

Incapacidade em trabalhadores com lesões musculoesqueléticas de membros superiores atendidos num centro de reabilitação**Disability of workers with upper limb musculoskeletal injuries in a rehabilitation center****Incapacidad en trabajadores con lesiones músculo-esqueléticas de miembros superiores atendidos en un centro de rehabilitación****Recebido: 28/11/2017****Aprovado: 07/07/2018****Publicado: 27/09/2018****Viviane Gontijo Augusto¹****Fernanda Maria Franchetto Rocha do Amaral²****Ana Cristina Franco da Rocha Fernandes³****Patrícia Aparecida Tavares⁴****Kamila Coimbra de Freitas Castro⁵****Marina Massière Pinto Lopes⁶**

O objetivo deste estudo foi avaliar a incapacidade de trabalhadores com lesões musculoesqueléticas de membros superiores, atendidos em um Centro Regional de Reabilitação. Trata-se de um estudo transversal observacional, realizado no período de agosto a novembro de 2014, do qual participaram 50 usuários. Utilizou-se a Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde, WHODAS 2.0, versão curta, para avaliação do nível de incapacidade funcional. A média de idade foi de 50,2 anos (dp=14,1) e a maioria apresentou lesão de origem traumática (62%). A média do escore de incapacidade foi 25,2 (dp=7,4) e a alta incapacidade associou-se com mulheres (p=0,038) e lesões não traumáticas (p=0,02) no teste Qui-quadrado. Verificou-se baixa escolaridade e renda, com predomínio de mães de família afastadas do trabalho e que necessitavam de atendimento para redução de dor e incapacidade.

Descritores: Pessoas com deficiência; Reabilitação; Extremidade superior.

The aim of this study was to evaluate the disability of workers with musculoskeletal injuries of the upper limbs, users of the Regional Center of Rehabilitation. This is a cross-sectional and observational study, conducted from August to November 2014, the sample was of 50 users. The Scale of Assessment of Disability of the World Health Organization, WHODAS 2.0, short version, was used for assessment of the level of functional disability. The average age was 50.2 years (sd=14.1), and most users presented injuries of traumatic origin (62%). The mean score of disability was 25.2 (sd=7.4) and the high disability score, calculated using the Chi-square test, was associated with women (p=0.038), and nontraumatic injuries (p=0.02). There was a low level of education and income, with a predominance of mothers removed from work and who needed care to reduce pain and disability.

Descriptors: Disabled persons; Rehabilitation; Upper extremity.

El objetivo de este estudio fue evaluar la incapacidad de trabajadores con lesiones musculoesqueléticas de miembros superiores, atendidos en un Centro Regional de Rehabilitación. Se trata de un estudio transversal observacional, realizado en el periodo de agosto a noviembre de 2014, en el cual participaron 50 usuarios. Se utilizó la Escala de Evaluación de nivel de incapacidad funcional. El promedio de edad fue de 50,2 años (dp=14,1) y la mayoría presentó lesión de origen traumática (62%). El promedio del puntaje de incapacidad fue de 25,2 (dp=7,4) y la alta incapacidad se asoció a mujeres (p=0,038) y lesiones no traumáticas (p=0,02) en el test Chi-cuadrado. Se verificó baja escolaridad e ingreso, con predominio de madres de familia alejadas del trabajo y que necesitaban atención para reducción de dolor e incapacidad.

Descritores: Personas con discapacidad; Rehabilitación; Extremidad superior.

1. Fisioterapeuta. Especialista em Ortopedia e Lesões do Esporte. Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação. Professora da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), Brasil. ORCID: 0000-0001-8906-0875 E-mail: vivianeaugusto2013@gmail.com

2. Fisioterapeuta. Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais. Professora da UEMG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6447-9389 E-mail: fernanda.amaral@uemg.br

3. Licenciada em Matemática. Mestre em Educação Tecnológica. Professora da UEMG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4873-8605 E-mail: ana.fernandes@uemg.br

4. Fisioterapeuta, Mestre em Ciências da Saúde. Professora da UEMG, Brasil. ORCID: 0000-0002-3626-5217 E-mail: tavaresaguiar@yahoo.com.br

5. Graduanda do curso de Fisioterapia pela UEMG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5973-7942 E-mail: kamilafreitasfreita@gmail.com

6. Graduanda do curso de Fisioterapia pela UEMG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6301-0519 E-mail: marinamassiere@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é responsável pela produção de classificações de saúde, que representam modelos conceituais a serem incorporados pelos sistemas de saúde, gestores e usuários, para a utilização de uma linguagem comum a esta área. Em 2001, a OMS aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), um sistema de classificação para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana¹.

A CIF prioriza a função como um componente da saúde, e considera o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas. Tal classificação tem como intuito unificar e padronizar a linguagem por meio de uma estrutura que descreva a saúde e seus estados relacionados, visando auxiliar na comunicação e troca de informações entre profissionais da área no que tange à funcionalidade, além de servir como ferramenta para ações estratégicas e para melhorar a produtividade, a eficiência do trabalho e o direcionamento dos recursos financeiros².

Ao adotar uma abordagem biopsicossocial, esta classificação propõe que a interação da condição de saúde do indivíduo com fatores do contexto pode impactar na funcionalidade, sendo essa caracterizada por aspectos ligados à estrutura e à função do corpo, atividade e participação³.

O termo funcionalidade refere-se a todas as funções do corpo, desempenho e realização de tarefas ou ações de rotinas diárias, enquanto que a incapacidade está relacionada à interação negativa da condição de saúde do indivíduo com fatores contextuais^{4,5}. Dessa maneira, as lesões musculoesqueléticas que acometem trabalhadores podem resultar em incapacidades de menor ou maior grau, dependendo dos fatores contextuais.

As lesões musculoesqueléticas de membros superiores podem ser classificadas em traumáticas e não traumáticas, podendo gerar custos por incapacidade, relacionados

ao afastamento, tratamento e reabilitação dos trabalhadores que apresentam tais lesões⁶.

No Brasil, a concessão de benefícios por incapacidade apresentou crescimento significativo, em especial para incapacidade temporária, com aumento de 138% entre os anos de 2000 e 2008⁶. As lesões mais incidentes, no ano de 2009, foram em membros superiores (MMSS), sendo de origem traumática ou não⁷. As lesões não traumáticas são responsáveis pela maior parte dos afastamentos do trabalho, pelos custos com pagamentos de indenização, tratamentos e processos de reintegração do indivíduo à sociedade⁸.

Assim sendo, torna-se importante conhecer o grau de incapacidade dos trabalhadores com lesões musculoesqueléticas de membros superiores, atendidos em centros de reabilitação, para obter informações que possam subsidiar o planejamento da assistência ao paciente, contribuindo para uma reabilitação mais eficaz, e para o conseqüente retorno às atividades. Considerando o exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a incapacidade de trabalhadores com lesões musculoesqueléticas de membros superiores, atendidos em um Centro Regional de Reabilitação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal observacional, realizado com pacientes em atendimento no Centro de Reabilitação Regional (CRER) ou que iniciaram seu atendimento de agosto a novembro de 2014, apresentando diagnóstico de lesões musculoesqueléticas de membros superiores.

A identificação dos pacientes para composição da amostra foi realizada por meio de consulta nas fichas de registros de avaliação e tratamento da unidade. Os pacientes identificados foram abordados após seu atendimento.

Como instrumento para coleta de dados, foi utilizado um protocolo que apresentava questões relativas aos fatores contextuais, incluindo dados sociodemográficos, hábitos de vida, situação de trabalho, intensidade de dor, incapacidade, e lesão do paciente (tipo de

lesão, tempo de lesão e tempo de tratamento). Para avaliar a intensidade de dor, foi utilizada uma escala verbal de 0 a 10, na qual, quanto maior o escore maior a intensidade dolorosa, podendo ser classificada em leve (0 a 4), moderada (5 a 7) e intensa (8 a 10)⁹.

O tipo de lesão foi classificado, de acordo com o diagnóstico, em lesões traumáticas (fraturas e luxações) e lesões não traumáticas (bursites e tendinoses, síndrome do impacto). O tempo de lesão foi coletado (em anos/semanas) e tempo de tratamento (em dias), segundo relato do paciente, pois nem todas as fichas de avaliação continham esses dados.

Para avaliar a incapacidade, foi utilizada a Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde, WHODAS 2.0, Versão 12 questões. A versão 12 questões do WHODAS 2.0 avalia o nível de incapacidade em seis domínios (cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação na sociedade)¹⁰.

Aplica-se uma escala com escore de 5 pontos em todos os itens, em que 1 indica sem dificuldade, e 5 indica dificuldade extrema ou incapacidade de fazer a atividade¹⁰. Trata-se de um instrumento genérico que não se destina às populações ou às condições de saúde específicas, traduzido e validado para ser utilizado em diferentes línguas e culturas e em diferentes condições de saúde, apresentando robustez psicométrica na versão original e nas adaptações¹⁰. Os valores do escore final dessa escala variam de 12 a 60 pontos, sendo que quanto maior o valor final, maior a incapacidade do indivíduo.

Os dados obtidos foram trabalhados por meio de análise descritiva com valores de média, desvio padrão, frequência e porcentagem, dados sociodemográficos, hábitos de vida e trabalho para a caracterização da amostra. Em seguida, foi feito um teste *Qui-quadrado* para as variáveis categóricas.

A mediana do escore do WHODAS e da escala de dor serviu como ponto de corte para categorizar a incapacidade e a dor em “alta” e “baixa”, respectivamente. Para comparar médias entre o grupo de lesões traumáticas e não traumáticas, utilizou-se o teste *t-Student* não pareado. O nível de significância estabelecido para as análises foi de $\alpha = 0,05$. A análise dos dados foi realizada pelo programa *Statistical Package for Social Sciences*® (SPSS), versão 15.0.

Em respeito aos aspectos éticos e em cumprimento à Resolução CNS 466/201235, a pesquisa foi realizada após autorização da Coordenação do Centro de Reabilitação Regional e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da INESP – UEMG, parecer 31092814.8.0000.5115.

RESULTADOS

Foram entrevistados 50 usuários com idade entre 16 e 83 anos, sendo a média de idade de 50,2 anos (dp=14,1). Todos os pacientes abordados aceitaram participar da pesquisa. Dessa forma, a amostra atingiu 100% dos pacientes com lesões musculoesqueléticas de membros superiores que foram atendidos no centro de reabilitação no período de coleta proposto.

O sexo feminino prevaleceu, correspondendo a 60% dos usuários avaliados. A maior parte (54%) vive com companheiro (a) e tem filhos (76%). Em relação à escolaridade, apenas 10% tinham ensino superior. Sobre os hábitos de vida, identificou-se que somente 18% são tabagistas e 30% fazem uso de bebida alcoólica.

Apenas 34% dos participantes declararam praticar atividade física de forma regular e nos aspectos relacionados ao trabalho pôde-se verificar que, entre os entrevistados, 58% estão afastados das atividades laborais, 32% estão desempregados e somente 10% continuam ativos. Outro dado relevante é que a maioria (88%) tem renda de até 2 salários (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes com lesões musculoesqueléticas de membros superiores atendidos no CRER. Divinópolis, MG, 2014.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	30	60
	Masculino	20	40
Situação conjugal	C/Companheiro	27	54
	S/Companheiro	23	46
Número de filhos	Até 3	32	64
	4 filhos ou mais	6	12
	Não possui filhos	12	24
Escolaridade	Não estudou	1	2
	Ensino Fundamental	20	40
	Ensino Médio	24	48
	Ensino Superior	5	10
Renda	1 a 2 salários	35	70
	Entre 2 e 3 salários	6	12
	Não possui	9	18
Situação de trabalho	Desempregados	16	32
	Afastados	29	58
	Ativos	5	10

No que diz respeito ao tipo de lesão, a maior parte apresenta lesão de origem traumática (62%), sendo mais prevalente o diagnóstico de fratura (58%). Entre as lesões

não traumáticas, as mais frequentes foram síndrome do impacto (12%), seguida de epicondilite (8%) e ruptura de tendão e/ou ligamento (8%) (Tabela 2).

Tabela 2. Diagnóstico médico dos pacientes com lesões de membros superiores atendidos no CRER. Divinópolis, MG, 2014.

Diagnóstico médico	N	%
Capsulite adesiva	1	2
Epicondilite	4	8
Fratura	29	58
Luxação	2	4
Ruptura (ligamento/tendão)	4	8
Síndrome do impacto	6	12
Síndrome do túnel do carpo	1	2
Tendinite do punho	3	6

O tempo de lesão foi uma variável que apresentou grande variabilidade, sendo a média de 60,8 semanas (dp=117,3), ou seja, cerca de quinze meses. O tempo de tratamento foi em média 91,4 dias (dp=230,4), aproximadamente 3 meses. A média do escore

da escala de dor foi de 6,6 (dp=2,2), sendo que 54% apresentaram dor classificada como dor de alta intensidade. A média do WHODAS 2.0 foi de 25 pontos (dp=7,4), sendo que 52% apresentaram baixa incapacidade de acordo com a categorização pela mediana (Tabela 3).

Tabela 3. Características relacionadas ao tempo de lesão, tempo de tratamento, intensidade de dor e incapacidade de pacientes com lesões de membros superiores atendidos no CRER. Divinópolis, MG, 2014.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Escala de dor	6,6	7,0	2,25	1	10
Tempo de lesão (semanas)	60,8	24,0	117,3	4	768
Tempo de tratamento (dias)	91,3	30,0	230,3	1	1440
WHODAS	25,2	24,0	7,4	14	43

Para testar a associação da incapacidade com as demais variáveis, foi utilizado o teste Q-quadrado. Verificou-se que a alta incapacidade se associou significativamente com mulheres ($p=0,038$) e com lesões não traumáticas ($p=0,02$), não havendo associação com dor ($p=0,55$),

tabagismo ($p=0,21$), etilismo ($p=0,62$), prática de atividade física ($p=0,27$), e filhos ($p=0,24$).

Ao comparar a média das variáveis relacionadas a lesões traumáticas e não traumáticas observou-se que a única diferença foi com relação ao tempo de lesão, sendo este maior entre as lesões não traumáticas ($p=0,04$). (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação entre médias de acordo com o tipo de lesão musculoesquelética apresentada pelos pacientes atendidos no CRER. Divinópolis, MG, 2014.

Variáveis	Lesões traumáticas	Não traumática	Valor p
Idade	47,5	54,0	0,08
Tempo de lesão	35,3	102,3	0,04
Tempo de tratamento	94,0	87,0	0,91
Escala de dor	6,3	6,9	0,39
Tempo de afastamento	32,8	60,1	0,19

DISCUSSÃO

A amostra, em sua maioria, não apresentou alta incapacidade de acordo com a avaliação do WHODAS. Entretanto, verificou-se que o nível de intensidade dolorosa foi alto para a maior parte dos indivíduos e que o tempo de lesão foi longo, principalmente no grupo de pacientes com lesões não traumáticas, caracterizando problemas crônicos.

Outro aspecto, também, foi o tempo longo de tratamento que, em média, foi de três meses. Esses resultados indicam que o foco central da reabilitação pode estar no alívio de dor e não prioritariamente na melhora da capacidade funcional do paciente.

A maior parte dos pacientes é de baixa renda e escolaridade, constituída, predominantemente, de mães de família desempregadas ou afastadas do trabalho e que, por isso, necessitam de atendimento para redução de dor e incapacidade, visando o retorno ao trabalho o mais rápido possível. Esse resultado corrobora outros estudos¹¹⁻¹³ que encontraram estimativa de dor crônica

com predominância em mulheres, casadas, desempregadas e com baixo nível socioeconômico e de escolaridade.

No que diz respeito à incapacidade e à dificuldade de retorno ao trabalho, um estudo de base populacional¹⁴, na Finlândia, apontou que a aposentadoria por incapacidade está fortemente associada com trabalhadores de classe social mais baixa. Esse fato é preocupante ao se ponderar que há um decréscimo da qualidade de vida e da percepção de saúde em trabalhadores afastados do trabalho¹⁵.

As lesões musculoesqueléticas não traumáticas se encontram entre as lesões que mais restringem o retorno ao trabalho. A restrição laboral e o retorno ao trabalho estão entre os aspectos mais complexos nas políticas de atenção à saúde do trabalhador, e as principais barreiras apontadas são a ausência de programas de reabilitação profissional e a comunicação deficitária entre os diferentes níveis administrativos e políticos. Nesse sentido, as lesões

musculoesqueléticas são consideradas um dos problemas mais dispendiosos em saúde pública em todo o mundo^{5,8}.

Os resultados deste estudo indicam que, além de planejar o tratamento de forma a atender às especificidades dos pacientes com lesão musculoesquelética, é relevante que se defina estratégias de prevenção com intuito de evitar tais lesões e suas consequências, uma vez que é mais vantajoso investir preventivamente na saúde do trabalhador do que arcar com sua debilidade ocupacional¹⁵, além de priorizar a recuperação.

As lesões não traumáticas, embora sejam as menos prevalentes nesta amostra, são consideradas lesões crônicas, e a demora do retorno destes pacientes ao trabalho pode trazer prejuízos não somente para o sistema público, mas, também, para os próprios pacientes, que têm renda muito baixa (88% com menos de 2 salários mínimos). Pacientes com dores crônicas, além de enfrentarem problemas financeiros, podem perder papéis sociais e apresentam uma tendência ao isolamento, de forma que o relacionamento social fica restrito à família¹⁷.

Vale ressaltar que o retorno ao trabalho pode ser dificultado pela idade dos pacientes desta amostra que, em média, foi de 50 anos. As lesões musculoesqueléticas são comuns em trabalhadores de meia idade (50 anos ou mais), e têm um impacto substancial na capacidade para o trabalho desses indivíduos¹⁸.

A alta incapacidade mostrou-se associada ao gênero feminino, o que pode estar relacionado com maior exposição das mulheres a trabalhos que apresentam mais riscos de lesões musculoesqueléticas. As mulheres são mais acometidas por essas lesões musculoesqueléticas, já que a divisão sexual do trabalho, existente nas relações sociais e culturais, contribui para que estas sejam contratadas prioritariamente para cargos de maior exposição¹⁹. Por apresentarem menor resistência à forma de organização do trabalho rígida, as mulheres têm que se adaptar mais facilmente a regras de produção monótonas e repetitivas¹⁹.

A maior parte dos pesquisados apresentou dor considerada de alta

intensidade e não foi encontrada associação desta variável com incapacidade, indicando que há outros fatores que interferem na produção da dor e que nem todo sintoma doloroso resulta em incapacidade.

As crenças e atitudes do indivíduo, frente a sua dor, são fatores que interferem na ocorrência da incapacidade física e depressão¹³. Da mesma forma, mudanças nas crenças associam-se com melhora da funcionalidade após tratamento multidisciplinar, reforçando a teoria de que outros fatores, para além da dor, podem ter influência sobre o resultado da incapacidade e que, portanto, aquele sintoma não deve ser o único parâmetro para o processo de tratamento e para a alta dos pacientes em reabilitação.

CONCLUSÃO

A maior parte dos pacientes apresentou alta intensidade de dor e baixo nível de incapacidade funcional avaliada pelo WHODAS 2.0. Houve o predomínio do gênero feminino afastado do trabalho, com baixa renda e escolaridade. As lesões musculoesqueléticas não traumáticas apresentaram menor prevalência entre os pacientes entrevistados, porém apresentaram associação direta com alta incapacidade. Assim, o foco do tratamento, principalmente para as lesões não traumáticas, deve ser a recuperação da capacidade funcional. Embora a maior parte tenha dor de alta intensidade, esta não se associou com incapacidade. O tempo de lesão e o tempo de tratamento se mostraram muito longos. Ambos reforçam a necessidade de uma reabilitação mais eficiente para o retorno ao trabalho de forma mais rápida.

É possível que a grande variabilidade do tempo de lesão apresentada tenha interferido no resultado, especialmente na correlação entre dor e incapacidade. Desse modo, estudos longitudinais que avaliem fatores associados à incapacidade funcional, antes e após tratamento, podem proporcionar evidências para elaboração de tratamentos mais resolutivos para indivíduos com lesões musculoesqueléticas de membros superiores.

REFERÊNCIAS

1. Luz MT, Sampaio RF. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado em 17 fev 2016]; 25(3):475-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300002>
2. Araújo ES, Buchalla CM. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. *Acta Fisiátrica* [Internet]. 2013 [citado em 23 fev 2016]; 20(1):1-7. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=487. doi: 10.5935/0104-7795.20130001
3. Sampaio RF, Mancini MC. Tecendo uma rede de usuários da CIF. *Rev Bras Fisioter.* 2007; 11(4):245-331.
4. Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2008 [citado em 13 jul 2016]; 11(2):324-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200014&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>
5. Toldrá RC, Daldon MTB, Santos MC, Lancman S. Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-SP. *Rev Bras Saúde Ocup.* [Internet]. 2010 [citado em 20 jul 2016]; 35(121):10-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100003>
6. Souza NSS, Santana VS. Posição socioeconômica e duração do benefício por incapacidade devido a doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2012 [citado em 08 jul 2016]; 28(2):324-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2012000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200011>
7. Pereira ALP. Prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em membros superiores e fatores associados em trabalhadores de limpeza urbana de Salvador, Bahia. [Dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
8. Dantas DRS, Silva M, Couto GS, Costa GS, Santos MFL, Santos Júnior FFU, et al. Caracterização clínica dos pacientes com distúrbios musculoesqueléticos atendidos em um serviço público de reabilitação fisioterapêutica no município de São Francisco do Conde-Bahia. *Rev Ciênc Méd Biol.* [Internet]. 2015 [citado em 12 fev 2016]; 13(2):156-62. doi: <http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v13i2.11280>
9. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2006 [citado em 10 mar 2016]; 15(2):270-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000200011>
10. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, Camargo RSD, Costa ML, Zanardi DM, et al. Cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) into Portuguese abstract. *Rev Assoc Méd Bras.* [Internet]. 2013 [citado em 06 mar 2016]; 59(3):234-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n3/en_v59n3a08.pdf. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>
11. Ruviaro LF, Filippin LI. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev Dor* [Internet]. 2012 [citado em 05 mar 2016]; 13(2):128-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000200006>
12. Oliveira RM, Leite ACDS, Silva LMSD, Almeida PCD, Oliveira SKPD, Chaves ACP. Comparative analysis of functional capacity among women with fibromyalgia and low back pain. *Rev Dor* [Internet]. 2013 [citado em 05 mar 2016]; 14(1):39-43. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100010>
13. Alcântara MA, Nunes GS, Ferreira BCS. Work-related musculoskeletal disorders: the profile of workers receiving welfare benefit in Diamantina (MG, Brazil). *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2011 [citado em 08 jul 2016]; 16(8):3427-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900010>
14. Leinonen T, Pietiläinen O, Laaksonen M, Rahkonen O, Lahelma E, Martikainen P.

Occupational social class and disability retirement among municipal employees-the contribution of health behaviors and working conditions. *Scand J Work Environ health* [Internet]. 2011 [citado em 05 out 2016]; 37(6):464-72.

http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3182

15. Saldanha, JHS, Pereira, APM, Neves, RDF, Lima, MAGD. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. *Rev Bras Saúde Ocup.* [Internet]. 2013 [citado em 08 jul 2016]; 38(127):122-38. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100014>

16. Dutra FCMS, Costa LC, Sampaio RF. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioter Pesqui.* [Internet]. 2016 [citado em 08 jul 2016]; 23(1):98-104. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/14900923012016>

17. Silva FCM, Sampaio RF, Mancini MC, Luz MT, Alcântara MA. A qualitative study of workers with chronic pain in Brazil and its social consequences. *Occup Ther Int.* [Internet]. 2011 [citado em 05 mar 2016]; 18(2):85-95. doi:

<https://doi.org/10.1002/oti.302>

18. Vargas-Prada S, Coggon D. Psychological and psychosocial determinants of musculoskeletal pain and associated disability. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* [Internet]. 2015 [citado em 08 jul 2016]; 29(3):374-90. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.03.003>

19. Pessoa JCS, Cardia MCG, Santos MLC. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2010 [citado em 08 jul 2016]; 15(3):821-30. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300025>

CONTRIBUIÇÕES

Viviane Gontijo Augusto participou da concepção da pesquisa, interpretação dos dados e redação. **Fernanda Maria Franchetto Rocha do Amaral** atuou na concepção da pesquisa, redação e revisão do texto. **Ana Cristina Franco da Rocha Fernandes** contribuiu na análise dos dados e revisão do texto. **Patrícia Aparecida Tavares, Kamila Coimbra de Freitas Castro e, Marina Massière Pinto Lopes** participaram da coleta de dados, interpretação e redação.

Como citar este artigo (Vancouver)

Augusto VG, Amaral FMFR, Fernandes ACFR, Tavares PA, Castro KCF, Lopes MMP. Incapacidade em trabalhadores com lesões musculoesqueléticas de membros superiores atendidos em um centro de reabilitação. *REFACS* [Internet]. 2018 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 6(Supl. 2):563-570. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

AUGUSTO, V. G. et al. Incapacidade em trabalhadores com lesões musculoesqueléticas de membros superiores atendidos em um centro de reabilitação. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 6, supl. 2, p. 563-570, 2018. Disponível em: *<inserir link de acesso>*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Augusto, V.G., Amaral, F.M.F.R., Fernandes, A.C.F.R., Tavares, P.A., Castro, K.C.F. & Lopes, M.M.P. (2018). Incapacidade em trabalhadores com lesões musculoesqueléticas de membros superiores atendidos em um centro de reabilitação. *REFACS*, 6(Supl. 2), 563-570. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso de inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.