

Preditores de retorno ao trabalho em trabalhadores afastados por distúrbios musculoesqueléticos: uma revisão narrativa

Predictors of return to work for workers on sick leave with musculoskeletal disorders: a narrative review

Felipe Seiti Sekiya,¹ João Silvestre da Silva Júnior¹

RESUMO

O Retorno ao Trabalho (RT) é frequentemente motivo de litígios trabalhistas e previdenciários, sobretudo devido à dificuldade de caracterização da incapacidade laboral. Tendo em vista que os Distúrbios Musculoesqueléticos (DME) são a maior causa de incapacidade no Brasil e no mundo, o conhecimento a respeito dos preditores de RT permite antecipar situações de conflito e desenvolver estratégias mais eficientes para reintegrar os trabalhadores afastados por esses distúrbios. Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar os preditores de RT em trabalhadores afastados por DME com base em publicações científicas recentes. Para isso foi realizada uma revisão de artigos publicados na MEDLINE entre 2017 e 2022, seguindo a estratégia PICO e o fluxograma PRISMA. Nove artigos originais foram incluídos e os preditores foram categorizados em quatro domínios: Sociodemográficos, Clínicos, Psicossociais e Ocupacionais. Os resultados obtidos revelaram que o processo de RT é influenciado por múltiplos fatores individuais e sociais, de modo que programas multidisciplinares de reabilitação têm maior potencial de favorecer o retorno que abordagens isoladas. Considerando que o posto e organização do trabalho também são determinantes de saúde musculoesquelética, intervenções no ambiente laboral são fundamentais não só para aumentar as chances de retorno, mas também para evitar novos afastamentos.

Palavras-chave: doenças musculoesqueléticas; retorno ao trabalho; prognóstico.

ABSTRACT

The Return to Work (RTW) is often a source of labor and social security disputes, mainly due to the difficulty in assessing work disability. Considering that Musculoskeletal Disorders (MSDs) are the leading cause of disability in Brazil and worldwide, understanding the predictors of RTW enables us to foresee potential conflicts and devise more effective strategies to reintegrate workers who have been absent due to these disorders. Therefore, the present study aims to identify predictors of RTW in workers on sick leave due to MSDs based on recent scientific publications. To achieve this, a review of articles published in MEDLINE between 2017 and 2022 was conducted, following the PICO strategy and the PRISMA flowchart. Nine original articles were included, and the predictors were categorized into four domains: Sociodemographic, Clinical, Psychosocial, and Occupational. The results obtained revealed that the RTW process is influenced by multiple individual and social factors, highlighting that multidisciplinary rehabilitation programs hold greater potential for facilitating return compared to isolated approaches. Considering that work sites and organization also play a role in musculoskeletal health, workplace interventions are crucial not only to enhance the chances of return but also to prevent further absences.

Keywords: musculoskeletal diseases; return to work; prognosis.

¹Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina – São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Felipe Seiti Sekiya

Avenida Doutor Arnaldo, 455, CEP.: 01246-903, Cerqueira César – São Paulo (SP), Brasil.

E-mail: felipe.sekiya@alumni.usp.br

Recebido em 24/10/2023 - Aceito para publicação em 25/10/2023.



INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), Distúrbios Musculoesqueléticos (DME) são todas as patologias que envolvem as estruturas do aparelho locomotor, incluindo ossos, músculos, articulações e tecido conjuntivo, podendo provocar diferentes graus de dor e prejuízo funcional.¹ Segundo dados do estudo sobre a carga global de doenças (Global Burden of Disease) aproximadamente 1,71 bilhões de pessoas ao redor do mundo têm DME, sendo esse grupo de doenças o principal gerador de Anos Vividos com Incapacidade (AVI) e correspondendo a 17% do total das causas. Os DMEs mais prevalentes são a lombalgia (568 milhões de indivíduos), as fraturas (436 milhões) e as osteoartrites (344 milhões).²

Dependendo do grau de disfunção provocado pelos DMEs o indivíduo pode apresentar perda da capacidade laborativa. No Brasil, quando essa perda é total (incapacidade) e/ou permanente, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) concede benefícios financeiros aos trabalhadores contribuintes após confirmação em perícia médica oficial.³ Em 2019, foram concedidos aproximadamente um milhão de auxílios por incapacidade temporária relacionados a DMEs (42,1% do total), classificando-os como a principal causa de concessão de benefícios.^{4,5}

O período pelo qual o requerente recebe o auxílio é definido pelo médico perito do INSS através da Data de Cessação do Benefício (DCB), podendo coincidir ou não com o tempo de afastamento recomendado pelo médico assistente do trabalhador. De todo modo, cessado o auxílio, o trabalhador deve se apresentar à empresa, sendo necessário realização de exame de retorno ao trabalho (RT) por um serviço de Medicina do Trabalho quando o afastamento ultrapassar 30 dias.³ Não é incomum, entretanto, ocorrer discordância na percepção de incapacidade laborativa entre o médico perito, o médico da empresa, o médico assistente e o próprio trabalhador, tornando o processo de retorno conflituoso e, muitas vezes, resultando em litígios trabalhistas e previdenciários.

Em termos legais, a Resolução nº 10 de 1999 do INSS, define incapacidade para o trabalho como “impossibilidade de desempenhar as funções específicas de uma atividade ou ocupação em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente”.⁵ Já a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), instrumento criado pela OMS para auxiliar na quantificação e padronização da incapacidade, define-a como “deficiência, limitação de atividade e restrição de participação, que reflete aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais)”.⁶ Nota-se que ambas definições estão sujeitas à subjetividade, de modo que experiências socioculturais, valores morais e conflitos de interesse das partes envolvidas acabam influenciando a percepção de incapacidade e, conseqüentemente, resultando em discordâncias.

Considerando a relevância epidemiológica, os impactos à funcionalidade e à qualidade de vida do indivíduo, os

custos diretos e indiretos ao Estado e às empresas e os litígios que frequentemente resultam da discordância quanto à incapacidade, faz-se necessário desenvolver estratégias para identificar precocemente e reabilitar os trabalhadores afastados por DME com maior risco de RT complicado. Para isso, é preciso conhecer os fatores preditores tanto de sucesso como de fracasso de RT nessa população.

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar publicações científicas recentes, visando identificar os preditores de RT em trabalhadores afastados por DME e categorizá-los segundo variáveis sociodemográficas, clínicas, ocupacionais e psicossociais.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão narrativa em outubro de 2022 de artigos originais publicados entre janeiro de 2017 e setembro de 2022 que apresentaram fatores preditores de RT em trabalhadores afastados por distúrbios musculoesqueléticos. A definição das palavras-chave e os critérios de elegibilidade e exclusão foram baseados na estratégia PICO, a qual analisa os parâmetros População, Intervenção/Exposição, Comparador e Desfecho (do inglês *Outcome*).⁷ Como o objetivo do estudo é justamente identificar a Exposição (preditores), não há um comparador específico, de modo que a estratégia estabelecida foi PIO. O Quadro 1 apresenta os parâmetros da PIO e a definição das palavras-chave, critérios de elegibilidade e exclusão empregados no presente estudo.

| | | |
|-------------------------|--|--|
| P (População) | trabalhadores afastados por distúrbios musculoesqueléticos | “ <i>musculoskeletal</i> ” |
| I (Exposição) | fatores preditores | “ <i>predictors</i> ”, “ <i>predictive</i> ”, “ <i>prognosis</i> ” |
| O (Desfecho) | retorno ao trabalho | “ <i>return to work</i> ” |

Quadro 1. Parâmetros da PIO no presente estudo e palavras-chave definidas

A busca foi realizada na base de dados eletrônica MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) empregando a seguinte lógica: “*musculoskeletal*” AND “*return to work*” AND (“*predictors*” OR “*predictive*” OR “*prognosis*”).

O autor principal conduziu a seleção dos estudos seguindo o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).⁸ Após a identificação foram excluídos artigos fora do período de janeiro de 2017 a setembro de 2022 e que não estivessem em inglês, português ou espanhol.

Na fase de seleção foi realizado um rastreamento dos



títulos e resumos, sendo excluídos artigos de revisão, estudos transversais, estudos sobre valor preditivo de ferramentas (índices, escalas e questionários), estudos com ocupações específicas e outros estudos explicitamente incompatíveis com o objetivo da revisão. Por fim, foi realizada a leitura completa dos artigos e excluídos aqueles que não se enquadraram nos parâmetros da estratégia PIO.

Os dados gerais dos artigos selecionados foram organizados em uma tabela, contendo o primeiro autor, mês e ano da publicação, país, tipo de estudo, tempo de seguimento, número de participantes, perfil de idade e sexo. As principais informações do estudo conforme os parâmetros da estratégia PIO, incluindo também a incidência de RT no tempo de seguimento realizado, foram organizadas em uma segunda tabela.

Os preditores foram considerados estaticamente significativos quando o valor-p foi menor que 0,05. Os preditores de retorno foram denominados “Positivos” e os de não-retorno “Negativos”, sendo compilados e categorizados em um quadro conforme aspectos sociodemográficos, clínicos, psicossociais e ocupacionais e indicado a quantidade de estudos que os citaram.

Preditores com resultados inconsistentes entre os estudos foram denominados “Dúbios”.

RESULTADO

Pesquisa, seleção e inclusão dos artigos

Foram encontradas 189 referências na MEDLINE. Aplicando o filtro de ano para artigos publicados entre 2017 e 2022, 126 foram excluídos, restando 63, todos em inglês. Após rastreamento do título e do resumo, foram excluídos 49 por serem artigos de revisão (n = 13), estudos transversais (n = 1), sobre valor preditivo de ferramentas (n = 25), sobre ocupações específicas (n = 5) ou explicitamente não relacionados ao objetivo (n = 5). Sobraram, assim, 14 artigos que foram lidos na íntegra, dos quais 5 foram excluídos por não avaliarem o RT como desfecho (n = 2), incluírem crianças e aposentados na população análise (n = 2) ou incluírem trabalhadores não afastados sem analisá-los separadamente (n = 1). A Figura 1 apresenta o fluxograma PRISMA, ilustrando o processo de pesquisa e seleção de inclusão de artigos do presente estudo.

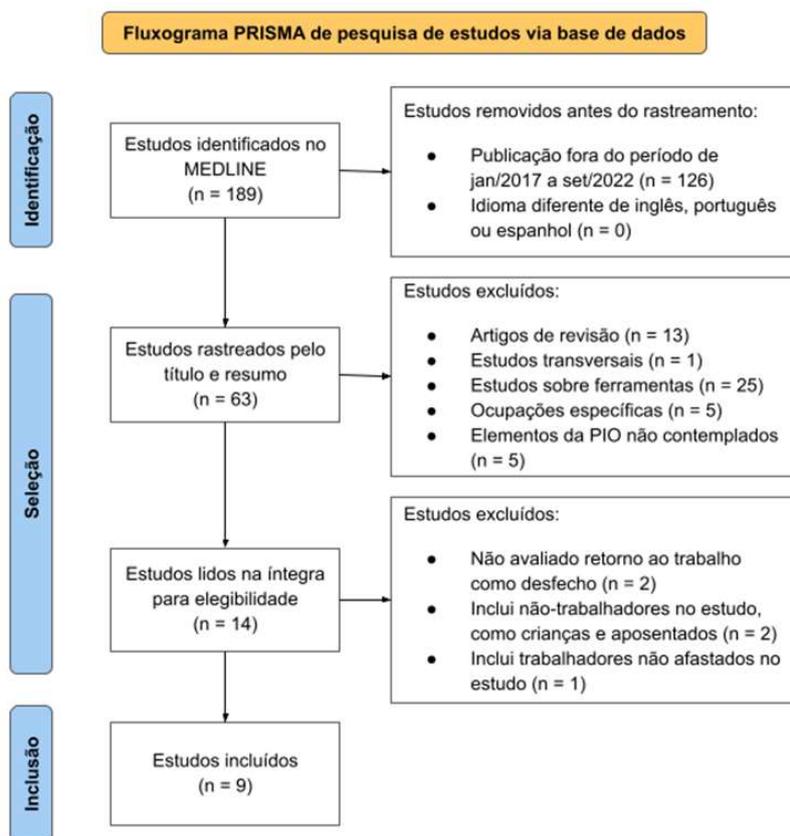


Figura 1. Fluxograma PRISMA, representando o processo de identificação, seleção e inclusão de artigos científicos para a revisão.



Dados gerais dos artigos incluídos

Foram incluídos nove artigos nesta revisão, todos provenientes de estudos com populações de países desenvolvidos, sendo cinco de países nórdicos (três da Noruega, um da Suécia e um da Finlândia), dois dos Estados Unidos da América (EUA), um da França e um dos Países Baixos.

Em relação ao desenho do estudo, quatro foram coortes prospectivas, quatro coortes retrospectivas e um ensaio clínico randomizado.

O tempo de seguimento foi de um ano em seis dos estudos; seis meses em dois e sete anos em um deles.

O tamanho da população variou de 103 a 31.896 participantes, sendo que as maiores populações foram das coortes retrospectivas, cujos dados foram obtidos de sistemas informatizados, sem avaliação direta dos trabalhadores.

A faixa etária da população variou entre 15 e 70 anos e a porcentagem de mulheres variou de 27,2% a 100%. A Tabela 1 compila os dados gerais dos artigos incluídos.

Tabela 1. Dados gerais dos estudos incluídos

| Autor | Data | País | Tipo de estudo | Tempo | nº | Idade (média) | Sexo (H/M) |
|---------------------------|-----------|---------------|----------------------------|---------|-------------------|--------------------|------------|
| Rashid <i>et al.</i> | nov./2021 | Suécia | Coorte prospectiva | 1 ano | 141 | 23-64 anos (50,56) | 100% M |
| Coric <i>et al.</i> | out./2021 | EUA | Coorte retrospectiva | 7 anos | 283 | (39 anos) | 53% H |
| Devin <i>et al.</i> | out./2020 | EUA | Coorte retrospectiva | 1 ano | 9971 | ~51-70 anos (62) | ~47,1% M |
| Bosman <i>et al.</i> | dez./2019 | Países Baixos | Coorte prospectiva | 6 meses | 103 | (47,41 anos) | 72,8% H |
| Dubert <i>et al.</i> | ago./2019 | França | Coorte prospectiva | 6 meses | 219 | 18-55 anos (42) | 60% H |
| Hara <i>et al.</i> | ago./2018 | Noruega | Coorte prospectiva | 1 ano | 212 | 18-69 anos (42) | 80% M |
| Gjesdal <i>et al.</i> | mar./2018 | Noruega | Coorte retrospectiva | 1 ano | 31.896 | 15-67 anos | 50,3% H |
| Brendbekken <i>et al.</i> | fev./2018 | Noruega | Ensaio clínico randomizado | 1 ano | 284 (141 vs. 143) | 20-60 anos (41,3) | 53% M |
| Kausto <i>et al.</i> | jul./2017 | Finlândia | Coorte retrospectiva | 1 ano | 11493 | 18-67 anos | 84,2% M |

Principais preditores de RT identificados

Gjesdal *et al.* realizaram um estudo retrospectivo de um ano com 31.896 pacientes afastados por queixas musculoesqueléticas. O estudo destacou preditores positivos de RT, incluindo sexo feminino, idade mais jovem, educação média/alta, lombalgia e fraturas comparativamente a outros distúrbios.⁹ A idade também foi um fator relevante no estudo retrospectivo de Kausto *et al.*, com 11.493 pacientes afastados por lombalgia ou discopatias. O estudo destacou que idade elevada, problemas de saúde persistentes e comorbidades foram preditores negativos de RT em um ano.¹⁰

Rashid *et al.* realizaram um estudo prospectivo com 141 mulheres afastadas por dor no pescoço, ombros ou costas.

Eles descreveram que atividades comportamentais, expectativas de retorno ao mesmo trabalho e menor suporte social fora do trabalho foram preditores positivos de RT em um ano.¹¹

Outro artigo que abordou a importância de aspectos psicossociais foi o de Hara *et al.*, que conduziram um estudo prospectivo com 212 pacientes que passaram por programa de Reabilitação Ocupacional Transcultural. Nesse estudo, variáveis individuais e sistêmicas influenciaram mais a trajetória de RT em um ano que fatores clínicos.¹²

Devin *et al.* também constataram que a chance de RT estava mais relacionada a variáveis sociodemográficas que



clínicas. Seu estudo foi retrospectivo de um ano com 9.971 trabalhadores que passaram por cirurgia lombar.¹³

Coric *et al.* também estudaram pacientes que passaram por esse procedimento em uma coorte retrospectiva com 283 participantes. O estudo revelou que não usar opioides pré-cirurgia, pontuações melhores no *Oswestry Disability Index*, continuar trabalho mecânico após lesão musculoesquelética e ter um trabalho sedentário estavam relacionados a um maior RT em sete anos.¹⁴

Outro estudo com população pós-cirúrgica, mas nesse caso por DME dos membros superiores, foi o de Dubert *et al.*, prospectivo com 219 pacientes. O artigo destacou a importância da relação paciente-cirurgião, indicando que uma relação ruim e maior incapacidade reduziam a chance de RT em seis meses.¹⁵

O grau de incapacidade também foi mencionado no estudo prospectivo de Bosman *et al.*, com 103 pacientes

afastados devido à lombalgia. Eles desenvolveram um modelo preditivo que incluiu a avaliação de catastrofização, carga de trabalho musculoesquelética e incapacidade para prever se o trabalhador permaneceria afastado após seis meses.¹⁶

O único estudo experimental foi o de Brendbekken *et al.*, que conduziram um ensaio clínico randomizado com 284 pacientes, comparando dois programas de reabilitação. O programa de Intervenção Multidisciplinar acelerou o RT em comparação com a Intervenção Breve, beneficiando indivíduos com baixo suporte no trabalho, entretanto a duração do afastamento inicial teve maior influência no RT em um ano.¹⁷ O Quadro 2 compila todos os preditores de RT estatisticamente significativos relatados nos artigos, bem como a quantidade de estudo que os citam, conforme descrito em Métodos.

| | Positivos | Negativos | Dúbios |
|--------------------------|---|--|--|
| Sociodemográficos | Boa condição socioeconômica – 3 Alta escolaridade – 2 Raça branca – 1 | Idade maior – 3 Mulher divorciada – 1 | Sexo – 3 Mulher casada/amasiada – 2 |
| Clínicos | Dor MMII > lombar – 1 Dorsopatias vs. MMSS – 1 Fraturas vs. MMSS – 1 Reabilitação multiprofissional – 1 | Dor intensa/persistente – 4 Alto grau de disfunção* – 4 Depressão/ansiedade – 2 Comorbidades/ASA – 2 Doenças reumatológicas – 1 Uso de opioides – 1 Cirurgia de fusão vertebral – 1 Tabagismo – 1 | - |
| Psicossociais | Expectativa de RT – 3 Interação com colegas de trabalho – 2 Atividades comportamentais – 1 Autoeficácia da dor – 1 | Alto suporte social fora do trabalho – 1 Sofrimento psíquico – 1 Catastrofização – 1 Relação ruim com o cirurgião – 1 | - |
| Ocupacionais | Continuar no trabalho após lesão – 1 Afastamento parcial – 1 | Trabalho manual – 4 Duração do afastamento – 1 | Nexo ocupacional – 2 |

Quadro 2. Categorização dos preditores de significância estatística descritos nos artigos incluídos

Legenda: * Foram agrupados em “Alto grau de disfunção” as situações de ODI elevado, baixo WAI, alto RDQ, uso de dispositivos auxiliares de marcha e concessão de *Work Assessment Allowance*.

DISCUSSÃO

DME como um problema social

Diversos preditores de diferentes aspectos e com influências distintas sobre o processo de RT foram identificados. Em quatro artigos da presente revisão foi observado que o prognóstico de retorno ao trabalho foi pior em trabalhadores que exerciam atividades manuais,^{10,13,14,16} fenômeno consistente com revisão sistemática de 2016, que avaliou fatores que afetam o RT após doenças ou agravos musculoesqueléticos.¹⁸

Essa mesma revisão também descreveu a influência positiva de melhores condições socioeconômicas (alta renda, alta escolaridade) sobre o RT, o que foi observado em três artigos da presente revisão.^{9,11,13} Tais associações podem ser explicadas pelo fato de que os trabalhadores que exercem ocupações manuais (*blue-collar workers*),¹⁹ além de estarem sujeitos a maior demanda física/biomecânica que os trabalhadores de



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY

ocupações administrativas (*white-collar workers*),²⁰ também têm menor grau de estudo e remuneração,²¹ levando a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Hara *et al.* e Devin *et al.* afirmam inclusive que as variáveis sociodemográficas têm maior influência sobre o RT que as clínicas.^{12,13} Tudo isso leva a crer que o processo de adoecimento e retorno ao trabalho envolvem aspectos estruturais profundos da divisão social do trabalho, de modo que trabalhadores com baixa qualificação profissional se submetem mais a ocupações pior remuneradas e mais nocivas do ponto de vista biomecânico, resultando não apenas em maiores taxas de afastamento por DME,⁹ mas também em maior dificuldade de retorno ao trabalho, o que é especialmente preocupante em países de grande desigualdade social como o Brasil.

A importância da reabilitação psicológica para o RT

Outro fator relatado como preditor positivo de RT em três estudos foi a expectativa de retorno ao trabalho,^{11,12,16} sendo consistente com 19 outros estudos analisados em revisão sistemática de 2021.²² Uma possível explicação para isso é que a expectativa de RT reflete não só a autoconfiança do trabalhador na recuperação de suas capacidades físicas, mas também seu estado de prontidão emocional para voltar ao ambiente e às atividades laborais.

Conforme já discutido anteriormente, a definição de capacidade para o trabalho é fortemente influenciada pela percepção do trabalhador sobre sua própria condição, de modo que apenas a reabilitação física pode não ser suficiente se não for feita uma “reabilitação psicológica” concomitante.

Fatores que concretizam a percepção de incapacidade do trabalhador, como afastamento prolongado,¹⁷ afastamento total do trabalho,^{12,14} catastrofização¹⁶ e alto suporte familiar¹¹ foram relacionados à menor chance de retorno. O diagnóstico de depressão, o qual frequentemente cursa com sentimentos de desvalia e desesperança²⁴ também foi mencionado como preditor negativo de RT em dois artigos incluídos na revisão.^{11,17} Já programas multidisciplinares de reabilitação que fortaleceram a motivação do trabalhador, como descrito por Brendbekken *et al.* e em onze outros estudos da revisão sistemática de Cancelliere *et al.*, tiveram resultados positivos sobre a incidência de RT.^{17,18}

Dada a complexidade do processo de retorno ao trabalho tanto para os trabalhadores como para os profissionais que os assistem, a abordagem multidisciplinar envolvendo médicos, fisioterapeutas, educadores físicos e, sobretudo, psicólogos e assistentes sociais é fundamental para o maior sucesso do retorno ao trabalho.

Avaliação da trajetória de RT

Seis dos nove artigos incluídos na revisão seguiram os trabalhadores durante um ano, sendo observada uma diferença muito marcante entre a menor e a maior incidência de retorno ao trabalho (58,7% e 92%). Esse fenômeno provavelmente está relacionado aos critérios de seleção da população do estudo, tendo em vista que naqueles com menor incidência foram incluídos trabalhadores que já estavam

afastados por pelo menos três meses e com tempo médio de afastamento de 147 dias (desvio padrão de 60,1) no início do estudo,^{11,17} enquanto naqueles com maior incidência foram incluídos trabalhadores com 16 dias ou mais de afastamento sem consultas médicas nos três meses anteriores e com 10 dias ou mais.^{9,10} Contudo, ao se observar as curvas de sobrevida fornecidas nesses dois últimos estudos, nota-se que mais de 50% dos trabalhadores retornaram ao trabalho logo nos primeiros 100 dias de afastamento, enquanto aqueles que permaneceram afastados tiveram uma taxa de retorno bem mais lenta. Essa constatação sinaliza que mesmo entre os trabalhadores que retornam ao trabalho existem particularidades que podem acelerar ou retardar esse processo, o que não é avaliado quando se analisa o RT de modo dicotômico (sim/não).

Uma coorte prospectiva de um ano realizada por Rysstad *et al.* avaliou a trajetória de 549 trabalhadores afastados por DME por quatro semanas ou mais e identificou seis padrões de afastamento: i) declínio rápido, ii) declínio moderado, iii) declínio lento, iv) forma de U, v) persistente moderado e vi) persistente lento. Nos padrões de declínio, os trabalhadores retornaram ao trabalho em 4, 8 ou 11 meses (rápido, moderado e lento, respectivamente), enquanto nos padrões de persistência permaneceram com média mensal de absenteísmo em torno de 10 ou 20 dias por mês (moderado e lento, respectivamente). Já no padrão forma de U, os trabalhadores tiveram um período de RT, mas voltaram a se afastar posteriormente.

Nesse estudo foi observado que nas trajetórias com maior número de dias de afastamento (iii, v e vi) houve uma predominância de mulheres, trabalhadores com mais dias de afastamento no ano anterior, dor mais intensa e em múltiplos sítios e sintomas depressivos concomitantes, achados consistentes com outros estudos que avaliaram a trajetória de trabalhadores afastados por DME. Apesar disso, a única variável com significância estatística nos três padrões foi a baixa expectativa de retorno ao trabalho. Os autores concluem que o processo de RT é complexo e heterogêneo e que mesmo aqueles trabalhadores que conseguem retornar podem ter um novo afastamento nos meses subsequentes.²⁴ Não existe até o momento uma revisão sistemática a respeito das trajetórias de retorno ao trabalho de trabalhadores afastados por DME, o que pode ser objeto de um futuro projeto.

Intervenções no ambiente de trabalho

Um fator extremamente relevante para aumentar a chance de RT, que não foi demonstrado em nenhum dos artigos selecionados, é a implementação de intervenções no ambiente de trabalho. Conforme discutido em revisão sistemática de da Costa *et al.*, aspectos biomecânicos e psicossociais do trabalho são fontes importantes de adoecimento musculoesquelético,²⁵ de modo que na ausência de correção das condições problemáticas, o trabalhador afastado retorna ao mesmo ambiente adoecedor. Essa questão poderia, inclusive, ajudar a explicar a trajetória “em forma de U” e os padrões persistentes descritos por Rysstad *et al.*²⁴

Segundo revisão sistemática de Cullen *et al.*, que incluiu



36 artigos publicados entre 1990 e 2015, há evidências robustas de que a intervenção em pelo menos dois dos três domínios estudados (saúde do trabalhador, coordenação do serviço e modificações do trabalho) reduz significativamente o tempo de afastamento.²⁶ Mais que isso, considerando que a ocorrência de um afastamento por doença ocupacional é um “evento sentinela” para o adoecimento de outros trabalhadores, as intervenções no ambiente de trabalho não só solidificam o processo de RT como também previnem o adoecimento da coletividade. Assim, é fundamental que as empresas tenham uma postura ativa diante da ocorrência de um afastamento, não bastando apenas transferir a responsabilidade pelo processo de RT ao trabalhador e à reabilitação.

CONCLUSÃO

As incapacidades geradas pelos distúrbios musculoesqueléticos provocam prejuízos relevantes à sociedade como um todo, entretanto o processo de RT é frequentemente motivo de controvérsias. Nesta revisão foram analisados nove artigos originais publicados entre 2017 e 2022 que discutiram fatores preditores de RT em trabalhadores afastados por DME, sendo identificadas diversas variáveis consistentes com estudos anteriores. O presente estudo concluiu que o processo de retorno ao trabalho é extremamente complexo e envolve múltiplos fatores sociais e individuais, de modo que não só a abordagem multidisciplinar é essencial para o aumento das chances de sucesso como também as empresas devem intervir no ambiente de trabalho para prevenir novos adoecimentos. Estudos que avaliam a trajetória de RT permitem um entendimento adicional sobre o processo de retorno e devem ser objeto de novos projetos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Musculoskeletal conditions [Internet]. 2021 [acesso em: 26 maio 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.
2. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;396(10267):2006-17. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
3. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Lei de Benefícios da Previdência Social; Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência [Internet]. [acesso em: 26 maio 2022]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm
4. Brasil. Ministério da Economia. Acompanhamento mensal do benefício auxílio-doença previdenciário concedido segundo os códigos da CID-10 - Janeiro a Dezembro de 2019 [Internet]. 14 fev. 2020 [acesso em: 26 maio 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/images/previdencia/2020/03/Acompanhamento-Mensala_Auxilio-Doenca-Previdenciarioa_2019a_completoa_CID-10.xlsx.
5. Brasil. Ministério da Previdência Social. Resolução INSS/DC nº. 10, de 23 de dezembro de 1999. Diário Oficial da União. Brasília, 20 abr. 2000; Seção 2.
6. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2020.
7. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MR. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(3):508-11. doi: 10.1590/s0104-11692007000300023.
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:71. doi: 10.1136/bmj.n71.
9. Gjesdal S, Holmaas TH, Monstad K, Hetlevik Ø. New episodes of musculoskeletal conditions among employed people in Norway, sickness certification and return to work: a multiregister-based cohort study from primary care. *BMJ Open*. 2018;8(3):e017543. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017543.
10. Kausto J, Pentti J, Oksanen T, Virta LJ, Virtanen M, Kivimäki M, et al. Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: a cohort study of public sector employees. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(4):358-66. doi: 10.5271/sjweh.3643.
11. Rashid M, Kristofferzon ML, Nilsson A. Predictors of return to work among women with long-term neck/shoulder and/or back pain: A 1-year prospective study. *PLoS One*. 2021;16(11):e0260490. doi: 10.1371/journal.pone.0260490.
12. Hara KW, Bjørngaard JH, Jacobsen HB, Borchgrevink PC, Johnsen R, Stiles TC, et al. Biopsychosocial predictors and trajectories of work participation after transdiagnostic occupational rehabilitation of participants with mental and somatic disorders: a cohort study. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1014. doi: 10.1186/s12889-018-5803-0.
13. Devin CJ, Asher AL, Archer KR, Goyal A, Khan I, Kerezoudis P, et al. Impact of dominant symptom on 12-month patient-reported outcomes for patients undergoing lumbar spine surgery. *Neurosurgery*. 2020;87(5):1037-45. doi: 10.1093/neuros/nyaa240.
14. Coric D, Zigler J, Derman P, Braxton E, Situ A, Patel L. Predictors of long-term clinical outcomes in adult patients after lumbar total disc replacement: development and validation of a prediction model. *J Neurosurg Spine*. 2021;1-9. doi: 10.3171/2021.5.SPINE21192.
15. Dubert T, Girault C, Rozenblat M, Dorey J, Dubert-Khalifa H, Katz G. Impact of patient-surgeon relationship on patient's return to work. *J Bone Joint Surg Am*. 2019;101(15):1366-74. doi: 10.2106/JBJS.18.01049.
16. Bosman LC, Twisk JWR, Geraedts AS, Heymans MW. Development of prediction model for the prognosis of sick leave due to low back pain. *J Occup Environ Med*. 2019;61(12):1065-71. doi: 10.1097/JOM.0000000000001749.
17. Brendbekken R, Vaktkskjold A, Harris A, Tangen T. Predictors of return-to-work in patients with chronic musculoskeletal pain: a randomized clinical trial. *J Rehabil Med*. 2018;50(2):193-9. doi: 10.2340/16501977-2296.
18. Cancelliere C, Donovan J, Stockkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Therap*. 2016;24(1):32. doi: 10.1186/s12998-016-0113-z.
19. Cambridge University. Cambridge Business English Dictionary: blue-collar [Internet]. [acesso em: 22 nov. 2022]. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/blue-collar>



20. Cambridge University. Cambridge Business English Dictionary: white-collar [Internet]. [acesso em: 22 nov. 2022]. Disponível em: <<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/white-collar>>
21. Azevedo LM, Chiavegato LD, Carvalho CRF, Braz JR, Nunes Cabral CM, Padula RS. Are blue-collar workers more physically active than white-collar at work? *Arch Environ Occup Health*. 2021;76(6):338-347. doi: 10.1080/19338244.2020.1835796..
22. Gragnano A, Villotti P, Larivière C, Negrini A, Corbière M. A systematic search and review of questionnaires measuring individual psychosocial factors predicting return to work after musculoskeletal and common mental disorders. *J Occup Rehabil*. 2021;31(3):491-511. doi: 10.1007/s10926-020-09935-6.
23. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Nascimento MIC et al., tradutores. Porto Alegre: Artmed; 2014.
24. Rysstad T, Grotle M, Aasdahl L, Dunn KM, Tveter AT. Identification and characterisation of trajectories of sickness absence due to musculoskeletal pain: a 1-year population-based study. *J Occup Rehabil*. 2023;33(2):277-87. doi: 10.1007/s10926-022-10070-7.
25. Costa BR, Vieira ER. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. *Am J Ind Med*. 2010;53(3):285-323. doi: 10.1002/ajim.20750.
26. Cullen KL, Irvin E, Collie A, Clay F, Gensby U, Jennings PA, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil*. 2018;28(1):1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x.

Como citar este artigo:

Sekiya FS, Silva Júnior JS Preditores de retorno ao trabalho em trabalhadores afastados por distúrbios musculoesqueléticos: uma revisão narrativa. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2023;25:e63992. doi: 10.23925/1984-4840.2023v25a1.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC BY