Pelotas (Brazil) epidemiological survey. *Public Health Reports*, v. 120, n. 6, p. 665-673, nov./dez. 2005.

- FRANK, A. O.; SAWNEY, P. Vocational rehabilitation. *Journal of the Royal Society of Medicine*, v. 96, n. 11, p. 522-524, nov. 2003.
- GATCHEL, R. J.; MAYER, T. G.; THEODORE, B. R. The pain disability questionnaire: relationship to one-year functional and psychosocial rehabilitation outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 16, n. 1, p. 75-94, mar. 2006.
- GIMENO, D. et al. The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. *Occupational and Environmental Medicine*, v. 62, n. 11, p. 778-785, nov. 2005.
- GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.
- GOODMAN, G. et al. Evaluation of an occupational rehabilitation program. *Work*, v. 24, n. 1, p. 33-40, 2005.
- GRAVINA, M. E. R.; ROCHA, L. E. Lesões por esforços repetitivos em bancários: reflexões sobre o retorno ao trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 41-55, 2006.
- KIDNER, C. L.; MAYER, T. G.; GATCHEL, R. J. Higher Opioid Doses Predict Poorer Functional Outcome in Patients with Chronic Disabling Occupational Musculoskeletal Disorders. *Journal of Bone and Joint Surgery*, v. 91, n. 4, p. 919-927, abr. 2009.
- KRAUSE, N.; DASINGER, L. K.; NEUHAUSER, F. Modified work and return to work: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 8, n. 2, p. 113-139, 1998.
- LANDSTAD, B. et al. Long-term sick workers experience of professional support for re-integration back to work. *Work*, v. 32, n. 1, p. 39-48, 2009.
- LIMA, M. A. G.; TRAD, L. A. B. "Circuloterapia": uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 217-236, 2011.
- LIPPEL, K. Therapeutic and anti-therapeutic consequences of worker's compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, v. 22, n. 5-6, p. 521-546, set./dez. 1999.
- LÖTTERS, F.; HOGG-JOHNSON, S.; BURDORF, A. Health status, its perceptions, and effect on return to work and recurrent sick leave. *Spine*, v. 30, n. 9, p. 1086-1092, maio 2005.
- LYDELL, M. et al. Return or no return – psychosocial factors related to sick leave in persons with musculoskeletal disorders: a prospective cohort study. *Disability and Rehabilitation*, v. 33, n. 8, p. 661-666, 2010. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2010.506237>>. Acesso em: 24 nov. 2010.
- MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, jun. 2009.
- MAENO, M.; WÜNSCH FILHO, V. Reinserção no mercado de trabalho de ex-trabalhadores com LER/DORT de uma empresa eletrônica na região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 53-63, jan./jun. 2010.
- MAROIS, E.; DURAND, M. J. Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disability and Rehabilitation*, v. 31, n. 12, p. 994-1007, 2009.
- MARX, K. *O Capital* (Crítica da Economia Política). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.
- MELZACK, R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, v. 1, n. 3, p. 277-299, set. 1975.
- MERLO, A. R. C.; JACQUES, M. G. C.; HOEFEL, M. G. L. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. *Psicologia: reflexão e crítica*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-258, 2001.
- MOMM, W.; RANSOM, R. Discapacidad y trabajo. In: STELLMAN, J. M. (Ed.) *Enciclopedia de salud e seguridad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales, 2001, p. 17.1-17.49. Disponível em: <<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/17.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.
- NASCIMENTO, D. C. H.; SAKATA, R. K. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. *Revista Dor*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 160-165, jun. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp, 2003.
- OSSMANN, J. et al. Management and employee agreement on reports of organizational policies and practices important in return to work following carpal tunnel surgery. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 1, p. 17-26, mar. 2005.
- PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Avaliação da dor. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 76, n. 1, p. 27-35, jan./fev. 1997.
- POULAIN, C. et al. Long-term return to work after a functional restoration program for chronic low-back pain patients: a prospective study. *European Spine Journal*, v. 19, n. 7, p. 1153-1161, 2010.
- RIBEIRO, S.; SCHMIDT, A. P.; SCHMIDT, S. R. G. O uso de opióides no tratamento da dor crônica não oncológica: o papel da metadona. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 52, n. 5, p. 644-651, set./out. 2002.
- SALERNO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; OLIVEIRA, M. S. Interfaces LER/saúde mental: a experiência de

- um centro de referência em saúde do trabalhador do estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 128-138, jan./jun. 2011.
- SARDÁ JUNIOR, J. J. et al. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 81-86, jun. 2009.
- SARDÁ JUNIOR, J. J.; KUPEK, E.; CRUZ, R. Preditores biopsicossociais de incapacidade física e depressão em trabalhadores do setor de frigoríficos atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 76 - 80, jun. 2009.
- SCHULTZ, I. Z. et al. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 17, n. 2, p. 327-352, 2007.
- SCOPEL, M. J. *Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT*. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- SKILLGATE, E. et al. Life events and the risk of low back pain and neck/shoulder pain of the kind people are seeking care for: results From the MUSIC-Norråljä case-control study. *Journal of Epidemiology Community Health*, v. 61, n. 4, p. 356–361, Abr. 2007.
- SULLIVAN, M. J. L.; BISHOP, S.; PIVIK, J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, v. 7, n. 4, p. 524-532, Dec. 1995.
- SULLIVAN, M. J. L. et al. Secondary prevention of work disability: community-based psychosocial intervention for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 3, p. 377-392, set. 2005.
- TAKAHASHI, M. A. B. C.; IGUTI A. M. As mudanças nas práticas de reabilitação profissional da Previdência Social no Brasil: modernização ou enfraquecimento da proteção social? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2661-2670, nov. 2008.
- TAKAHASHI, M. A. B. C. et al. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Ceresst-Piracicaba, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 100-111, jan./jun. 2010.
- TOLDRÁ, R. C. et al. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 10-22, jan./jun. 2010.
- TURK, D. C. Efficacy of multidisciplinary pain centers in the treatment of chronic pain. In: COHEN, M. J. M. *Pain treatment centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal*, progress in pain research and management. Seattle: IASP Press, 1996.
- YOUNG, A. E. et al. A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 4, p. 557-568, dez. 2005.