



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho**

Largo do Terreiro de Jesus – Centro Histórico,
40.026-010, Salvador, Bahia Brasil
Telefax: 55-71-3283-5572; 3283-5573; Cel.:8726-4059
e-mail: sat@ufba.br <http://www.sat.ufba.br>



**RETORNO AO TRABALHO POR INDIVÍDUOS COM
PARAPLEGIA TRAUMÁTICA:
FATORES QUE INTERFEREM NA REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL**

Magda Constance Nunes dos Santos Calliga

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2015

Magda Constance Nunes dos Santos Calliga. RETORNO AO TRABALHO POR INDIVÍDUOS COM PARAPLEGIA TRAUMÁTICA: fatores que interferem na reabilitação profissional, 2015.

Biblioteca do Hospital Sarah – Salvador

C158r Calliga, Magda Constance Nunes dos Santos.
Retorno ao trabalho por indivíduos com paraplegia traumática: fatores que interferem na reabilitação profissional [manuscrito] / Magda Constance Nunes dos Santos Calliga. - 2015.

xiii, 134 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Lauro Antonio Porto.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho.

1. Retorno ao trabalho - Teses. 2. Paraplegia - Teses. 3. Traumatismos da Medula Espinal/reabilitação - Teses. I. Porto, Lauro Antônio. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WL400

CDU: 616.8-009.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho
Largo do Terreiro de Jesus – Centro Histórico,
40.026-010, Salvador, Bahia Brasil
Telefax: 55-71-3283-5572; 3283-5573; Cel.:8726-4059
e-mail: sat@ufba.br <http://www.sat.ufba.br>



RETORNO AO TRABALHO POR INDIVÍDUOS COM PARAPLEGIA TRAUMÁTICA: FATORES QUE INTERFEREM NA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

Magda Constance Nunes dos Santos Calliga

Professor-orientador: Lauro Antonio Porto

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2015

MAGDA CONSTANCE NUNES DOS SANTOS CALLIGA

RETORNO AO TRABALHO POR INDIVÍDUOS COM PARAPLEGIA
TRAUMÁTICA: FATORES QUE INTERFEREM NA REABILITAÇÃO
PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde,
Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia como requisito
obrigatório para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Data da defesa: 23 de abril de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Abrahão Fontes Baptista – Departamento de Biomorfologia/UFBA

Prof. Dr. Lauro Antonio Porto – Orientador – FAMEB/UFBA

Prof. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima – FAMEB/UFBA

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

Universidade Federal da Bahia

Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia

Associação das Pioneiras Sociais

Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
[...]
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança!

(Trecho da música Mais uma vez, Renato Russo)

Aos meus queridos pais,
que sempre apoiaram e incentivaram o
meu crescimento profissional e intelectual.

Aos meus filhos, Lucca e João Arthur,
por serem os grandes motivadores de todas
as minhas conquistas.

Ao esposo Elson,
tanto por ser um grande incentivador,
mas principalmente por ser um grande parceiro,
oferecendo todo o suporte necessário para que
eu pudesse me dedicar aos estudos.

AGRADECIMENTOS

Ao querido orientador, Lauro Antonio Porto, que foi o pilar fundamental para a conclusão deste mestrado. Em todos os momentos difíceis pude contar com sua calma e maturidade, suas palavras acolhedoras e de incentivo, e seus ensinamentos. Meu muito obrigada!!

Aos professores do Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho, que contribuíram para meu crescimento intelectual e, direta ou indiretamente, para a construção desta dissertação.

Aos participantes da banca examinadora, Abrahão Baptista e Mônica Angelim, por disporem do seu tempo e de seus conhecimentos para contribuírem com a minha jornada de aprendizado.

À Associação das Pioneiras Sociais e à direção do Hospital Sarah Salvador, obrigada pelo incentivo e redução de quatro horas semanais em minha carga horária, fundamentais para a realização deste estudo.

Às lideranças de enfermagem do programa de Lesão Medular, Claudia Pinon e Margarida Fransoia, por realizarem todos os ajustes necessários na escala de trabalho para que fosse possível a minha participação nas aulas do Mestrado.

À equipe de enfermagem do programa de Lesão Medular, tanto por incentivar a participação nesta jornada, como por compreender as necessidades de ajustes na escala de trabalho.

Ao colega de trabalho, o estatístico Alfredo Carlos da Silva, que tanto contribuiu com sua paciência ao esclarecer todas as minhas dúvidas, como por sua prontidão em auxiliar em tudo o que fosse necessário na análise dos dados.

À colega de trabalho, a psicóloga Diana Bitencourt de Andrade, que participou da coleta de dados aplicando o instrumento BDI.

Aos funcionários da biblioteca do Hospital Sarah Salvador pela atitude sempre cortês e pela grande colaboração no acesso às publicações.

Aos familiares e amigos que me incentivaram durante todo o mestrado, escutaram as minhas angústias e compreenderam as minhas ausências.

A todos os colegas do mestrado que dividiram tanto as alegrias quanto as angústias durante esta jornada, e Juliana Müller e Bruno Reis que sempre estiveram por perto para esclarecer dúvidas e compartilhar aprendizados.

E a Deus, que, tenho certeza, esteve e está presente em todos os dias de minha vida. É Ele quem está por traz de toda a minha garra, energia e saúde.

SUMÁRIO

	Página
Índice de tabelas e figuras	11
Lista de abreviaturas	13
I. Resumo	14
II. Introdução	15
III. Fundamentação Teórica	17
III.1. Lesão Medular	17
III.2. Reabilitação Profissional	20
III.3. Aspectos Legais	24
III.4. Auxílio Doença / Aposentadoria por Invalidez	25
III.5. Acessibilidade	27
III.6. Depressão	28
III.7. Medida de Independência Funcional	30
III.8. Retorno ao trabalho	32
III.9. Instrumentos utilizados na pesquisa	38
III.9.1. WHOQOL-bref	38
III.9.2. Inventário de Beck II	40
IV. Objetivos	42
V. Hipóteses	43
VI. Material e Métodos	45
VI.1. Tipo de estudo	45
VI.2. Campo do estudo	45
VI.3. Critérios de inclusão na população de estudo	45
VI.4. Critério de exclusão	46
VI.5. Seleção dos participantes da pesquisa	46
VI.6. Instrumentos para coleta de dados	46
VI.7. Análise dos dados	47
VI.8. População do estudo	47
VII. Aspectos Éticos	51
VIII. Resultados	52

VIII.1. Gerais	52
VIII.2. Análise por sexo	58
VIII.3. Análise por retorno ao trabalho	60
VIII.3.1. Grupo que não voltou a trabalhar	62
VIII.3.2. Grupo que voltou a trabalhar	63
IX. Discussão	67
X. Conclusões	77
XI. Summary	79
XII. Referências Bibliográficas	80
XIII. Apêndice	89
XIII.A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
XIII.B. Questionário de dados sociodemográficos	91
XIII.C. Questionário sobre estilo de vida	93
XIII.D. Questionário sobre trabalho	95
XIII.E. Licença para o uso do instrumento WHOQOL-bref	98
XIII.F. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	101
XIII.G. Artigo submetido	97
Que pessoas com paraplegia traumática voltam a trabalhar?	
XIII.H. Comprovante de submissão do artigo	124
XIV. Anexo	125
XIV.1. WHOQOL-bref	125
XIV.2. Normas da Revista de Saúde Pública	130

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

<u>TABELAS</u>	Página
Tabela 1. Características demográficas e sociais de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014	53
Tabela 2. Características clínicas, acessibilidade, apoio social e lazer de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014	55
Tabela 3. Atividade ou ocupação na época da lesão medular dos 20 pacientes que não voltaram a trabalhar	63
 <u>FIGURAS</u>	
Figura 1. Esquema morfológico das hipóteses relacionadas ao retorno ao trabalho	44
Figura 2. Fluxograma de seleção dos participantes da pesquisa	49
Figura 3. Fluxograma de aplicação dos filtros para identificar a população elegível na unidade Sarah Salvador, dezembro de 2013.	50
Figura 4. Diagrama de rede que representa o resultado da média dos escores por domínio para a população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014	57
Figura 5. Comparação dos domínios do WHOQOL-bref da população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014 com a população de trabalhadores e estudantes brasileiros	57
Figura 6. Resultado da avaliação de sintomas depressivos com o BDI-II em 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014	58
Figura 7. Diagrama de rede que representa o resultado da média dos escores por domínio comparando homens e mulheres na população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a	60

julho de 2014

- Figura 8.** Diagrama de rede que representa o resultado da média dos escores por domínio comparando o grupo que não está trabalhando com o grupo que está trabalhando na população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014 62
- Figura 9.** Comparação das atividades/ocupações desempenhadas na época da lesão medular e no momento da entrevista pelos 22 pacientes que voltaram a trabalhar 64

LISTA DE ABREVIATURAS

ASIA	American Spinal Injury Association
BDI	Beck Depression Inventory
BPC-LOAS	Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MIF	Medida de Independência Funcional
MPS	Ministério da Previdência Social
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life

I. RESUMO

As lesões traumáticas da medula espinal são com frequência agudas e inesperadas, causando danos irreversíveis e alterando dramaticamente o curso da vida de um indivíduo. Este estudo foi pioneiro no Brasil e teve como objetivo identificar quais os fatores que interferem no retorno ao trabalho em indivíduos com paraplegia traumática. Tratou-se de um estudo epidemiológico, observacional, censitário, do tipo corte transversal. A população incluída no estudo é acompanhada no Hospital Sarah Salvador, um hospital público de reabilitação. Os critérios de inclusão foram: diagnóstico de lesão medular tipo paraplegia traumática; conclusão do programa de reabilitação há pelo menos um ano; independência para todas as atividades de vida diária na alta do programa de reabilitação; locomoção com cadeira de rodas; relato de atividade laboral antes da lesão medular; idade entre 18 e 65 anos; estar internado durante o período de coleta de dados desta pesquisa. O único critério de exclusão foi ser estrangeiro. Entre os 42 pacientes entrevistados, houve predomínio de homens (79%) e idade média de 36 anos (desvio-padrão = 7,9). Retornaram ao trabalho 52% dos entrevistados (n=22) e 21 destes estavam inseridos no mercado de trabalho informal, 8 recebiam auxílio-doença e 11 recebiam aposentadoria por invalidez. Verificamos que houve associação positiva entre o grau de escolaridade e o retorno ao trabalho e, portanto, a necessidade de maiores investimentos em educação. A qualidade de vida segundo o WHOQOL-bref, o grau de escolaridade, a renda e, o poder de compra segundo o Critério Brasil, foram melhores entre os que voltaram a trabalhar. Constatamos a importância de incentivar precocemente o retorno ao trabalho e a necessidade de melhorias nos programas de Reabilitação Profissional no Brasil.

Palavras-chave: Retorno ao trabalho; Paraplegia; Traumatismos da Medula Espinal; Reabilitação.

II. INTRODUÇÃO

As lesões traumáticas da medula espinal são com frequência agudas e inesperadas, causando danos irreversíveis e alterando dramaticamente o curso da vida de um indivíduo. As consequências sociais e econômicas para o paciente, sua família e a sociedade podem ser catastróficas (ROWLAND, 2007).

O Mapa da Morbidade por causas externas, realizado semestralmente na Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação e disponibilizado em seu portal, apresenta informações sobre internações motivadas por causas externas que são um conjunto de acidentes e violências previsíveis e evitáveis. Estes relatórios revelam que a maioria dos pacientes são adultos jovens, com idade média de 30,0 anos (desvio-padrão de 13,8 anos), do sexo masculino, solteiros, com escolaridade até o ensino fundamental e residentes em área urbana. (REDE SARAH, 2012).

Em um levantamento realizado em 2013 nas bases de dados LILACS (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) foram identificados 52 artigos, utilizando-se os descritores traumatismos da medula espinal e retorno ao trabalho, sem restrição quanto à língua ou à época da publicação, mas limitando-se aos adultos, tendo em vista que a população pesquisada encontra-se nesta fase da vida; vale ressaltar que não foi localizado nenhum artigo no Brasil com estes descritores.

Com base nesta perspectiva de que a lesão medular acomete predominantemente a população jovem, em idade produtiva, a qual na sua maioria estava inserida no mercado de trabalho, quer seja formal ou informal, e por se tratar de um tema atual e que tem sido motivo de vários estudos no exterior, mas que as conclusões não podem ser extrapoladas para a população

brasileira, tendo em vista suas particularidades, é que surgiu o desejo de realizar um estudo para responder à seguinte questão: quais os fatores que interferem no retorno ao trabalho em indivíduos com paraplegia traumática.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

III.1. Lesão Medular

A medula espinal faz parte do sistema nervoso central e localiza-se dentro do canal vertebral (MACHADO, 2002). É composta pelos segmentos cervicais, torácicos, lombares e sacrais. Cada segmento medular origina fibras nervosas ventrais que formam um par de raízes motoras e recebe um par de raízes dorsais, sensitivas. A união da raiz dorsal e da ventral constitui um nervo espinal de cada lado (NITRINI & BACHESCHI, 2008). A medula espinal é o principal canal através do qual a informação motora e sensitiva viaja entre o cérebro e o corpo (KIRSHBLUM et al., 2011).

A lesão medular traumática, uma das doenças crônicas da modernidade, é uma das condições de maior impacto no desenvolvimento humano e traz consequências que tanto alteram a rotina familiar quanto determinam um novo modo de viver para todos os membros da família (VENTURINI et al., 2007).

Conforme o seu comprometimento motor e sensitivo, a lesão medular é avaliada através da Escala de Comprometimento criada pela American Spinal Injury Association (ASIA). A classificação da lesão medular segundo esta escala é:

- completa – A – nenhuma função sensitiva ou motora preservada no segmento sacral S4-S5;
- sensitiva incompleta – B – a função sensitiva está preservada abaixo do nível neurológico, mas a função motora não;
- motora incompleta – C – a função motora está preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem grau muscular inferior a 3;
- motora incompleta – D - função motora está preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chaves tem um grau muscular igual ou superior a 3;

- normal – E – as funções motora e sensitiva estão normais.

A tetraplegia é o termo que designa a “deterioração ou perda da atividade motora e/ou sensitiva nos segmentos cervicais da medula espinal devida a danos de elementos neurais dentro da medula espinal” (KIRSHBLUM et al., 2011, p. 536). Como resultado, há comprometimento da função nas quatro extremidades, e ainda no tronco e nos órgãos pélvicos. A paraplegia refere-se à deterioração ou perda da atividade motora e/ou sensitiva também resultante de danos em elementos neurais dentro da medula espinal que abrange os segmentos torácico, lombar ou sacral, sem incluir segmentos cervicais. Neste caso, o funcionamento dos membros superiores é preservado, mas o tronco, órgãos pélvicos e membros inferiores podem ser acometidos (KIRSHBLUM et al., 2011).

Com o objetivo de avaliar o desempenho funcional dos pacientes, foi criada a Medida de Independência Funcional (MIF) na década de 1980. Este instrumento mede o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas, podendo ser o indivíduo totalmente dependente, parcialmente dependente ou independente conforme desempenho nas atividades avaliadas (RIBERTO et al., 2001).

O *National Spinal Cord Injury Statistical Center* (2013) noticiou que a incidência anual de lesão medular traumática é estimada, não incluindo os indivíduos que morreram no momento do acidente, em aproximadamente 40 casos por milhão da população dos Estados Unidos ou aproximadamente 12 mil novos casos a cada ano. Com relação à prevalência, o número de pessoas nos Estados Unidos que possuíam o diagnóstico de lesão medular traumática em 2013 foi estimado em aproximadamente 273 mil pessoas. No Brasil não existem dados precisos, pois o traumatismo da medula espinal não é uma doença de notificação compulsória (BRASIL, 2013).

Newman (2010) recorda que dados epidemiológicos demonstram que a lesão medular ocorre principalmente nos anos de vida mais produtivos do indivíduo, sendo uma perda constantemente relatada nos estudos.

Evidenciando que a realidade no Brasil é similar, o Mapa da Morbidade por causas externas disponibilizado no Portal da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação traz informações sobre internações motivadas por causas externas registradas no período de 1º de janeiro de 2012 a 30 de junho de 2012, nos hospitais Sarah-Brasília, Sarah-Salvador, Sarah-Belo Horizonte, Sarah-São Luís e Sarah Fortaleza. Estas internações corresponderam, no período, a 23,1% do total das internações hospitalares. Segundo os dados, os acidentes de trânsito foram a primeira causa externa de internação em todas as unidades investigadas: 50% em Brasília, 36% em Salvador, 45% em Belo Horizonte, 40% em São Luís e 46% em Fortaleza. As agressões por arma de fogo constituíram a segunda causa externa de internação nas unidades de Fortaleza, Brasília e Salvador. Quanto aos pacientes investigados caracterizaram-se por serem, em sua maioria, adultos jovens, do sexo masculino (78%), solteiros (57%), com escolaridade até o ensino fundamental (49%) e residentes em área urbana (89%). A idade média da população investigada foi de 30,0 anos (desvio-padrão de 13,8 anos). As vítimas eram em sua maioria adolescentes e adultos, concentrando-se entre 15 e 39 anos de idade, num total de 70% dos casos registrados. Para os pacientes com diagnóstico de lesão medular predominaram os casos de paraplegia (61%). A maioria das lesões medulares investigadas foi classificada, no momento da internação, como uma lesão medular completa (ASIA A = 61%) (REDE SARAH, 2012).

O relatório publicado com informações referentes ao primeiro semestre de 2014 de todas as unidades da Rede revelou que os acidentes de trânsito continuam sendo a primeira causa externa de internação (49.9%), seguidos por agressões com arma de fogo, arma branca e agressão física (23,2%), quedas

(14,6%), acidentes com mergulho (4,2%), impactos por objetos pesados (2,2%) e outras causas (6,3%) (REDE SARAH, 2014).

III.2. Reabilitação Profissional

O Ministério da Previdência Social (MPS) reconhece a Reabilitação Profissional como:

[...] um serviço da Previdência Social, prestado pelo INSS [Instituto Nacional do Seguro Social], de caráter obrigatório, com o objetivo de proporcionar os meios de reeducação ou readaptação profissional para o retorno ao mercado de trabalho dos segurados incapacitados por doença ou acidente.

- O segurado encaminhado ao Programa de Reabilitação Profissional, após avaliação médico pericial, está obrigado, independentemente da idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se ao programa prescrito e custeado pela Previdência Social.

- [...] Não é exigido tempo mínimo de contribuição para que o segurado tenha direito ao serviço (MPS, [s.d.](a)).

Após conclusão do processo de reabilitação profissional:

[...] o INSS emite certificado indicando a atividade para a qual o trabalhador foi capacitado profissionalmente.

- O INSS poderá fornecer ao segurado os recursos materiais necessários à reabilitação profissional, incluindo próteses, órteses, taxas de inscrição e mensalidades de cursos profissionalizantes, implementos profissionais (materiais indispensáveis ao desenvolvimento da formação/treinamento profissional), instrumentos de trabalho (materiais imprescindíveis ao exercício de atividade laborativa), transporte e alimentação (MPS, [s.d.](a)).

Segundo o MPS, os segurados, seus dependentes e os aposentados por invalidez têm direito ao serviço, e abrem uma exceção para as pessoas com deficiência que não possuem vínculo com a Previdência Social.

Na instância da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Recomendação nº 99/1955 (Reabilitação Profissional de Pessoas com Deficiência) apresenta que:

[...] os serviços de reabilitação profissional devem ser disponibilizados a todas as pessoas com deficiência, seja qual for a origem e a natureza da sua deficiência e independentemente da sua idade, desde que possam ser preparados para, e tenham perspectivas razoáveis de segurança e de retenção de emprego adequado (tradução nossa) (ILO, 1955)

A Recomendação nº 168/1983 (Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes) amplia o olhar sobre o universo de reinserção no mercado de trabalho. De início, aborda a importância de que as ações desenvolvidas para reabilitação profissional alcancem os portadores de deficiências residentes em zonas rurais ou distantes dos centros urbanos. Sugere adoção de medidas para promover oportunidades de emprego às pessoas portadoras de deficiência que se ajustem às normas de emprego e salário aplicáveis aos trabalhadores em geral. Propõe a eliminação gradual das barreiras e obstáculos de ordem física e arquitetônica, ou relativas à comunicação, que afetem o transporte, o acesso e o livre movimento nos locais de formação e emprego. Além disso, propõe o estabelecimento de empregos em tempo parcial, incluídas outras disposições de trabalho, de acordo com a capacidade de cada pessoa, que não possa, no momento, ou talvez nunca, ocupar um emprego em tempo integral (ILO, 1983).

Toldrá et al. (2010) refletem que é necessário pensar a reabilitação profissional para além do que é feito no programa de reabilitação profissional proposto pela Previdência Social e da clássica reabilitação clínica oferecida em diferentes serviços de saúde. Apontam ainda para a existência de uma falta de interlocução e de diretrizes entre os serviços e as políticas de previdência social, agindo assim como barreiras, ocasionando longos períodos de afastamento e demora no encaminhamento para a reabilitação profissional.

A inter-relação entre as áreas principais da vida (educação, trabalho e emprego) e a vida econômica, com os aspectos pessoais, apontaram que a baixa escolaridade e a falta de preparo profissional da maioria dos trabalhadores, somada às limitações funcionais decorrentes da doença, impõem uma realidade não promissora para o retorno ao trabalho e, conseqüentemente, para a autossuficiência econômica (TOLDRÁ et al., 2010, p. 16).

Seyfried (2011) aborda o papel do serviço de Emprego Apoiado, que é um conceito particularmente difundido na Austrália e na Nova Zelândia, em vários países europeus e nos Estados Unidos e que se destina a dar suporte à pessoa com deficiência na sua inserção ou reinserção no mercado de trabalho. Este serviço tem como objetivo fortalecer o indivíduo para superar as dificuldades decorrentes de sua incapacidade. Ressalta que, para se chegar a esta fase, faz-se necessário, em algumas situações, que o indivíduo participe previamente de Programa de Reabilitação com equipe interdisciplinar para que o habilite a utilizar as suas capacidades em benefício deste retorno à vida ativa, à reinserção social. Pontua a importância de que esta equipe de reabilitação deve abordar a questão de retorno ao trabalho precocemente, pois este poderá ser um excelente motivador. Também enfatiza que a decisão do futuro profissional deve ser tomada com base em suas capacidades e potencialidades. Por outro lado, aponta que o grande desafio deste serviço é coordenar a preparação profissional e qualificação com as exigências do mercado de trabalho.

Refere, ainda, sobre a necessidade de que o acompanhamento se mantenha durante a fase de adaptação no local de trabalho, permitindo assim, uma formação prática em contexto de trabalho e também realizar as adaptações necessárias no ambiente de trabalho. Um treinador, fornecido pelo Serviço de Emprego Apoiado, acompanha os trabalhos relacionados com a função e a integração social da pessoa com deficiência à empresa. Também é tarefa do treinador de trabalho orientar os colegas e superiores para o apoio social da pessoa com deficiência, uma vez que o objetivo, em princípio, é

reduzir gradualmente a assistência profissional do serviço de apoio ao emprego. Além disso, existe a possibilidade de incentivar financeiramente os colegas de trabalho para que estes sejam o suporte do trabalhador com deficiência. Como exemplo, no Reino Unido, funcionários preparados para agir como “trabalhadores adotivos” recebem o reconhecimento na forma de uma pequena recompensa financeira. Outro papel importante dos Serviços de Emprego Apoiado é o de motivar o empregador a contratar pessoas com deficiência. Algumas adequações podem vir a ser necessárias, como por exemplo: redução de certos requisitos de trabalho, criação de trabalho em tempo parcial e tempos de trabalho flexíveis.

No Brasil, o programa Reabilita não se responsabiliza pela reabilitação física do trabalhador. Esta etapa é atribuída ao Serviço Único de Saúde (SUS). Assim, quando encaminhado para o Reabilita, o trabalhador deve estar com sua lesão estável. A reabilitação profissional se resume no encaminhamento do trabalhador de volta à empresa de vínculo para função compatível e/ou curso de requalificação profissional ou de elevação de escolaridade, quando a empresa não oferece função ou quando o trabalhador está desempregado. Essa dicotomia impede uma visão integrada do processo de reabilitação como proposto pela concepção sociopolítica da incapacidade. Os aspectos psicossociais deste processo ficam perdidos, sendo considerados apenas os aspectos biomédicos. Além disso, no Brasil, não há obrigatoriedade da colocação no emprego pelo programa público de reabilitação profissional (SIMONELLI et al., 2010, p. 65).

Simonelli et al. (2010, p. 65) abordam ainda a ineficiência do programa Reabilita, demonstrando os seguintes dados:

Foram requeridos, no mês de junho de 2006, 604.635 benefícios por incapacidade no Brasil, segundo dados do Sistema Unificado de Informação de Benefícios (SUIBE), do INSS. Destes, 373.321 foram concedidos como auxílio-doença previdenciário, sendo 10.795 aposentados por invalidez e 2.541 concedidos como auxílio-acidente do trabalho, sendo 256 aposentadorias por invalidez decorrentes de acidente do trabalho. Segundo o Boletim Estatístico de Reabilitação

Profissional (BERP) do INSS, foram registrados, no mesmo período, 40.849 casos no Reabilita e, destes, apenas 2.670 (6,4%) retornaram ao trabalho após cumprirem o programa de reabilitação profissional.

III.3. Aspectos legais

A Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência é uma resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 9 de dezembro de 1975. Enumera treze direitos, dos quais se podem destacar:

3. As pessoas deficientes têm o direito inerente de respeito por sua dignidade humana. As pessoas deficientes, qualquer que seja a origem, natureza e gravidade de suas deficiências, têm os mesmos direitos fundamentais que seus concidadãos da mesma idade, o que implica, antes de tudo, o direito de desfrutar de uma vida decente, tão normal e plena quanto possível;
5. As pessoas deficientes têm direito a medidas que visem capacitá-las a torná-las tão autoconfiantes quanto possível;
8. As pessoas deficientes têm direito de ter suas necessidades especiais levadas em consideração em todos os estágios de planejamento econômico e social (MTE, 1975).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no Capítulo II, Da Seguridade Social, seção IV, Da Assistência Social, tem como alguns de seus objetivos: a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988).

O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, consolida as normas de proteção. O Artigo 36 deste decreto apresenta as orientações relacionadas a cotas das vagas para os portadores de deficiências.

Art. 36 - A empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento de seus cargos

com beneficiários da Previdência Social reabilitados ou com pessoa portadora de deficiência habilitada, na seguinte proporção:

- I - até 200 empregados.....2%;
- II - de 201 a 500 empregados.....3%;
- III - de 501 a 1000 empregados.....4%;
- IV - mais de 1000 empregados.....5% (BRASIL, 1999).

O direito ao trabalho está assegurado no Estatuto do Portador de Deficiência. Conforme o capítulo V, seção I, art. 57, “a pessoa com deficiência tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas”. Ainda neste capítulo, seção II, art. 60, parágrafo 2º, “a reabilitação profissional compreende o processo destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance nível físico, mental e sensorial funcionais satisfatórios, inclusive medidas para compensar perda ou limitação funcional, buscando o desenvolvimento de aptidões e autonomia para o trabalho”. E, para formalizar o direito de acesso a vagas de trabalho, a seção IV, art. 65, dispõe que: “os órgãos de Administração Pública Direta e Indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em todos os níveis, estão obrigados a preencher no mínimo 5% (cinco por cento) de seus cargos e empregos públicos com pessoas com deficiência” (BRASIL, 2006).

III.4. Auxílio Doença / Aposentadoria por Invalidez

O portador de deficiência física por doença ou acidente terá direito à aposentadoria por invalidez se for considerado pela perícia médica da Previdência Social incapacitado para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. Quem recebe aposentadoria por invalidez tem que passar por perícia médica de dois em dois anos, se não, o benefício é suspenso. A aposentadoria deixa de ser paga quando o segurado recupera a capacidade e volta ao trabalho. Para ter direito ao benefício no caso de acidente, não é exigido prazo de carência, mas é preciso estar inscrito na Previdência Social (MPS, [s.d.](b)).

Já o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS, é um benefício assegurado por lei e integrante do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, pago pelo Governo Federal, cuja operacionalização do reconhecimento do direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, que permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. A pessoa com deficiência deverá comprovar que a renda mensal do grupo familiar per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Deverá também ser avaliado se a sua deficiência o incapacita para a vida independente e para o trabalho, sendo esta avaliação realizada pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do INSS. O benefício deixará de ser pago quando houver superação das condições que deram origem à concessão do benefício. Atualmente são 3,6 milhões (dados de março de 2012) beneficiários do BPC em todo o Brasil, sendo 1,9 milhões pessoas com deficiência e 1,7 idosos (MDS, [s.d.]).

Assim que o retorno ao trabalho acontece, ocorre a perda do benefício aposentadoria por invalidez, segundo o previsto na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências:

Art. 46. O aposentado por invalidez que retornar voluntariamente à atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno.

Art. 47. Verificada a recuperação da capacidade de trabalho do aposentado por invalidez, será observado o seguinte procedimento:

I - quando a recuperação ocorrer dentro de 5 (cinco) anos, contados da data do início da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença que a antecedeu sem interrupção, o benefício cessará:

a) de imediato, para o segurado empregado que tiver direito a retornar à função que desempenhava na empresa quando se aposentou, na forma da legislação trabalhista, valendo como documento, para tal fim, o certificado de capacidade fornecido pela Previdência Social;

ou

b) após tantos meses quantos forem os anos de duração do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, para os demais segurados;

II - quando a recuperação for parcial, ou ocorrer após o período do inciso I, ou ainda quando o segurado for declarado apto para o exercício de trabalho diverso do qual habitualmente exercia, a aposentadoria será mantida, sem prejuízo da volta à atividade:

- a) no seu valor integral, durante 6 (seis) meses contados da data em que for verificada a recuperação da capacidade;
- b) com redução de 50% (cinquenta por cento), no período seguinte de 6 (seis) meses;
- c) com redução de 75% (setenta e cinco por cento), também por igual período de 6 (seis) meses, ao término do qual cessará definitivamente (BRASIL, 1991).

III.5. Acessibilidade

A literatura informa, frequentemente, que o primeiro momento após a lesão medular é destinado ao autoconhecimento, ao aprendizado de técnicas para desenvolver atividades antes já realizadas automaticamente e agora com necessidade de planejamento, como, por exemplo, a higiene corporal, o banho. A demanda de tempo para este primeiro momento é bem individual. Só após esta fase, com recuperação da autoestima e reconhecimento da nova imagem corporal e sua funcionalidade, é que muitos indivíduos se deparam com o desejo de retomar suas vidas no sentido de integrar-se à sociedade e reassumir o seu papel como trabalhador.

E é neste momento que se apresentam as muitas dificuldades de acessibilidade. Ajustes no domicílio, transporte e local do emprego se fazem necessários para permitir a integração do portador de deficiência física ao ambiente. Ressalta-se a importância da avaliação individualizada, levando em consideração suas dificuldades motoras, seus valores culturais, sua condição intelectual, rede de apoio, barreiras arquitetônicas e geográficas a que está exposto, além de meio de transporte disponível.

A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, no artigo 2º, define acessibilidade como:

[...] possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2000, p. 35).

Clarke et al. (2011) refletem sobre a importância das construções urbanas serem projetadas de forma a permitir o livre acesso das pessoas com deficiências, limitações de atividade e restrições de participação. Ressaltando não só portadores de doenças, mas também as limitações físicas impostas pela idade, pelo envelhecimento. Revelam, ainda, que as barreiras arquitetônicas urbanas tendem a impelir os indivíduos com dificuldade de mobilidade a se isolarem em seus domicílios, impedindo assim a vida em sociedade. Utilizaram como exemplos desta realidade a impossibilidade de realizar atividades físicas, votar em eleições governamentais, interação interpessoal e de ter acesso a cuidados preventivos para a saúde.

A cadeira de rodas, apesar de ser a melhor tecnologia de mobilidade, necessita interagir com barreiras e, em estudo realizado por Chaves et al. (2004), foi percebida por parte dos usuários deste meio de locomoção como o fator mais importante de participação limitada na casa, comunidade e transporte.

O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, que rege sobre o Programa Nacional de Acessibilidade, em seu capítulo IX, artigo 69, versa que:

Os programas nacionais de desenvolvimento urbano, os projetos de revitalização, recuperação ou reabilitação urbana incluirão ações destinadas à eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, nos transportes e na comunicação e informação devidamente adequada às exigências deste Decreto (BRASIL, 2004, p. 109).

III.6. Depressão

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração. [...] pode ser de longa duração ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade do indivíduo de funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio. Quando leve, as pessoas podem ser tratados sem medicamentos, mas quando a depressão é moderada ou grave podem necessitar de tratamento com medicação e psicoterapia profissional (tradução nossa) (WHO, 2012).

Estima-se que a depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas. Apesar de existirem tratamentos eficazes para a depressão, mais da metade das pessoas afetadas em todo o mundo (e mais de 90% em alguns países) não recebem estes tratamentos. A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo, e é um dos principais contribuintes para a carga global de doenças (WHO, 2012).

No âmbito da lesão medular, o estudo realizado por Conceição et al. (2010) avaliou os níveis de depressão de pacientes portadores de lesão medular internados em hospital de reabilitação com diferentes níveis, classificações e tempos de lesão por meio de um dos instrumentos mais utilizados na clínica e pesquisa, o Inventário de Depressão de Beck. A amostra consistiu-se de 125 pacientes com lesão medular e com idade entre 17 e 63 anos. Observou-se que a maioria da amostra foi classificada como apresentando depressão moderada a grave (36,8%) ou depressão leve a moderada (35,2%), na classificação total. Não foi observada relação direta entre o nível de depressão e o nível da lesão. Também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao tipo de lesão, o que sugere que nem sempre o sofrimento psíquico está diretamente associado à extensão do dano físico. No caso de lesão medular, os itens que investigam perda de peso, mudança de imagem corporal, dificuldade de trabalhar e preocupação com a saúde foram apontados como pouco discriminativos, porque não ficou claro se esses itens apresentaram altos escores por causa da

depressão ou por causa da lesão. Foi sugerida, então, a possibilidade de uma adaptação da escala Beck considerando as especificidades da população com lesão medular, ou seja, como a possibilidade de retirar itens com baixo poder discriminativo entre depressão e lesão medular.

Um estudo longitudinal realizado com 46 pacientes egressos de uma unidade Australiana de Lesão Medular, com idade superior a 16 anos e que participaram da primeira reabilitação após lesão medular de etiologia traumática, utilizou para medir sintomatologia depressiva a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos - *Center of Epidemiological Studies–Depression Scale* (CES-D). No momento da alta hospitalar, cerca de 23% dos pacientes encontravam-se na faixa de depressão moderada ou severa, segundo CES-D. Durante o acompanhamento pós alta, 29% e 26% estavam nas categorias moderada ou severamente deprimidos pelo segundo e terceiro ano, respectivamente. No terceiro ano de acompanhamento, nenhum dos entrevistados encontrava-se na categoria de depressão severa. Sugere-se que o aumento da sintomatologia depressiva nos seis meses após a alta pode estar relacionado aos muitos desafios enfrentados na fase de transição do hospital para a vida em comunidade. Problemas médicos e de saúde associados com lesão medular, como úlceras de pressão, são conhecidos por terem um impacto significativo sobre a qualidade de vida e, por conseguinte, aumentam o risco de depressão (DORSETT & GERAGHTY, 2004).

III.7. Medida de Independência Funcional

A *Functional Independence Measure* (FIM) foi validada no Brasil e passou a ser conhecida neste país como Medida de Independência Funcional (MIF). Riberto et al. (2001) relatam que o desenvolvimento desta medida ocorreu na década de 80 por uma força-tarefa norte-americana que teve por objetivo criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados

de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas.

O instrumento possui 13 itens que compõem o escore motor e cinco itens que compõem o escore cognitivo. No escore motor são avaliados: cuidados com o corpo (comer, aprontar-se, banho, vestir parte superior do corpo, vestir parte inferior do corpo, toalete), controle de esfíncter (controle da bexiga, controle do intestino), transferência (cama, cadeira, cadeira de rodas; vaso sanitário; banheira, chuveiro), locomoção (marcha e/ou cadeira de rodas) e escadas. No escore cognitivo são avaliados: comunicação (compreensão e expressão) e integração social (interação social, resolução de problemas, memória).

Cada item pode obter pontuação que varia de 1 (quando requer assistência total) a 7 (independência completa). Vale ressaltar que o indivíduo com alguma deficiência pode ser independente, mas apresentar a pontuação 6 (quando requer algum tipo de dispositivo, como por exemplo, órtese ou cadeira de rodas, quando necessita de um tempo maior que o habitual ou quando necessita de algum cuidado de segurança).

O escore motor pode variar de 13 a 91 pontos e o escore cognitivo pode variar de 5 a 35 pontos. Quanto maior a pontuação, menor a necessidade de auxílio e, portanto, maior a independência da pessoa avaliada.

Segundo Riberto et al. (2001, p.46):

Muitos instrumentos foram propostos com essa finalidade, entre os quais se destacam o Índice de Barthel, o Índice de Katz de Atividades de Vida Diária e o Perfil PULSES. Uma característica comum de tais medidas é que compreendem apenas a avaliação do desempenho do indivíduo quanto a atividades motoras, sem voltar-se para a capacidade de comunicação ou os aspectos cognitivos.

III.8. Retorno ao trabalho

O trabalho é parte integrante da identidade de um adulto; além de ser o gerador de renda e aprendizados; também é o gerador de satisfação, realização e, por que não dizer, felicidade. O indivíduo não é reconhecido apenas pelo nome, por onde mora, mas também pelo que “faz”, ou seja, a sua ocupação, a sua atividade laborativa também o identifica. O papel social do trabalho é amplamente reconhecido tanto na sociedade quanto na literatura. Para Dejours (2007, p. 34), quando o trabalho do sujeito é reconhecido, o sentimento gerado se traduz em alívio, prazer, às vezes leveza d’alma ou até de elevação. “O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego”.

Numa visão histórica, Castel (2013, p. 226-7) revela que “a descoberta do trabalho certamente não data do século XVIII. Tem suas raízes na maldição bíblica, e a condenação da ociosidade é uma constante de toda a pregação religiosa e moral”. Refere, ainda, que trabalho foi reconhecido como fonte de riqueza e compara-o à “pedra filosofal”. Também é visto como “uma necessidade econômica e uma obrigação moral para os que nada têm, o antídoto contra a ociosidade, o corretivo para os vícios do povo”.

Arendt (apud Castel, 2013, p. 230) resume as principais etapas da promoção da concepção moderna do trabalho:

A ascensão repentina, espetacular, do trabalho, passando do último lugar, da situação mais desprezada, ao lugar de honra e tornando-se a mais considerada das atividades humanas, começou quando Locke descobriu no trabalho a fonte de toda propriedade; prosseguiu quando Adam Smith afirmou que o trabalho é a fonte de toda riqueza: atingiu seu ponto culminante no “sistema de trabalho” de Marx, em que o trabalho se tornou a fonte de toda a produtividade e a expressão da própria humanidade do homem.

E é por considerar o papel de grande relevância do trabalho na vida do sujeito que Castel (2013, pág. 19) afirma que:

Indubitavelmente, quem perdeu o emprego, quem não consegue empregar-se (desempregado primário) ou reempregar-se (desempregado crônico) e passa pelo processo de dessocialização progressivo, sofre. É sabido que esse processo leva à doença mental ou física, pois ataca os alicerces da identidade.

Verificamos que o retorno ao trabalho é um tema ainda pouco abordado para o público com lesão medular. Quando se remete ao termo retorno ao trabalho, muitos estudos abordam os acidentes ou adoecimentos relacionados ao trabalho, como, por exemplo, a publicação de MacEachen et al. (2010) em que abordam a tendência, em alguns países como o Canadá, Reino Unido, Austrália, Estados Unidos, Alemanha e Nova Zelândia, de os trabalhadores serem incentivados a retornarem ao trabalho ainda na fase de reabilitação. Empregadores são incentivados, por sistemas de compensação, a receberem estes trabalhadores, realizando os ajustes necessários, como, por exemplo, mudança de função.

Como já referido anteriormente, é imprescindível o autoconhecimento após a lesão medular para que, com este reconhecimento do novo “eu”, potencialidades e limitações, obtenha-se maior sucesso no processo de retorno ao trabalho (VILLE, 2005).

Quanto ao significado do termo propriamente dito “retorno ao trabalho”, não existe um consenso na literatura. A maioria dos artigos utiliza como parâmetro que atividade regular que tenha como resultado ganho financeiro pode ser considerada trabalho. Outros artigos consideram trabalho apenas a atividade formal.

O retorno ao trabalho não é algo simples. Young et al. (2005), trazem à discussão que não basta apenas retornar ao trabalho, mas também devem ser consideradas questões relacionadas às condições de trabalho, manutenção do emprego, assim como progressão na profissão, na carreira. Propõem, numa abordagem conceitual, dividir este retorno em etapas, sendo a primeira delas o período de ausência do mercado de trabalho, o período de afastamento que no

caso da lesão medular se dá pela própria doença e suas sequelas e denomina-se “fora do trabalho” (*off work*); a segunda etapa é o período de retorno ao trabalho propriamente dito, seja para o mesmo trabalho, ou para outra atividade, sendo que o mais importante desta fase é que sejam respeitadas e levadas em consideração as capacidades do indivíduo, assim como as exigências do trabalho e essa fase é denominada “retorno ao trabalho” (*work re-entry*); a terceira etapa é a fase que diz respeito à manutenção do trabalho (*maintenance*) e a quarta e última etapa é o avanço no trabalho, ou seja estratégias para progressão dentro da carreira (*advancement*).

Em estudo realizado no Hospital Sarah Brasília com o objetivo de identificar, analisar e compreender as estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas com lesão medular, foi identificado que, antes da lesão medular, a maior parte dos indivíduos estava inserida no mercado de trabalho (90,4%), mas, após a ocorrência do traumatismo, somente 55,7% informaram desenvolver atividade laboral. Contudo, não necessariamente retornaram à atividade desempenhada anteriormente. Ainda neste estudo, não foi verificada diferença nas taxas de retorno ao trabalho quando se compararam pessoas com tetraplegia e com paraplegia, ou pacientes de grupos etários distintos (VERA & ARAÚJO, 2011).

A pesquisa realizada na Holanda com pacientes que participaram do programa de reabilitação em regime de internação verificou que 44,7% dos entrevistados retornaram ao trabalho no prazo de cinco anos após a alta da reabilitação hospitalar. Os autores creditaram este prazo ao fato de que as pessoas tiveram tempo para se acostumar com a nova vida. Ressaltaram também a importância da independência e habilidade para uso da cadeira de rodas como fator primordial para o sucesso do retorno ao trabalho (VAN VELZEN et al., 2012).

Verifica-se que as taxas de retorno ao trabalho encontradas nos artigos são bem variadas. Em estudo realizado na Suíça, a taxa de retorno observada

na amostra de 483 portadores de lesão medular traumática e não traumática foi de 63,8% (MARTI et al., 2012). No Texas, em uma amostra de 91 veteranos com lesão medular, o retorno ao trabalho foi de 35% (OTTOMANELLI et al., 2009). Nos Estados Unidos, em um estudo com 111 indivíduos, a taxa de retorno foi de 80% (PHILLIPS et al., 2012). Já na Malásia, numa amostra de 76 indivíduos, a taxa de retorno foi de 52,6% (RAMAKRISHNAN et al., 2011). Em outro estudo realizado nos Estados Unidos (n= 781), 39% estavam empregados na época da pesquisa, 29% estiveram empregados em algum momento após a lesão medular e 32% nunca voltaram a trabalhar após a lesão medular (KRAUSE & REED, 2011). Observou-se um baixo índice de retorno ao trabalho no estudo realizado na Turquia, em que, numa amostra de 192 indivíduos, apenas 14,6% retornaram (tanto para o mesmo trabalho, quanto para um novo trabalho) (KURTARAN et al., 2009).

Outra questão bastante importante levantada nos estudos é com relação aos preditores de retorno ao trabalho. Franceschini et al. (2012) realizaram um estudo em nome do Grupo Italiano de estudos epidemiológicos sobre lesão da medula espinal (Gruppo Italiano Studio Epidemiologico Mielolesioni – GISEM) com o objetivo de identificar os preditores de emprego entre os indivíduos com lesão medular e avaliar seu impacto sobre a qualidade de vida percebida. Tratou-se de um estudo multicêntrico e prospectivo; o grupo de estudo incluiu 27 centros de lesão medular. A entrevista foi realizada por contato telefônico. O acompanhamento ocorreu por quatro anos a partir da alta hospitalar. Ao final desta pesquisa, quase metade dos indivíduos estava empregada, 43,7% dos indivíduos relataram perda de trabalho anterior por necessidade de mudança das características do trabalho, e 62% relataram uma piora do seu nível de renda como consequência do trauma. Foram considerados como preditores independentes para emprego na análise multivariáveis: idade jovem, educação, ausência de tetraplegia, habilidade para dirigir, habilidade para viver sozinho e emprego prévio à lesão. Correlacionam que quanto maior o grau de escolaridade, maior a chance de empregar-se; inclusive com respaldo de

outras pesquisas que referem ao fato de que nestes casos as limitações físicas interferem pouco, pois são utilizadas as capacidades intelectuais. Outro achado deste estudo, é a constatação de que os pacientes que vivem sozinhos ou que são solteiros têm maior incidência de retorno ao trabalho; quanto aos solteiros, parece estar relacionado à necessidade de ser autossuficiente. Também reportam sobre o impacto das barreiras arquitetônicas no desemprego. Revelam a importância dos programas de reabilitação no treino de habilidades para dirigir e usar transportes públicos, permitindo maior mobilidade.

Krause & Reed (2011) relatam que têm impacto: os anos de educação, o tempo de lesão medular e a severidade de lesão. Mencionam ainda que as barreiras não são tão decisivas, pois podem ser superadas, ou seja, abordam que o mais importante para o sucesso no retorno são os fatores pessoais como interesse em trabalhar e motivação para o trabalho. Marti et al. (2012), evidenciaram os seguintes preditores de retorno ao trabalho: idade, tempo de lesão, trabalhar nos primeiros dois anos após início da reabilitação, orientação profissional/vocacional, menos dor, mais anos de educação/escolaridade e maior percepção da importância do trabalho. Kurtaran et al. (2009), em seu estudo observaram baixo retorno ao trabalho e identificaram como importantes preditores o nível de escolaridade e o fato de trabalhar previamente à lesão. Também trouxeram à tona uma nova questão que interfere diretamente neste retorno: o método de esvaziamento vesical, pois o mesmo permite maior independência e facilita a reinserção social.

De modo geral, o preditor mais importante para o sucesso no retorno ao trabalho e que também está relacionado a melhores salários é a escolaridade (HESS et al., 2000; SCHÖNHERR et al., 2005; KRAUSE & TERZA, 2006; KRAUSE et al., 2008; KURTARAN et al., 2009; VAN VELZEN et al., 2009; KRAUSE & REED, 2011; FRANCESCHINI et al., 2012).

Bergmark et al. (2011) realizaram um estudo qualitativo com oito participantes. O relato dos participantes colocou em evidência o reaprendizado

no autocuidado e as novas necessidades do corpo após a lesão; além de maior demanda de tempo e necessidade de planejamento e organização para estas atividades; necessidade de dois a três anos para esta adaptação; e dificuldade em manter um emprego por muito tempo em virtude das muitas demandas de autocuidado e os desafios do dia a dia. Percebem que a educação é o caminho para o futuro emprego, mas relatam dificuldade em realizarem um treinamento formal após a lesão medular.

Com relação à renda, no estudo de Ramakrishnan et al. (2011) em que compararam a renda atual com a renda antes da lesão medular; entre os 52,6% que estavam trabalhando na época do estudo, 17,1% referiram renda maior, 13,2% referiram mesma renda e 22,4% referiram renda menor. Phillips et al. (2012) sinalizaram que a renda tem importante papel no retorno ao trabalho, pois os mais ricos podem adquirir equipamentos, dispor de transporte seguro e contratar assistentes para facilitar o retorno à escola ou a volta ao trabalho. Também revelaram ser fatores determinantes na redução do retorno ao trabalho: idade avançada na época da lesão e apresentar maior comprometimento motor (tetraplegia).

O artigo publicado por Targett et al. (2004) aborda a existência do modelo de Emprego Apoiado, sendo aplicado pelo especialista em emprego. Este profissional tem como papel fundamental mediar o retorno ao trabalho, levando em consideração as possibilidades físicas e também as limitações físicas. Juntamente com o candidato ao emprego, faz levantamento das necessidades individuais e quais as condições necessárias para o novo emprego como, por exemplo, distância da residência, barreiras arquitetônicas no acesso e nas áreas internas, acesso ao banheiro e às outras instalações necessárias ao desempenho das atividades. Este profissional desempenha importante papel motivador, ampliando as possibilidades de emprego para o candidato. Participa do processo de seleção e, ao inserir o candidato no mercado de trabalho, realiza acompanhamentos para identificar os pontos necessários a serem modificados para permitir/facilitar o melhor desempenho

da função, como, por exemplo, ajustes no mobiliário ou uso de tecnologias. Targett et al. reforçam que cada indivíduo com lesão medular tem potencial diferente, conseqüentemente, deve ser avaliado individualmente neste retorno ao trabalho e valoriza o uso das tecnologias em prol de maior independência.

Vários estudos revelam como fundamental a motivação para o trabalho ainda durante o programa de reabilitação, assim como o estímulo a ampliar a escolaridade, quando necessário, para ampliar as chances de reinserção no mercado de trabalho (VILLE, 2005; OTTOMANELLI et al., 2009; RAMAKRISHNAN et al., 2011; KRAUSE & REED, 2011; MARTI et al., 2012).

O processo de retorno ao trabalho deve envolver mudanças na organização do trabalho (como a redução do ritmo de trabalho, o aumento do número de trabalhadores, a modificação do conteúdo das tarefas, a mudança na dinâmica das relações interpessoais e da estrutura hierárquica), que, na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), corresponde aos fatores ambientais. [...] Vale dizer que o retorno à mesma situação de trabalho ou os casos de mudanças de função sem o respaldo de uma adequada política de readaptação podem levar à piora da sintomatologia e a novos afastamentos (TOLDRÁ et al., 2010, p. 20).

III.9. Instrumentos utilizados na pesquisa

III.9.1. WHOQOL-bref

A qualidade de vida é definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – project*) como “percepção individual de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1998, p. 551).

A ausência de um instrumento que avaliasse qualidade de vida *per se*, com uma perspectiva internacional, fez com que a Organização Mundial da

Saúde (OMS) constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumento capaz de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural. A criação de um único instrumento envolveu simultaneamente diferentes centros. A participação destes centros consistiu na operacionalização dos domínios de avaliação de qualidade de vida, da redação e seleção de questões, da derivação da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa. Para garantir que a colaboração fosse genuinamente internacional, os centros foram selecionados de forma a incluir países com diferenças no nível de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religião dominante, entre outros. A versão final constou de 100 questões, que compõem 24 facetas, integrantes de quatro domínios: físico, psicológico, relacionamento social e ambiente (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK, 2000).

A necessidade de um instrumento mais curto, que demandasse pouco tempo para o preenchimento e que preservasse características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo WHOQOL desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (FLECK, 2000).

A seleção das questões para compor o WHOQOL-bref foi tanto conceitual quanto psicométrica.

Em um nível conceitual, foi acordado pelo grupo WHOQOL que a integralidade deve ser mantida em qualquer versão abreviada do WHOQOL-100, selecionando pelo menos uma questão de cada uma das 24 facetas relacionadas com a qualidade de vida (tradução nossa) (THE WHOQOL GROUP, 1998, p. 552).

Ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original (o WHOQOL-100), a versão abreviada preservou a abrangência do construto “qualidade de vida” incluindo itens não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais (FLECK et al., 2000, p. 182).

No nível psicométrico foi então selecionada a questão que mais altamente se correlacionasse com o escore total do WHOQOL-100, calculado pela média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram examinados por um painel de peritos para estabelecer se representavam conceitualmente cada domínio de onde as facetas provinham. Dos 24 itens selecionados, seis foram substituídos por questões que definissem melhor a faceta correspondente. Três itens do domínio meio ambiente foram substituídos por serem muito correlacionados com o domínio psicológico. Os outros três itens foram substituídos por explicarem melhor a faceta em questão (FLECK et al., 2000, p. 179).

Jang et al. (2004) e Lin et al. (2007) sugerem que o instrumento WHOQOL-bref pode ser usado para medir a qualidade de vida percebida por uma pessoa com lesão medular.

Nas revisões sistemáticas realizada por Hill et al. (2010) e Wilson et al. (2011), o WHOQOL-bref aparece como um dos instrumentos mais utilizados e validados para esta população.

III.9.2. Inventário de Beck II

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II):

[...] é um instrumento de autoaplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir de 13 anos de idade. Esta versão do BDI-II foi desenvolvida para avaliar os sintomas correspondentes aos critérios diagnósticos dos transtornos depressivos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – Quarta Edição (DSM-IV, 1994) da Associação Psiquiátrica Americana (BECK et al., 2011, p. 21).

A versão original foi desenvolvida em 1961, na Filadélfia. Na nova versão revisada (BDI-II):

[...] quatro itens (Perda de Peso, Mudança na Autoimagem, Preocupações somáticas e Dificuldade de Trabalhar) foram retirados e substituídos por outros quatro novos itens

(Agitação, Desvalorização, Dificuldade de Concentração e Falta de Energia), com o objetivo de identificar sintomas típicos de depressão grave ou de depressão que requer hospitalização. Foram modificados dois itens para incluir tanto o aumento quanto a diminuição de apetite e sono (BECK et al., 2011, p. 21).

“O BDI-II baseia-se nos dados psicométricos e na experiência clínica acumulada durante 35 anos com o BDI e o BDI-IA” (BECK et al., 2011, p. 25). Os 21 itens contidos no instrumento são: Tristeza, Pessimismo, Fracasso passado, Perda de prazer, Sentimentos de culpa, Sentimentos de punição, Autoestima, Autocrítica, Pensamentos ou desejos suicidas, Choro, Agitação, Perda de interesse, Indecisão, Desvalorização, Falta de energia, Alterações no padrão de sono, Irritabilidade, Alterações de apetite, Dificuldade de concentração, Cansaço ou fadiga, Perda de interesse por sexo. De acordo com uma escala de quatro pontos, crescente, tipo Likert, a cada item foi atribuído um valor de 0 a 3. O resultado decorre da soma dos 21 itens, e a pontuação máxima é de 63. O ponto de corte sugerido para pacientes diagnosticados com depressão maior é: 0 a 13 para intensidade mínima, 14 a 19 para leve, 20 a 28 para moderada e 29 a 63 para intensidade grave. Vale ressaltar que o BDI possui diferentes pontos de corte e deve basear-se nas características particulares da amostra e na sua finalidade. A aplicação requer entre 10 a 15 minutos e baseia-se nos últimos 15 dias da pessoa avaliada. É um instrumento que não se destina a diagnosticar a depressão, mas identificar presença de sintomas depressivos (BECK et al., 2011).

IV. OBJETIVOS

GERAL

Identificar os fatores associados ao retorno ao trabalho por indivíduos portadores de Paraplegia Traumática.

ESPECÍFICOS

1. Identificar a situação laboral atual dos portadores de Paraplegia Traumática e os fatores que contribuíram para esta condição.
2. Averiguar se ocorre associação inversa entre o recebimento do auxílio doença ou aposentadoria por invalidez e o retorno ao trabalho.
3. Verificar se há associação positiva entre o grau de escolaridade e o retorno ao trabalho.

V. HIPÓTESES

Algumas hipóteses podem ser levantadas quando se estuda o retorno à atividade profissional para os indivíduos que se tornaram portadores de lesão medular na fase adulta.

A lesão medular e o inerente dano ao sistema nervoso trazem como consequência diversas modificações no funcionamento de sistemas, como o urológico, intestinal, nervoso e no aparelho locomotor. Neste momento de reconhecimento de um novo corpo, muitos deles podem apresentar dificuldade neste confronto, sendo este um possível fator para interferir no retorno ao trabalho quando, em contrapartida, o bom enfrentamento favorece este retorno.

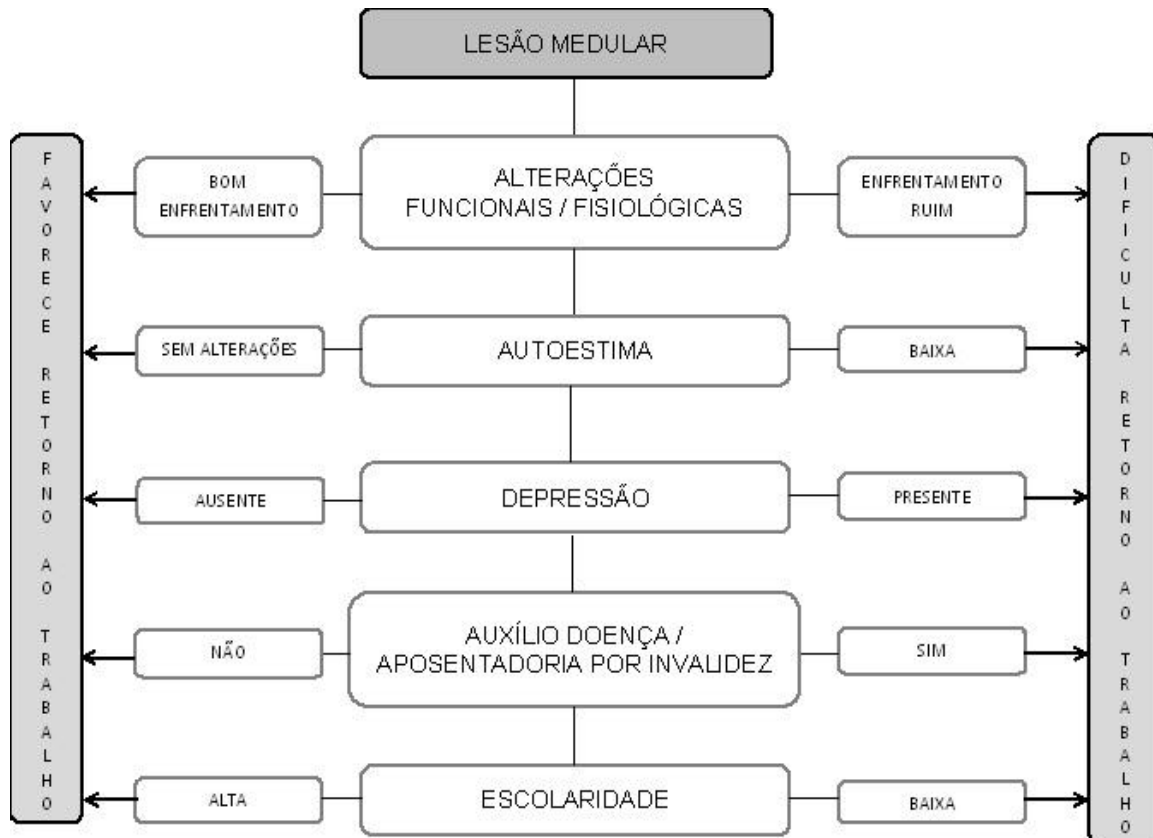
Ainda no contexto de tantas alterações, muitos indivíduos têm dificuldades para manter a autoestima, assim como muitos evoluem com o diagnóstico de depressão. Acredita-se que a preservação da autoestima e a ausência de depressão favoreçam o retorno ao trabalho, assim como a baixa autoestima e a presença de depressão interferem no retorno ao trabalho.

O recebimento do auxílio doença (LOAS) ou aposentadoria por invalidez é um direito adquirido, porém pode ser um fator desencorajador para retornar ao trabalho, tanto pela perda do benefício, previsto na Lei nº 8.213/91, quanto por acomodação, pois para muitos um salário mínimo pode ser o suficiente para subsistência ou ser o valor habitual de salário antes da lesão medular.

A escolaridade tem importante papel para inserção no mercado de trabalho, assim como é fator decisório na qualificação para tipos de emprego. No caso da lesão medular, em que a capacidade física está prejudicada, restringem-se as possibilidades de emprego. Muitas atividades exigem que esta capacidade física esteja mantida, reduzindo assim a possibilidade de reinserção no mercado do trabalho. É neste contexto, que a capacidade

intelectual torna-se fundamental para reinserção, tornando-se necessário, em muitos casos, o retorno ao ensino regular, cursos técnicos e superior, assim como o aprendizado do uso de computador e seus programas.

Figura 1. Esquema morfológico das hipóteses relacionadas ao retorno ao trabalho



VI. MATERIAL E MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudo

Estudo epidemiológico analítico, observacional, do tipo corte transversal.

VI.2. Campo do estudo

O locus da pesquisa foi o Hospital Sarah, unidade localizada em Salvador (inaugurada em 1994).¹

VI.3. Critérios de inclusão na população de estudo

- Possuir o diagnóstico de lesão medular tipo paraplegia traumática.
- Ter concluído o programa de reabilitação há pelo menos um ano.
- Encontrar-se, ao receber alta do programa de reabilitação, independente para todas as atividades de vida diária, conforme a escala de avaliação Medida de Independência Funcional (MIF), em que foi definido escore motor igual ou maior que 74.
- Locomoção com cadeira de rodas.
- Relato de atividade laboral antes da lesão medular.
- Encontrar-se na faixa etária economicamente ativa, ou seja, entre 18 e 65 anos.

¹ Conforme informações extraídas do Portal da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, a rede é composta por mais oito hospitais (Brasília Centro - 1980, São Luís - 1993, Belo Horizonte - 1997, Fortaleza - 2001, Brasília Lago Norte - 2003, Macapá - 2005, Belém - 2007 e Rio de Janeiro - 2009). Apesar de seu primeiro hospital ter sido inaugurado em 1980, a sua história teve início décadas antes com o surgimento da sociedade civil de utilidade pública "Pioneiras Sociais" pelo Decreto nº 39.865, de 29 de agosto de 1956. Em 25 de junho de 1991, foi aprovado no Congresso Nacional, o projeto de lei que transformou a antiga Fundação em Associação das Pioneiras Sociais, o que viabilizou a expansão da Rede Sarah (REDE SARAH, [s.d.]).

- Estar internado no Hospital Sarah Salvador durante o período de coleta de dados desta pesquisa, para viabilizar a aplicação dos instrumentos selecionados para o estudo.

VI.4. Critérios de exclusão

- Possuir nacionalidade estrangeira e não ter desempenhado atividade laboral no Brasil.

VI.5. Seleção dos participantes da pesquisa

- Os participantes da pesquisa foram selecionados por meio da avaliação do prontuário eletrônico, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão.
- A coleta de dados foi realizada com todos pacientes que estiveram internados no período de abril a julho de 2014.

VI.6. Instrumentos para coleta de dados:

- Questionário de dados sociodemográficos – semiestruturado, elaborado pela pesquisadora (vide Apêndice B)
- Questionário sobre estilo de vida – semiestruturado, elaborado pela pesquisadora (vide Apêndice C)
- Questionário sobre trabalho – semiestruturado, elaborado pela pesquisadora (vide Apêndice D)
- Questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref – questionário validado no Brasil (FLECK et al., 2000) e para a população pesquisada (FRANÇA et al., 2011) (vide Anexo A)
- Inventário de depressão de Beck II (BDI-II) – Validado para a população brasileira (GOMES-OLIVEIRA et al, 2012).

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora em todos os participantes da pesquisa, com exceção do Inventário de Beck que foi aplicado pela psicóloga que atua no Programa de Lesão Medular do Hospital Sarah Salvador, por se tratar de um instrumento de exclusiva aplicação por psicólogos. Por isto e por ter restrição no acesso à publicação, o mesmo não foi disponibilizado no anexo.

VI.7. Análise dos dados

A variável dependente foi o retorno ao trabalho, tomada como variável dicotômica. As variáveis independentes foram: idade, sexo, estado conjugal, possuir filhos, escolaridade, atividades domésticas, atividade física ou esportiva, lazer, acessibilidade, rede de apoio, transporte, renda, qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-bref e presença de sintomas depressivos de acordo com o BDI-II.

A análise estatística descritiva individualizada das variáveis contínuas foi realizada utilizando-se média e desvio-padrão; as variáveis categóricas foram caracterizadas por proporções. Em seguida, cada variável independente foi analisada buscando-se identificar diferenças em sua distribuição de acordo com os níveis da variável dependente. As análises foram realizadas no software SPSS 21.

A população foi composta por todos os 42 indivíduos que satisfizeram os critérios de inclusão e exclusão. Não se pretendeu efetuar inferência estatística, tanto pelo número relativamente reduzido dos participantes do estudo, quanto por não ter sido realizada amostragem aleatória.

VI.8. População do estudo

O estudo foi desenvolvido no programa de Lesão Medular do Hospital Sarah de Reabilitação, unidade Salvador.

Todos os pacientes que se internaram nesse programa no período de abril a julho de 2014 tiveram seus prontuários submetidos à avaliação para a seleção dos participantes da pesquisa, com base nos critérios de inclusão e exclusão. Foram internados nesse período 272 pacientes e entre eles identificados apenas 47 possíveis participantes da pesquisa. Houve três perdas em virtude de internações curtas em que não houve tempo hábil para realização do convite a participar da pesquisa. Ocorreu uma recusa em participar da pesquisa. Foi necessário excluir um possível participante por ser estrangeiro, sendo seu país de origem a Turquia, que nunca desempenhou atividade laboral no Brasil. Ao final, a população do estudo constou de 42 pacientes. A Figura 2 apresenta o fluxograma de seleção dos participantes da pesquisa.

Com o objetivo de conhecer a população acompanhada na unidade de Salvador e verificar se a população do estudo apresenta as mesmas características, foi realizado um levantamento em dezembro de 2013, na unidade de Salvador. Alguns filtros foram utilizados para se chegar à população em estudo. Estes filtros foram baseados nos critérios de inclusão na pesquisa. O primeiro filtro utilizado foi o diagnóstico de paraplegia e, através do qual foram identificados 2.772 pacientes. O segundo filtro foi relacionado à etiologia traumática e o número foi reduzido para 1.786 pacientes. O terceiro filtro foi considerar os pacientes acompanhados nos últimos cinco anos (2009-2013). Este período foi estabelecido por considerar que os pacientes que se encontram afastados há mais de cinco anos não estão ativos na instituição. Verificou-se que nos últimos cinco anos foram acompanhados 1.304 pacientes. O quarto filtro foi idade entre 18 e 65 anos e o número de pacientes identificados foi 1.254. O quinto filtro foi possuir, no sistema informatizado, o preenchimento da escala FIM; nesta etapa permaneceram 752 pacientes. O sexto filtro foi possuir FIM de alta do programa de Reabilitação com escore motor igual ou maior que 74 que denota independência para atividades de vida diária; e nesta etapa permaneceram 568 pacientes. O último filtro foi o uso de cadeira de rodas como principal meio de locomoção e a população final deste

estudo foi contabilizada num total de 467 pacientes. Foi necessário excluir 12 pacientes do levantamento por não possuírem o preenchimento do FIM de alta, e, por conseguinte, não revelarem as informações de escore motor e o tipo de locomoção (Figura 3).

Figura 2: Fluxograma de seleção dos participantes da pesquisa

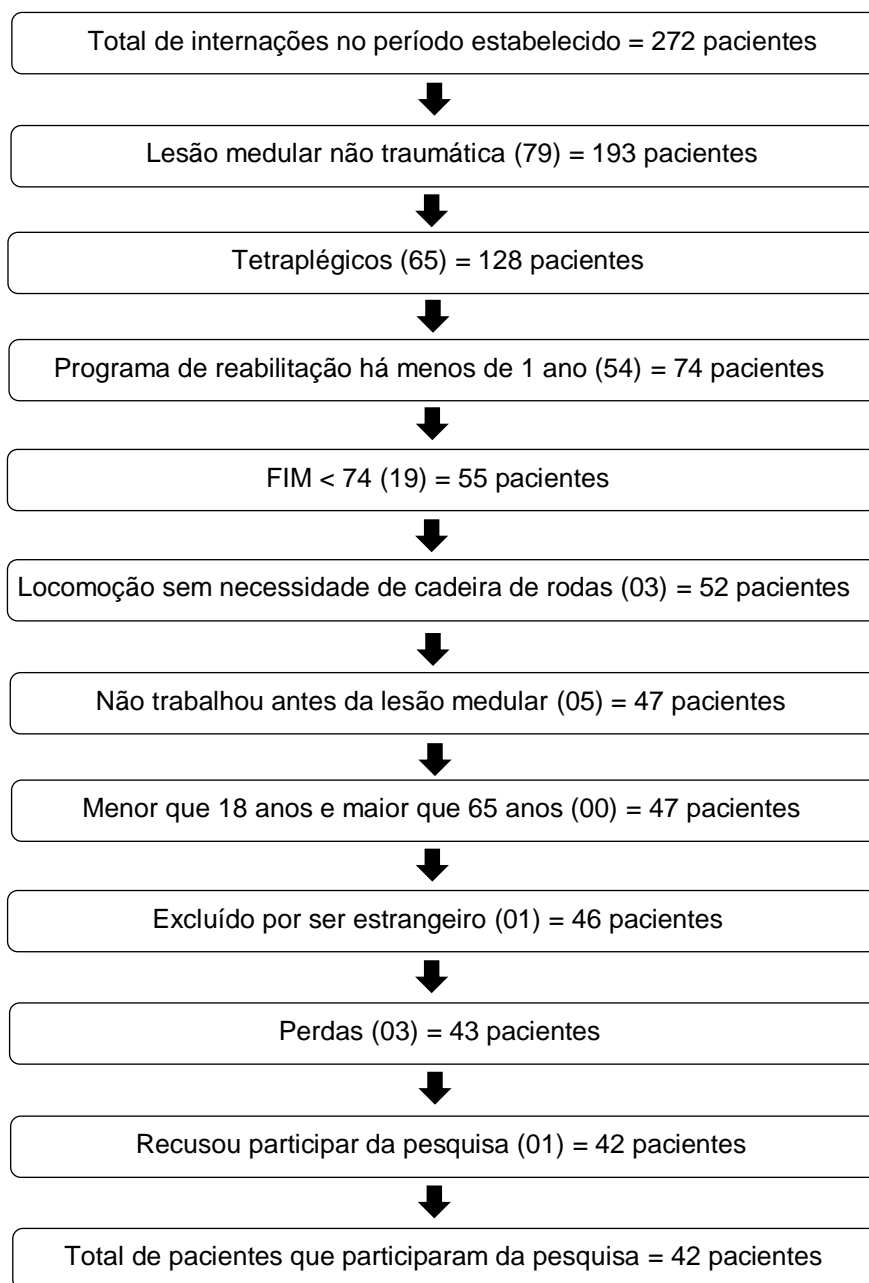
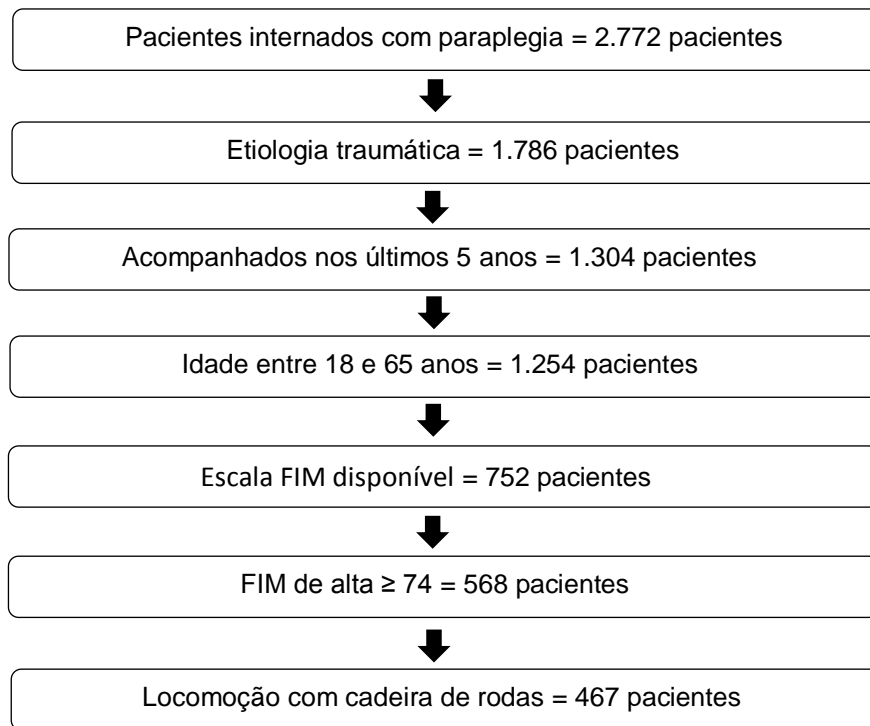


Figura 3: Fluxograma de aplicação dos filtros para identificar a população elegível na unidade Sarah Salvador, dezembro de 2013.



Após identificação da população com 467 pacientes, verificamos que 88% eram homens, com média de idade de 36,4 anos (desvio-padrão 9,7 anos), 71% eram solteiros e 69% apresentavam lesão medular completa.

VII. ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas da Associação das Pioneiras Sociais – CEP/APS e encontra-se aprovado, conforme Anexo B. Todos os participantes da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto ao teor da mesma por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra no Apêndice A.

Os questionários não foram identificados, mas numerados juntamente com o TCLE para que, em caso de desistência, o questionário fosse localizado e excluído da pesquisa.

Os questionários utilizados para coleta de dados serão mantidos sob a guarda do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da UFBA por cinco anos e, ao final deste período, este material será recolhido pelo pesquisador para ser submetido à destruição por picotagem.

VIII. RESULTADOS

VIII.1. GERAIS

Na população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah Salvador, houve predomínio de homens (79%), o que também é observado em todos os estudos realizados com adultos com lesão medular.

A faixa etária predominante foi de adulto jovem entre 30-39 anos e a idade média foi de 36 anos (DP = 7,9). Com relação à idade na época da lesão, a média foi de 27 anos (DP= 5,9).

Quanto ao tempo de lesão, houve predomínio do tempo de 6 a 10 anos com 43% da amostra; a média de tempo de lesão foi de 9,6 anos (DP= 5,1).

Quanto ao tempo de lesão em relação ao início no programa de reabilitação, 38% tinham até um ano de lesão, e 43% entre um e dois anos de lesão. A média de tempo de lesão para início no programa de reabilitação foi de 18 meses; sendo tempo mínimo de três meses e tempo máximo de 59 meses.

Verificou-se que a etiologia sofre grande influência da violência urbana e da violência no trânsito no Brasil. As principais causas da lesão medular nesta amostra foram lesão por arma de fogo (43%) e acidentes de trânsito (41%), sendo que 24% foram por acidentes automobilísticos e 17% foram por acidentes motociclísticos.

Do total de 42 pacientes, 12 apresentaram lesão medular durante atividade ocupacional. Destes, sete tiveram o acidente reconhecido como acidente de trabalho e apenas dois receberam indenização por esta razão.

Com relação ao tipo de lesão, 74% apresentavam lesão completa (AIS A) e 26% apresentavam lesão incompleta (AIS B, C ou D).

Tabela 1. Características demográficas e sociais de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.

	Frequência	%
Gênero		
Masculino	33	79
Feminino	9	21
Idade (anos)		
20 – 29	7	17
30 – 39	23	55
40 – 49	9	21
50 – 51	3	7
Média	36,29	
Desvio Padrão	7,94	
Procedência		
Salvador	3	7
Região metropolitana	2	5
Interior da Bahia	29	69
Nordeste – capital	2	5
Nordeste – interior	6	14
Escolaridade em anos		
0 – analfabeto	1	2
1 a 8 anos – fundamental incompleto	16	38
9 anos – fundamental completo	2	5
10 a 11 anos – médio incompleto	3	7
12 anos – médio completo	13	31
13 a 15 anos – superior incompleto	4	10
16 anos ou mais – superior	3	7
Média	9,24	
Desvio Padrão	4,42	
Situação conjugal		
Solteiro	15	36
Casado	12	29
Companheiro	9	21
Separado/divorciado	6	14
Filhos		
Não	20	52
Sim	22	48
1	9	45
2	4	20
3	5	25
4	2	10
Média	2	
Desvio Padrão	1,07	

Em relação à procedência, os pacientes eram provenientes de diversas regiões do Estado da Bahia e de outros Estados do Nordeste, não havendo representantes de outras regiões do país. A origem predominante foi do interior do Estado da Bahia (69%). Apenas 7% eram provenientes da cidade de Salvador, onde o hospital se encontra instalado, o que se justifica pela forma de acompanhamento para os soteropolitanos e região metropolitana que, de modo geral, é realizado ambulatorialmente, sem necessidade de internação.

Com relação ao estado conjugal, houve uma distribuição equilibrada, sendo 50% de solteiros ou separados/divorciados e 50% de casados ou com companheiros.

Pouco mais da metade dos pacientes revelou não possuir filhos. Para os que referiram possuir filhos, houve uma média de dois filhos (mínimo de um e máximo de quatro filhos).

A escolaridade média foi de 9,2 anos (DP = 4,4 anos), sendo que 5% apresentavam ensino fundamental completo, 31% ensino médio completo e 7% ensino superior completo.

Revelaram participar das atividades domésticas 86% dos entrevistados; as atividades mais referidas foram: limpar a casa (64%), cozinhar (57%) e lavar roupa (33%). Estas atividades são realizadas numa média de quatro dias da semana e em uma média de duas horas por dia (mínimo de 30 minutos e máximo de seis horas).

Quanto à prática de atividade esportiva, apenas seis pessoas referiram praticar esportes e a atividade mais comum foi musculação (cinco indivíduos), seguida de natação (três indivíduos) e paraciclismo (um indivíduo).

Entre as atividades de lazer mencionadas, as mais comuns foram: ir à casa de familiares ou amigos (50%), participar de festas (38%), passear em praças (33%), ir à igreja (31%) e frequentar restaurantes (21,4%).

Quanto à acessibilidade em seus domicílios, 88% referiram ter acesso a todos os cômodos da casa em que vivem. Dos cinco participantes (12%) que referiram não ter acesso a todos os cômodos, três não tinham acesso ao banheiro.

Em relação à rede de apoio, 45% revelaram que a sua principal rede de apoio era o esposo ou companheiro e 29% citaram os irmãos. Referiram morar sozinhos 17% dos participantes.

Sobre o meio de transporte utilizado, os mais referidos foram carro de amigos/familiares (40%), táxi (38%) e carro próprio adaptado (36%). Este último foi apontado pelos seus proprietários como um marco em suas vidas, pois este meio de transporte possibilitou, segundo eles, maior independência e autonomia.

Tabela 2. Características clínicas, acessibilidade, apoio social e lazer de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.

	Frequência	%
Tempo de lesão (anos)		
1 – 2	3	7
3 – 5	5	12
6 – 10	18	43
11 – 15	10	24
16 – 20	5	12
> 20	1	2
Média	9,6	
Desvio padrão	5,15	
Tempo de lesão x participação no programa de reabilitação (meses)		
≤ 12	16	38
>12 e ≤ 24	18	43
>24 e ≤ 36	3	7
>36 e ≤ 48	4	10
>48	1	2
Média	18,02	
Desvio Padrão	12,01	
Etiologia da lesão		
PAF	18	43
Acidente automobilístico	10	24
Acidente motociclístico	7	17
Queda de altura	5	12
Arma branca	2	5
Nível da lesão		
Torácica	41	98
Lombar	1	2
Tipo de lesão		
Completa	31	74
Incompleta	11	26
Acessibilidade na residência (todos os cômodos)		
Sim	37	88
Não	5	12
Acesso ao banheiro		
Sim	2	40
Não	3	60
Rede de apoio		
Ninguém	0	0
Esposo(a)/Companheiro(a)	19	45
Filhos	7	17
Irmãos	12	29
Pai e/ou mãe	11	26
Amigos	6	14
Empregada doméstica	1	2
Atividades de lazer mais comuns		
Casa de familiares ou amigos	21	50
Festas	16	38
Praça	14	33
Igreja	13	31
Restaurante	9	21
Sítio	9	21

Todos os participantes da pesquisa estavam empregados na época do acidente, sendo que 19 (45%) desenvolviam atividade formal, caracterizada por emprego com carteira assinada, funcionário público ou militar; e 23 (55%) desenvolviam atividade informal, caracterizada por emprego sem carteira assinada ou autônomo.

No quesito renda, 50% afirmaram que a renda atual era maior em relação à renda na época da lesão medular. Segundo a avaliação do poder de compra do Critério Brasil², houve maior concentração nas classes B (26%) e C (62%), que correspondiam, respectivamente, a rendas médias brutas familiares mensais entre R\$ 3.118,00 e R\$ 6.006,00, e entre R\$ 1.277,00 e R\$ 1.865,00, em 2014.

Com relação à qualidade de vida, a mesma foi avaliada pelo instrumento WHOQOL-bref e o resultado esperado é que os domínios se aproximem do escore 100. A média encontrada no domínio físico foi 62,2; no domínio psicológico 68,2; no domínio relações pessoais 70 e no domínio meio ambiente 59,8 (Figura 4). Com efeito de comparação, a Figura 5 traz dados de outros estudos realizados no Brasil com a população de trabalhadores (marítimos, agentes comunitários e professores) e de estudantes.

Na avaliação dos sintomas depressivos com a aplicação do BDI-II, verificou-se que 86% da amostra apresentavam escore correspondente à intensidade mínima (Figura 6).

² Critério Brasil de Classificação Econômica, elaborado pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), tem como principal objetivo estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. Para se chegar à classificação por classe, são investigados posse de itens (como por exemplo: televisão em cores, automóvel, banheiro e geladeira) e grau de instrução do chefe da família. As informações com relação à renda por classe estão válidas a partir de 1º/1/2014 e são com base em informações de 2012. Renda média bruta familiar no mês (classe A – R\$ 11.037,00; classe B1 – R\$ 6.006,00; classe B2 – R\$ 3.118,00; classe C1 – R\$ 1.865,00; classe C2 – R\$ 1.277,00; classe DE – R\$ 895,00) (ABEP, 2014)

Figura 4: Diagrama de rede que representa o resultado da média dos escores por domínio para a população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.

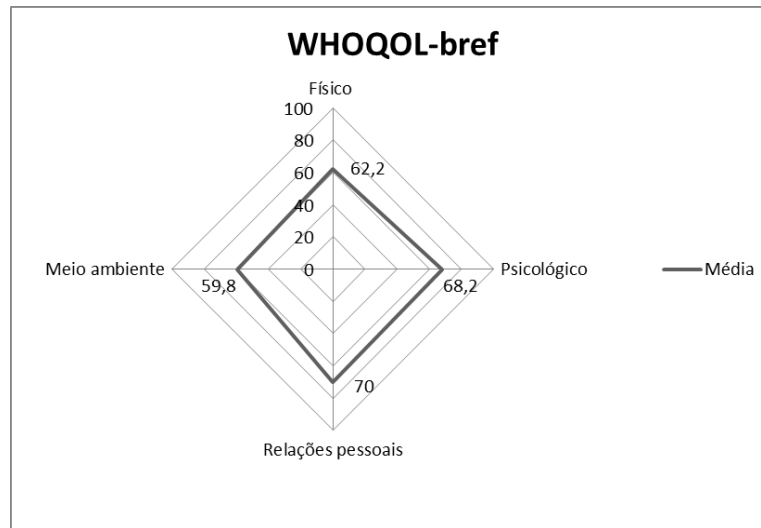
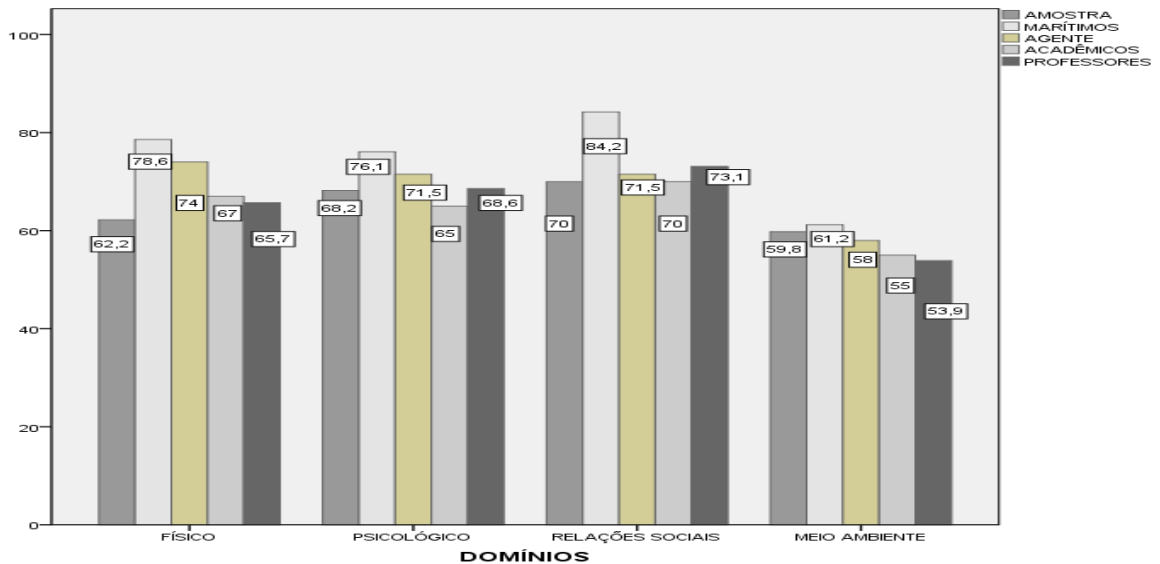
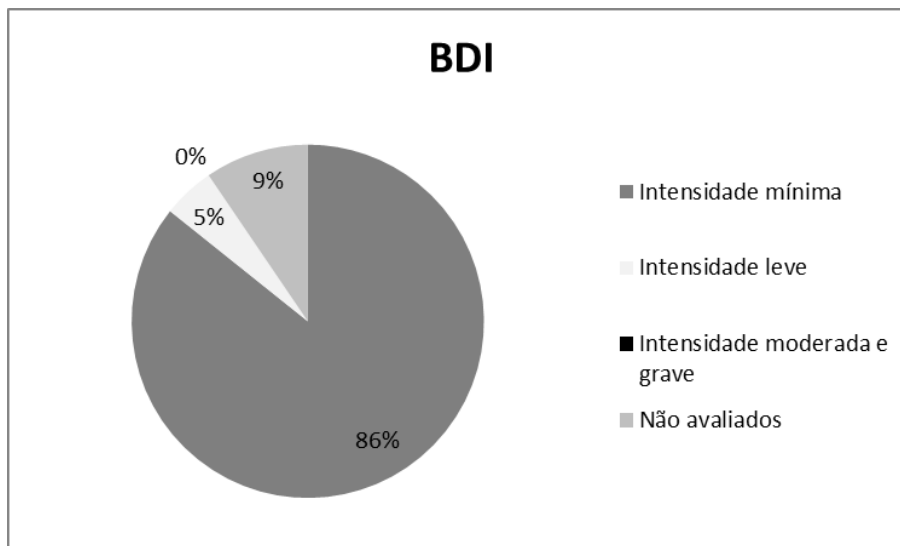


Figura 5: Comparação dos domínios do WHOQOL-bref da população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014 com a população de trabalhadores e estudantes brasileiros.



Fonte: Trabalhadores marítimos de rebocadores (BAENA et al., 2011); agentes comunitários de saúde (URSINE et al., 2010); acadêmicos de enfermagem (SAUPE et al., 2004) e professores da educação básica (PEREIRA et al., 2014).

Figura 6: Resultado da avaliação de sintomas depressivos com o BDI-II em 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.



VIII.2. ANÁLISE POR SEXO

Quando a análise dos resultados foi realizada levando-se em consideração o sexo, algumas questões foram observadas. Uma delas foi quanto à etiologia, em que o predomínio entre os homens foi por arma de fogo (48%) e entre as mulheres foi o acidente automobilístico (67%).

Também se destacaram as diferenças quanto ao estado conjugal, pois toda a amostra feminina encontrava-se solteira ou separada/divorciada no momento da entrevista; entre os homens o resultado foi bem diferente e 64% encontravam-se casados ou com companheiras no momento da entrevista.

Outra observação foi quanto à escolaridade, pois foi maior entre as mulheres e 44% possuíam ensino médio completo, enquanto que entre os homens apenas 27% possuíam esta graduação; também entre as mulheres 11% possuíam ensino superior completo, enquanto entre os homens 6% possuíam esta graduação. Utilizando como parâmetro os anos de estudo, a média de anos entre as mulheres foi de 12,4 anos e entre os homens foi de 8,4

anos. Com relação ao analfabetismo, havia um participante analfabeto entre os homens; nenhum entre as mulheres.

Com relação às atividades domésticas, 100% das mulheres desempenhavam atividades deste tipo, enquanto entre os homens esta proporção foi de 82%. Apesar de haver diferença entre os sexos, pode-se observar que a participação em atividades domésticas para os homens foi elevada.

Quanto à prática de esporte, apenas os homens relataram realizar alguma atividade e, ainda assim, numa proporção pequena: apenas 18% deles.

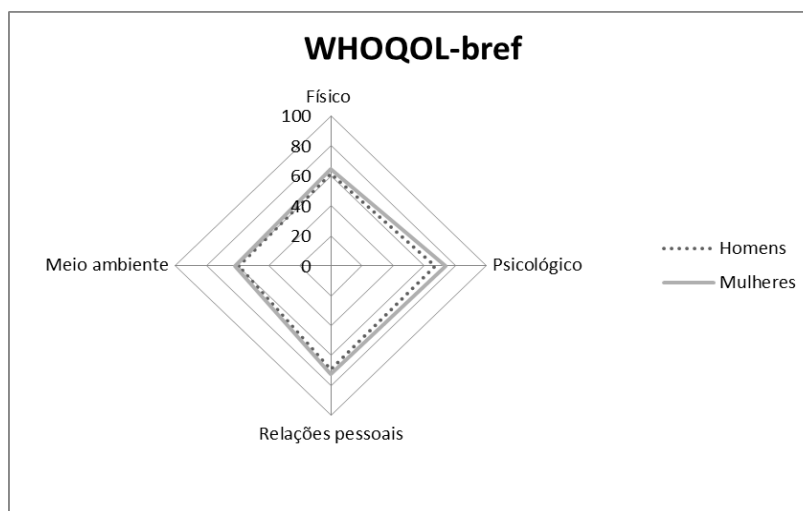
Entre os homens a principal rede de apoio foram as esposas/companheiras (58%), enquanto para as mulheres este apoio é realizado pelos irmãos (56%) e pelos pais (56%).

No quesito meio de transporte, entre os homens foram prevalentes o uso de carro adaptado (42%) e o uso de táxi (36%); entre as mulheres foram prevalentes o uso de carro de amigos/familiares (67%) e o táxi (44%). Apesar de haver uma alta valorização do carro adaptado para esta população, relacionada ao aumento da autonomia, apenas 11% das mulheres possuíam este meio de transporte.

Para ambos os sexos houve o relato de que a renda atual é maior do que na época da lesão; esta afirmação foi realizada por 42% dos homens e por 77% das mulheres. Esse achado foi confirmado na classificação segundo o Critério Brasil, pois nenhuma das mulheres ficou classificada nas classes D e E, enquanto que entre os homens 12% estavam distribuídos nestas classes.

Não foram observadas diferenças significativas nas escalas de BDI-II ou WHOQOL-bref, porém em relação à qualidade de vida, os escores das mulheres, em todos os domínios, são discretamente maiores (Figura 7).

Figura 7: Diagrama de rede que representa o resultado da média dos escores por domínio comparando homens e mulheres na população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.



VIII.3. ANÁLISE POR RETORNO AO TRABALHO

O resultado encontrado na pesquisa foi diferente do hipotetizado, pois a expectativa era de que o retorno ao trabalho tivesse uma proporção menor do que a encontrada, considerando-se as hipóteses levantadas inicialmente. Porém o que encontramos foi um resultado equilibrado, no qual 48% não retornaram ao trabalho e 52% retornaram ao trabalho.

Não foram observadas diferenças importantes nas distribuições por sexo, idade, etiologia da lesão, tipo de lesão (se completa ou incompleta), situação conjugal e filhos. Também, nos dois grupos, a principal procedência foi do interior do Estado da Bahia.

Porém, algumas diferenças foram observadas. Uma delas foi quanto ao grau de escolaridade que é maior entre os participantes que voltaram a trabalhar e que apresentavam uma média de 10,6 anos estudados; para os que não voltaram a trabalhar a média foi de 7,7 anos. Todos os que possuíam ensino superior completo voltaram a trabalhar e o único participante analfabeto constava entre os que não voltaram a trabalhar.

Também se observou que a prática esportiva, apesar de pequena para esta população, foi maior no grupo que retornou ao trabalho (18%) do que no grupo que não retornou ao trabalho (10%).

A participação nas atividades domésticas foi grande para os dois grupos, porém maior para os que não retornaram ao trabalho (90%) do que entre os que retornaram ao trabalho (82%).

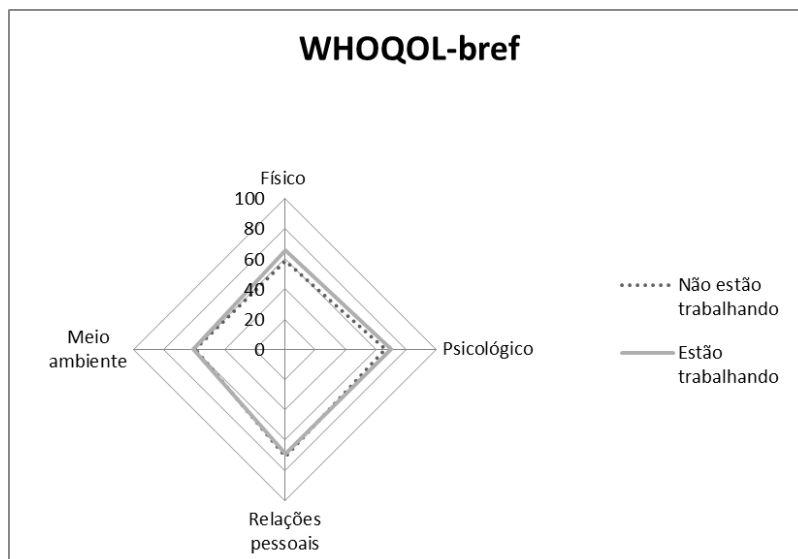
Um dado interessante é com relação a morar sozinho: esperava-se que esta porcentagem fosse maior no grupo que retornou ao trabalho, por supor que estas pessoas fossem as mais independentes e com maior autonomia, porém a maior porcentagem foi encontrada no grupo que não voltou a trabalhar (30%), enquanto que no grupo que voltou a trabalhar apenas de 4,5%.

Outro dado importante é com relação ao meio de transporte utilizado e foi observado que 50% dos que voltaram a trabalhar possuíam carro adaptado, sendo este o meio de transporte mais utilizado pelo referido grupo, seguido por carro de amigos/familiares e táxi. No grupo dos que não voltaram a trabalhar, os principais meios de transporte sinalizados foram carro de amigos/familiares e táxi, seguidos por carro adaptado (20%).

Com relação à renda no momento do estudo, comparada com a renda à época da lesão medular, 50% de ambos os grupos revelaram que ela era maior. Porém, quando analisamos os resultados do poder de compra segundo o Critério Brasil, observamos que houve uma maior distribuição entre as classes A2, B1, B2 e C1 entre os que voltaram a trabalhar, enquanto entre os que não voltaram a trabalhar a maior distribuição ficou entre as classes C1, C2 e D; e também foram os únicos a pertencer à classe E (5%). Este achado denota que o maior poder de compra pertencia aos que estavam trabalhando.

Em relação à qualidade de vida, a diferença entre os escores por domínio foi bastante discreta, porém sendo maior para os domínios meio ambiente, físico e psicológico para os que estão trabalhando (Figura 8).

Figura 8: Diagrama de rede que representa o resultado da média dos escores por domínio comparando o grupo que não está trabalhando com o grupo que está trabalhando na população de 42 pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.



VIII.3.1. GRUPO QUE NÃO VOLTOU A TRABALHAR

Entre os participantes que não voltaram a trabalhar ($n= 20$), 50% informaram receber auxílio doença e os outros 50% referiram receber aposentadoria por invalidez. Revelaram não ter tentado voltar a trabalhar 85%. A dificuldade mais referida para retornar a trabalhar foi a acessibilidade. Os motivos mais apontados para justificar o “não retorno” à atividade laboral foram: impossibilidade de realizar atividade anterior, oportunidades escassas, dificuldade para trabalhar, escolaridade baixa e o risco de ficar sem emprego e sem benefício.

Avaliando as atividades desempenhadas na época da lesão medular, verifica-se que a maioria deles, 11 pacientes, desempenhava atividade de caráter predominante físico (lavrador, montador, padeiro, pedreiro, pintor e

serviços gerais), o que dificulta ou impossibilita o desempenho da mesma atividade após a lesão medular (Tabela 3).

Tabela 3. Atividade ou ocupação na época da lesão medular dos 20 pacientes que não voltaram a trabalhar e a informação quanto ao tipo de vínculo empregatício

Atividade / Ocupação na época da lesão	Frequência	Formal	Informal
Auxiliar de escritório/administrativo	2	2	0
Comerciante	1	0	1
Conferente	1	1	0
Instrutor de curso de computação	1	0	1
Lavrador	4	0	4
Monitora telecentro	1	0	1
Montador	1	1	0
Motorista	2	2	0
Padeiro	1	1	0
Pedreiro	2	0	2
Pintor	2	0	2
Serviços gerais	1	0	1
Vendedor	1	1	0

VIII.3.2. GRUPO QUE VOLTOU A TRABALHAR

No grupo que voltou a trabalhar (n= 22), 36% recebiam o auxílio-doença, 50% recebiam aposentadoria por invalidez e quanto aos 14% restantes, 9% eram funcionários públicos e 5% eram autônomos.

A média de tempo para voltar a trabalhar foi de 3,2 anos, com desvio-padrão de 2,6 anos, com o tempo mínimo de um ano e o tempo máximo de 11 anos. Retornaram nos primeiros dois anos após a ocorrência da lesão 54%, denotando curto espaço de tempo para se adaptarem à nova realidade e retomarem a atividade laboral ou passarem a desempenhar outro tipo de atividade.

Na avaliação das atividades desempenhadas na época da lesão e na época da entrevista, verificou-se que dos 22 pacientes que voltaram a trabalhar, cinco voltaram para a mesma atividade (Figura 9).

Figura 9. Comparação das atividades/ocupações desempenhadas na época da lesão medular e no momento da entrevista pelos 22 pacientes que voltaram a trabalhar.

Atividade / Ocupação na época da lesão	Atividade / Ocupação na entrevista
Agente comunitário de saúde (I)	Artesão (I)
Atendente (F)	Call center (I)
Cozinheiro (F)	Atendente (I)
Entregador (F)	Cópias de xerox/cd (I)
Garçom (F)	Camelô (I)
Lavrador (F)	Corretor de imóveis / automóveis/moto (I)
Motorista (I)	Técnico de celular (I)
Motorista de trator (I)	Criador de galinhas (I)
Mototaxista (I)	Artesão (I)
Pedreiro (F)	Gerente de loja (I)
Policia militar (F)	Atleta profissional (I)
Professor (I)	Assistente administrativo (F)
Proprietário de bar (I)	Cabelereiro/manicure (I)
Proprietário de restaurante (I)	Proprietário de mercearia (I)
Segurança (F)	Atendente (I)
Serviços gerais (F)	Técnico em segurança eletrônica (I)
Técnico agrícola (F)	Professor (I)
Advogado (I)	Advogado (I)
Camelô (I)	Camelô (I)
Motorista (F)	Transporte particular / Táxi (I)
Produtor rural (I)	Produtor rural (I)
Vendedor (I)	Vendedor (I)

Nota: * F = Formal

** I = Informal

Existe uma dificuldade grande em realizar comparações entre as atividades, pois não existem parâmetros para comparar atividade de caráter eminentemente físico, com o intelectual ou mental. Em alguns países utiliza-se a caracterização da atividade por colarinho branco quando é de caráter burocrático ou realizada por profissionais de nível superior, e por colarinho azul

as atividades técnicas e de caráter eminentemente físico. Porém, devido ao fato de não encontrar na literatura referências que sustentem esta classificação, a mesma não foi utilizada. No Brasil, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) não utiliza o caráter físico ou mental da atividade para classificá-la e, portanto, também não foi utilizada.

Com relação às exigências do trabalho na época da entrevista, 9% referiram exigências predominantemente físicas, 14% referiram exigências mentais/intelectuais e 77% referiram que o trabalho apresentava exigências tanto físicas quanto mentais/intelectuais.

Quanto ao tipo de vínculo com a atividade laboral na época da entrevista, houve o predomínio de autônomos (82%); demais vínculos referidos foram: empregado sem carteira de trabalho assinada (14%) e funcionário público (4%).

A média de horas trabalhadas por dia foi de cinco horas, com o mínimo de uma hora e o máximo de nove horas. E quanto à quantidade de dias de trabalho na semana, referiram trabalhar de um a três dias (23%), de quatro a cinco dias (55%) e de seis a sete dias na semana (23%).

No quesito acessibilidade no local de trabalho, 68% mencionaram alguma dificuldade de acesso no local de trabalho (acesso ao banheiro, acesso no espaço urbano onde desempenha a atividade laboral, acesso a algum domicílio que necessite desempenhar a atividade laboral).

As principais redes de apoio referidas no trabalho foram: familiares (45%), colegas de trabalho (32%) e transeuntes (14%), sendo estes últimos referidos para os que trabalham em ambientes externos, nas ruas.

Quanto ao motivo para voltar a trabalhar, as principais respostas obtidas foram: necessidade de dinheiro (77%), satisfação pessoal (68%) e estabelecer contato com outras pessoas (50%).

No que diz respeito às dificuldades percebidas para voltar a trabalhar, as principais respostas obtidas foram: acessibilidade (68%), ausência de transporte coletivo (45%), pouco ônibus adaptado (18%), sensação de que ninguém acredita em você (14%), impossibilidade de manter atividade anterior (14%) e escolaridade baixa (14%).

Sobre os facilitadores percebidos para voltar a trabalhar, as principais respostas obtidas foram: força de vontade (45%), possuir carro adaptado (41%), ocupação ser na própria residência (23%), ter participado do programa de reabilitação (14%), ter voltado a estudar (14%) e não se intimidar (14%).

Com relação às intervenções ou adaptações no local de trabalho, 32% responderam que não houve necessidade de nenhum ajuste no local de trabalho para permitir a sua atividade. Quanto aos que relataram necessidade de intervenções, as mais citadas foram: rampas (36%), ajuste no tempo de trabalho (32%), adaptação no banheiro (14%) e aumentar largura de portas (14%).

No quesito satisfação no trabalho, a maioria respondeu estar satisfeita (41%). E sobre a expectativa de continuar fazendo o trabalho atual daqui a dois anos, a maioria respondeu que é bastante provável (91%).

IX. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados através deste estudo são de grande importância, tendo em vista que não foram identificados estudos semelhantes no Brasil, nos quais fossem identificados como objetivo principal verificar o retorno ao trabalho após a lesão medular. Alguns estudos que abordam a qualidade de vida de pessoas com lesão medular ou a própria lesão medular trazem aspectos relacionados ao trabalho nesta população, mas sem um levantamento específico. Por outro lado, os estudos realizados em outros países não podem servir como parâmetro em virtude das grandes diferenças culturais, educacionais, de renda, acessibilidade, das políticas sociais e dos programas de reabilitação profissional.

Houve surpresa com o achado relacionado à variável resposta, que no caso é o retorno ao trabalho (52%). Esperava-se um baixo índice de retorno ao trabalho, mas houve um retorno relativamente alto, quando consideradas as condições precárias e desfavoráveis de retorno ao trabalho após a lesão medular. Porém, por trás deste retorno, encontra-se outro importante dado, que é o retorno predominante para o desempenho de uma atividade informal, ou seja, de um trabalho informal, em sua maioria como autônomo, sendo este o único meio encontrado para aquisição de alguma renda. Trata-se de um trabalho sem garantias, em que a pessoa controla o seu ritmo, a quantidade de horas, assim como quantidade de dias da semana trabalhados. Um trabalho desenvolvido tanto para satisfação pessoal, quanto para complementação da renda, renda esta já garantida pelo Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC-LOAS) ou pela aposentadoria por invalidez. Na pesquisa de Vera e Araújo (2011), realizada no Hospital Sarah em Brasília, 55,7% desempenhavam atividade laboral após a lesão medular.

Dos 52%, ou seja, dos 22 de indivíduos que retornaram ao trabalho, 21 desempenhavam uma atividade informal. Este elevado índice de trabalho informal relaciona-se com o principal preditor confirmado em vários estudos

internacionais, que é a escolaridade. Os estudos afirmam que, quanto maior a escolaridade maior a chance de retornar ao mercado de trabalho, assim como maior a chance de conseguir empregos melhores e com maior renda. Entre os participantes da pesquisa, a escolaridade estava aquém do esperado, o que denota que a educação ainda é um dos maiores problemas sociais em nosso país.

Quando o índice de retorno foi comparado com outros países, percebeu-se que o resultado encontrado foi similar ou maior que em países com condições mais favoráveis de retorno. Nestes estudos, em sua maioria, não foi discriminado o tipo de retorno, se para trabalho formal ou informal, não sendo, portanto, possível estabelecer esta comparação. O critério da maioria dos estudos era de que o trabalho desempenhado tivesse regularidade e que obtivesse alguma renda como resultado. Seguem-se algumas taxas de retorno encontradas em trabalhos realizados em diversos países: na Austrália, 46% (YOUNG et al., 2004) e 25% (MURPHY et al., 2011); na Holanda, 67% (SCHÖNHERR et al., 2004), 60% (SCHÖNHERR et al., 2005) e 33% (VAN VELZEN et al., 2009); na Suécia, 47% (VALTONEN et al., 2006); nos Estados Unidos, 43% (KRAUSE & TERZA, 2006), 33% (KRAUSE et al., 2008) e 39% (KRAUSE & REED, 2011); no Canadá, 31% (JONGBLOED et al., 2007); na Noruega, 35% (LIDAL et al., 2009); na Suíça, 63,8% (MARTI et al., 2012) e na Itália, 34,7% (FRANCESCHINI et al., 2012).

Para a população em geral, a taxa de emprego estimada pelo (IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em novembro de 2014 no Brasil foi de 76% e na região metropolitana de Salvador foi de 73%. Ainda segundo este levantamento da população geral, 49% está inserida no mercado formal de trabalho e 27% no mercado informal (IBGE, 2014). Em todas as comparações, o que fica claro é que ainda há um déficit no retorno ao trabalho para a população com lesão medular, principalmente no tipo de trabalho, pois o retorno ao trabalho formal entre os entrevistados foi de apenas 2%. Este dado torna-se ainda mais relevante quando se compara os entrevistados com

relação ao tipo de emprego na época da lesão e no momento da pesquisa, verificando-se mudança importante, pois na época da lesão 45% desenvolviam atividade formal.

Com relação aos dados sociodemográficos, de modo geral foram similares a resultados encontrados em outros estudos com pessoas com lesão medular. Na comparação da população da pesquisa com a população total da qual foi extraída, verificou-se que os dados sociodemográficos também foram equivalentes, denotando que os pesquisados assemelham-se à população acompanhada no Hospital Sarah Salvador, conforme foi descrito em Material e Métodos, na População do estudo.

Quanto à etiologia, as principais causas no estudo estão relacionadas à violência urbana e à violência no trânsito, enquanto que nos países da Europa e nos Estados Unidos, as causas por violência urbana apresentam-se numa incidência muito pequena ou são ausentes; nestes países, as principais causas também estão relacionadas aos acidentes de trânsito, mas as demais causas estão relacionadas a quedas, esportes e acidentes de trabalho. Porém, vale ressaltar que devido ao fato de o Brasil ser um país de extensa área geográfica e abrigar diversas regiões com características diferentes, é possível encontrar etiologias com distribuições similares aos países citados, onde a violência urbana é menor. Isto ficou evidente com o perfil apresentado na pesquisa realizada em Brasília, em que a distribuição foi: acidente automobilístico (67,3%), mergulho (15,3%), queda (11,5%) e por arma de fogo (5,7%) (VERA & ARAÚJO, 2011).

Outra questão relacionada à etiologia é que, dentre os acidentes vinculados ao trânsito, observa-se que os acidentes motociclísticos começam a aparecer como reflexo do aumento do uso deste meio de locomoção no país, tanto para passeio, como para trabalho. Não encontramos dados na literatura para trazer a esta discussão, mas, no entanto, além de percebermos que os acidentes motociclísticos vêm crescendo vertiginosamente, os mesmos têm

sido noticiados constantemente através dos meios de comunicação (televisão, jornais e revistas). Estes acidentes acarretam grandes prejuízos para o sistema previdenciário e para o sistema público de saúde, além dos danos pessoais e familiares. Nesta pesquisa, dos 41% de acidentes relacionados ao trânsito, 17% estavam relacionados aos acidentes motociclísticos.

Na avaliação da etiologia em relação ao sexo, as mulheres foram vítimas, predominantemente, dos acidentes no trânsito, enquanto os homens foram vítimas, predominantemente, da violência urbana, mais precisamente dos acidentes por arma de fogo, acidentes estes, muitas vezes, relacionados às drogas, ao trabalho ilícito ou mesmo ao ímpeto mais violento do sexo masculino. Sobre este ímpeto mais violento, Harris (1996) traz em sua revisão de literatura que os homens relatam serem mais violentos que as mulheres, assim como também serem vítimas mais frequentes de violência; são mais inconsequentes e por isto possuem mais conflitos com a lei. Por outro lado, revela que as mulheres são mais propensas a sentir culpa sobre sua raiva e comportamentos agressivos, assim como apresentam maior preocupação com as consequências de seus atos.

Outro dado importante é que 29% das causas estavam relacionadas a acidentes de trabalho. A partir deste dado, algumas discussões poderiam ser realizadas com o aprofundamento da investigação sobre o uso adequado de equipamentos de proteção individual, sobre as condições em que o acidente ocorreu e se estavam relacionadas à falha do profissional ou da empresa. Mas este não foi o objetivo da pesquisa, portanto, estes dados não foram investigados.

Um dado pouco apresentado nos estudos é o estado conjugal. Encontramos um resultado equilibrado entre solteiros, separados, divorciados ou viúvos (50%) e os casados ou com companheiros (50%). Resultado similar de solteiros, separados, divorciados ou viúvos foi observado na pesquisa realizada na França, com 47% (VILLE, 2005), e nos Estados Unidos, com 62%

(PFLAUM et al., 2006); o menor resultado encontrado foi de 40,6% na Turquia (KURTARAN et al., 2009).

Numa outra perspectiva, comparamos o estado conjugal entre os que estavam desempregados e os empregados e não foi observada diferença significativa. Estavam casados (ou com companheiros) entre os desempregados 45% e entre os empregados 54%. Na pesquisa de Franceschini et al. (2012), na Itália, entre os desempregados eram casados 57,9% e entre os empregados 21,8%. Nos Estados Unidos, estavam casados (ou com companheiros) entre os desempregados 40% e entre os empregados 60% (BURNS et al., 2010).

Também é necessário destacar a diferença entre homens e mulheres, pois toda a amostra feminina encontrava-se solteira ou separada/divorciada no momento da entrevista e entre os homens 64% encontravam-se casados ou com companheiros. A discussão em questão pode ser direcionada ao papel incorporado historicamente e culturalmente pela mulher, que é o de cuidadora; este papel é assumido espontaneamente na maternidade e também no papel de filha, quando os pais adoecem. Desta forma, quando seus companheiros adoecem, é natural que grande parte destas mulheres mantenha-se na relação e, se necessário, passem a assumir cuidados com seus companheiros. Por outro lado, na prática o que se observa é que os homens, de modo geral, se comportam de forma bastante diferente; em sua maioria, abandonam suas companheiras após a lesão medular; além disso, são poucos os que se dispõem a iniciar uma relação com uma mulher com deficiência física. É importante salientar que esta observação da dificuldade masculina em manter-se no relacionamento após a lesão medular da esposa ou companheira pauta-se na observação direta no atendimento a esta população pelo pesquisador.

O retorno ao trabalho para 54% dos entrevistados deu-se nos primeiros dois anos após a ocorrência da lesão medular, denotando curto espaço de tempo para adaptar-se à nova realidade e retomar a atividade laboral ou passar

a desempenhar outro tipo de atividade. Intervalo ainda menor foi observado em estudo realizado na Holanda, em que o tempo médio para retorno ao trabalho foi de 12 meses (SCHÖNHERR et al., 2005). Já em estudo realizado na Malásia, a média de tempo para retorno ao trabalho foi de 4,9 anos (RAMAKRISHNAN et al., 2011).

A escolaridade média nesta pesquisa foi de 9,2 anos, enquanto nos demais estudos a escolaridade média variou de 13,7 anos a 14,3 anos nos Estados Unidos (KRAUSE & TERZA, 2006; KRAUSE et al., 2008; KRAUSE & REED, 2011), foi de 13,5 anos no Texas (OTTOMANELLI et al., 2009), foi de 9,6 anos na Malásia (RAMAKRISHNAN et al., 2011) e foi de 9,1 anos na Suíça (MARTI et al., 2012). A escolaridade é, disparadamente, o principal preditor para o retorno ao trabalho em pessoas portadoras de lesão medular, tanto em relação ao aumento da chance de empregar-se como quanto a alcançar maiores salários. E, confirmando esta informação, a escolaridade foi maior entre os que voltaram a trabalhar, assim como todos com ensino superior completo estavam trabalhando.

É importante ressaltar a baixa participação em atividade esportiva, considerando tratar-se de um público para o qual esta atividade seria essencial no auxílio do condicionamento físico, melhorando assim seu desempenho em diversas atividades do seu dia a dia. Além do que, também é uma taxa bastante reduzida quando comparada com a da população brasileira, que atualmente é de 54,1% de brasileiros praticando algum esporte ou atividade física (ME, 2015).

Outro dado interessante é com relação a morar sozinho, pois contrariando a expectativa inicial dos que não voltaram a trabalhar, 30% moravam; enquanto que entre os que estavam trabalhando apenas 4,5% moravam sozinhos. Esperava-se que quanto maior fosse o grau de independência, maior a chance de morar só, assim como maior a chance de trabalhar; porém, parece que um fator importante para trabalhar é justamente a

rede de apoio dos familiares, seja para auxiliar no próprio desempenho da função, seja para compartilhar o trabalho ou para possibilitar o transporte de deslocamento para o trabalho. No estudo de Franceschine et al (2012) foi observado maior retorno ao trabalho entre os que moravam sozinhos.

A acessibilidade é algo que merece um olhar especial neste público e cabe ser objetivo principal de estudo, pois vários aspectos necessitam ser considerados e abordados. Investigamos apenas a acessibilidade domiciliar e no ambiente de trabalho, porém tratou-se de uma investigação superficial. Faz-se necessária a realização de estudos que aprofundem tanto no que diz respeito à acessibilidade nestes ambientes referidos, quanto no ambiente urbano, sendo este último um dos principais fatores que trazem limitações e impelem à restrição de deslocamentos para esta população.

Na investigação do meio de transporte utilizado verificou-se a importância do carro adaptado para esta população, permitindo maior independência e autonomia. Parte deste sentimento é reflexo da situação atual dos transportes públicos, principalmente na região Nordeste do Brasil, em que são pouquíssimas ou ausentes as linhas de metrô, também são poucos os ônibus adaptados e, mesmo quando existem, estão quebrados ou faltam profissionais que saibam manuseá-los. A população brasileira também não está preparada para conviver com deficientes físicos, pois não tem paciência para esperar o acesso destes ao ônibus, sendo este mais demorado que o acesso de qualquer outro usuário sem deficiência. E revelando a importância do carro adaptado para o trabalhador usuário de cadeira de rodas, o fato é que 50% dos que voltaram a trabalhar o possuíam. Outro achado é constatar que as mulheres têm menor acesso ao carro adaptado, sendo que apenas 11% destas possuem o mesmo, enquanto que entre os homens esta proporção é de 42%.

Com relação à renda, 50% referiram que a renda atual era maior em relação à renda na época da lesão medular. Este dado permite algumas

reflexões, uma delas é com relação ao fato de a renda em questão ser proveniente na maioria dos casos de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, complementada com atividade remunerada como autônomo ou sem carteira assinada. Para aqueles que informaram depender apenas do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, alguns também referiram renda maior porque antes da lesão medular recebiam menos de um salário mínimo; outra explicação é que alguns conseguiram receber complementação do auxílio por apresentarem necessidade de assistência permanente de outra pessoa e ter sido atestado pela perícia médica; nestes casos o valor da aposentadoria sofre acréscimo de 25%.

Na avaliação da renda segundo o Critério Brasil, observamos que houve uma maior distribuição entre as classes A2, B1, B2 e C1 entre os que voltaram a trabalhar, enquanto entre os que não voltaram a trabalhar a maior distribuição ficou entre as classes C1, C2 e D, denotando assim que os que não estão trabalhando são os que possuem o menor poder de compra.

Com relação ao sexo, a maioria das mulheres revelaram possuir maior renda em relação à época da lesão medular. Este último dado reafirma a importância da escolaridade para maior obtenção de renda e respalda o achado de que tanto a renda quanto a escolaridade foram maiores entre as mulheres.

Marti et al. (2012) também compararam a renda dos que voltaram a trabalhar com os que não voltaram e identificaram que entre os primeiros a renda é maior, até porque alguns destes além de terem renda originadas da atividade de trabalho informal, também recebem pensão.

Investigamos o motivo para voltar a trabalhar e as principais respostas obtidas foram: necessidade de dinheiro, satisfação pessoal e desejo de estabelecer contato com outras pessoas. Marti et al. (2012) em sua pesquisa verificaram que as razões mais importantes para voltar a trabalhar não eram de

ordem financeira e sim de natureza social (satisfação pessoal e manter contato com outras pessoas).

Quanto às dificuldades percebidas para voltar a trabalhar, as principais respostas obtidas foram: acessibilidade, ausência de transporte coletivo, pouco ônibus adaptado, sensação de que ninguém acredita em você, impossibilidade de manter atividade anterior e escolaridade baixa. Ainda na pesquisa de Marti et al., os que não voltaram a trabalhar relataram como principais razões os problemas de saúde, dor e a dificuldade em encontrar emprego adequado.

Pudemos perceber nesta pesquisa que a depressão não teve nenhuma influência no retorno ou não ao trabalho, pois segundo a avaliação com o instrumento BDI-II não foram identificados sintomas depressivos expressivos entre os entrevistados, além do que, nenhum dos entrevistados possuía o diagnóstico médico de depressão.

Com relação à qualidade de vida, que foi avaliada pelo instrumento WHOQOL-bref, apesar de a diferença entre as médias dos domínios ser muito pequena, observamos que a qualidade de vida é discretamente maior entre as mulheres e entre os que voltaram a trabalhar, pois como já foi referido também são os que possuem maior escolaridade e maior renda. Verificamos na literatura brasileira alguns artigos que utilizaram este instrumento para avaliar qualidade de vida em adultos trabalhadores e estudantes: acadêmicos de enfermagem (SAUPE et al., 2004), agentes comunitários de saúde (URSINE et al., 2010), trabalhadores marítimos de rebocadores (BAENA et al., 2011) e professores da educação básica (PEREIRA et al., 2014), e constatamos que o pior domínio no Brasil foi o meio ambiente e que o melhor domínio foi o de relações sociais; os melhores índices de qualidade de vida foram os dos trabalhadores marítimos de rebocadores. Na comparação dos entrevistados com os demais estudos com trabalhadores e estudantes brasileiros, verificou-se que o pior domínio foi o físico, o que era de se esperar considerando as limitações físicas impostas pela seqüela da lesão medular. Mas chama a

atenção o fato de que no domínio meio ambiente tenha apresentado um bom resultado em relação aos demais estudos, considerando as dificuldades vivenciadas relacionadas à acessibilidade. A explicação pode estar relacionada ao baixo nível crítico decorrente da baixa escolaridade o que, possivelmente, proporcionou que as pessoas não se manifestassem espontaneamente às questões de dificuldade com relação ao meio ambiente; ou por acomodação à restrição no ambiente domiciliar (Figura 5).

Seria de grande importância a replicação deste estudo com uma amostra estatística que permita realizar inferências e extrapolar conclusões. E, considerando que o Brasil é um país de grande extensão territorial e que abriga diversas regiões com culturas e características próprias, faz-se necessário um estudo multicêntrico para refletir a realidade do país no quesito retorno ao trabalho para a população com lesão medular. Considerando também que se trata de uma população pouco estudada no país, cabem aprofundamentos na investigação da acessibilidade, qualidade de vida, influência das alterações fisiológicas, assim como aprofundamento na investigação das etiologias relacionadas ao trabalho. Também é importante o aprofundamento nas questões relacionadas à reabilitação profissional no Brasil, a qual sabemos ser precária e insuficiente, situação confirmada neste estudo em que 100% dos entrevistados não passaram por qualquer programa de reabilitação profissional.

X. CONCLUSÕES

O presente estudo conseguiu alcançar todos os seus objetivos. Verificou-se que a taxa de retorno ao trabalho para portadores de lesão medular foi semelhante ou maior que o encontrado em estudos realizados em outros países. Porém, apresentou-se um retorno predominante à atividade informal com objetivo principal de complementação da renda, já obtida com o auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, ou por satisfação pessoal. Também, como já referido, não se averiguou associação inversa entre o recebimento do auxílio doença ou aposentadoria por invalidez e o retorno ao trabalho. E, por fim, verificou-se que há associação positiva entre o grau de escolaridade e o retorno ao trabalho.

Apesar de a população do estudo apresentar um número pequeno de participantes, foi possível realizar algumas conclusões. Uma delas é que a escolaridade relativamente baixa influencia no retorno ao trabalho informal e, portanto, são necessários maiores investimentos neste aspecto para favorecer o retorno ao mercado de trabalho formal e aumentar tanto a empregabilidade que se encontra distante da população geral no Brasil (76%), como a empregabilidade formal que na população geral no Brasil é de 49%. Importante refletir que as limitações físicas implicam em retorno a uma atividade principalmente de caráter mental/intelectual, com mínima carga física. Outra conclusão é a necessidade de incentivar, precocemente, o retorno ao trabalho para que sejam averiguadas as reais condições e os tipos de investimentos necessários para este retorno, entre eles melhorar o grau de escolaridade, meio de transporte, identificar campos de trabalhos e suas exigências.

Alguns resultados foram bastante intrigantes e merecem maior aprofundamento em estudos futuros. Um deles foi a importante diferença do estado conjugal entre os sexos. Todas as mulheres encontravam-se solteiras ou separadas/divorciadas, enquanto entre os homens apenas 36% estavam na

mesma situação. Outro achado foi a importância do carro adaptado para esta população e influência no retorno ao trabalho, denotando a real dificuldade de acessibilidade urbana e à carência de transporte público adaptado. Também foi possível realizar um diagnóstico do programa de Reabilitação Profissional no Brasil que se encontra precário e insuficiente, haja vista que nenhum dos entrevistados sequer sabia do que se tratava.

Por fim, o estudo justificou-se pela sua relevância, por evidenciar uma realidade que merece um olhar da sociedade e dos gestores, assim como por ser um estudo pioneiro no Brasil.

XI. SUMMARY

Traumatic spinal cord injury is usually acute and unexpected, causing irreversible damage and dramatically altering the course of life of an individual. This study it pioneered in Brazil and aimed to identify the factors that affect the return to work in individuals with traumatic paraplegia. This was an epidemiological, observational, census, cross-sectional study. The population included in the study was monitored in the Hospital Sarah Salvador, a public rehabilitation hospital. Inclusion criteria were: spinal cord injury diagnosis (traumatic paraplegia type); completion of the rehabilitation program for at least one year; independence for all activities of daily living at discharge from the rehabilitation program; mobility by wheelchairs; report of work activity before the spinal cord injury; age between 18 and 65 years; being admitted during the data collection period of this research. The only exclusion criterion was to be a foreigner. Among the 42 selected patients, there was a predominance of men (79%) and mean age of 36 years (standard deviation = 7.9). Returned to work 52% of respondents (n = 22) and 21 of these were involved in the informal labor market, 8 received sickness-aid and 11 received disability retirement. We found that there was a positive association between education level and the return to work and thus the need for greater investment in education. The quality of life, according to WHOQOL-bref, the level of education, the income and the purchasing power according to Brazil Criterion, was slightly better among those who returned to work. We note the importance of encouraging early return to work and the need for improvements in vocational rehabilitation programs in Brazil.

Keywords: Return to work; Paraplegia; Spinal Cord Injuries; Rehabilitation.

XII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Critério Brasil - 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em: 17 de maio de 2014.
2. AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION. ASIA Impairment Scale (AIS). *International standards for neurological classification of spinal cord injury*. Disponível em: <http://www.asia-spinalinjury.org/elearning/ISNCSCI_ASIA_ISCOS_low.pdf>. Acesso em: 21 de agosto de 2013.
3. BAENA CP; MUCCILLO-BAISCH AL; ALMEIDA TL; DE LA ROCHA C; FRANCO OS; OLMEDO D; SOARES MCF. Impacto de um programa piloto de promoção da saúde para trabalhadores marítimos de rebocadores. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 36, n. 124, p. 288-96, 2011.
4. BECK AT; STEER RA; BROWN GK. Manual do Inventário de Depressão de Beck - BDI-II. Adaptação Brasileira: Gorenstein C, Pang WY, Argimon IL, Werlang BSG. 1. ed., Casa do Psicólogo: São Paulo, 156p., 2011.
5. BERGMARK L; WESTGREN N; ASABA E. Returning to work after spinal cord injury: exploring young adults' early expectations and experience. *Disability and Rehabilitation*, v. 33, p. 2553-8, 2011. DOI: 10.3109/09638288.2011.579224
6. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 de julho de 2013.
7. _____. Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Acessibilidade, Brasília, 2008, p. 56-78. Disponível em: <<http://www.pestalozzi.org.br/banco%20de%20imagem/Acessibilidade.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2014.
8. _____. Decreto nº 5296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras

- providências. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Acessibilidade, Brasília, 2008, p. 83-109. Disponível em: <<http://www.pestalozzi.org.br/banco%20de%20imagem/Acessibilidade.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2014
9. _____. Lei Nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Seção V: Dos Benefícios. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 08 de outubro de 2013.
 10. _____. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Acessibilidade, Brasília, 2008, p. 35-40. Disponível em: <<http://www.pestalozzi.org.br/banco%20de%20imagem/Acessibilidade.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2014.
 11. _____. Projeto de Lei nº 7.699, de 2006, que “Institui o Estatuto do Portador de Deficiência e dá outras providências”. Capítulo V: do direito ao trabalho. Pág. 16-21. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/432201.pdf>>. Acesso em: 14 de outubro de 2012.
 12. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 68 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf>. Acesso em: 02 de maio de 2015.
 13. BURNS SM; HILL J; BOYD BL; HOUGH S. Psychosocial predictors of employment status among men living with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, v. 55, n. 1, p. 81-90, 2010. DOI: 10.1037/a0018583
 14. CASTEL R. *As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário*. 11. ed., Vozes: Petrópolis/RJ, 611p., 2013.
 15. CHAVES ES; BONINGER ML; COOPER R; FITZGERALD SE; GRAY DB; COOPER RA. Assessing the influence of wheelchair technology on perception of participation in spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 85, p. 1854-8, nov., 2004. Doi: 10.1016/j.apmr.2004.03.033
 16. CLARKE PJ; AILSHIRE JA; NIEUWENHUIJSEN ER; KLEIJN- DE VRANKRIJKER MW. Participation among Adults with Disability: The Role of the

- Urban Environment. *Social Science & Medicine*, v. 72, n. 10, p. 1674-84, mai., 2011. doi:10.1016/j.socscimed.2011.03.025.
17. CONCEIÇÃO MIG; AUAD JC; VASCONCELOS L; MACÊDO A; BRESSANELLI R. Avaliação da depressão em pacientes com lesão medular. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 12, n. 1/2, p. 43-59, 2010.
18. DEJOURS C. *A banalização da injustiça social*. 7. ed., FGV: Rio de Janeiro, 154p., 2007.
19. DORSETT P; GERAGHTY T. Depression and Adjustment After Spinal Cord Injury: A Three-Year Longitudinal Study. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, v. 9, n. 4, p. 43-56, 2004.
20. FLECK MPA. O instrumento de avaliação de qualidade e vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p.33-8, 2000.
21. _____; LOUZADA S; XAVIER M; CHACHAMOVICH E; VIEIRA G; SANTOS L; PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p.178-83, 2000.
22. FRANÇA ISX; COURA AS; FRANÇA EG; BASÍLIO NNV; SOUTO RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-BREF. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 6, p. 1364-71, 2011.
23. FRANCESCHINI M; PAGLIACCI MC; RUSSO T; FELZANI G; AITO S; MARINI C. Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM study. *Spinal Cord*, v. 50, p. 238-42, 2012. doi:10.1038/sc.2011.131
24. GOMES-OLIVEIRA MH; GORENSTEIN C; LOTUFO NETO F; ANDRADE LH; WANG YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 34, n. 4, p. 389-94, dezembro, 2012. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.005
25. HARRIS MB. Aggression, gender and ethnicity. *Aggression Violent Behav*, v. 1, n. 2, p. 123-46, 1996.
26. HESS DW; RIPLEY DL; MCKINLEY WO; TEWKSBURY M. Predictors for return to work after spinal cord injury: a 3-Year Multicenter Analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 81, mar., 2000.

27. HILL MR; NOONAN VK; SAKAKIBARA BM; MILLER WC; THE SCIRE RESEARCH TEAM. Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*, v.48, n.6, p.438-50, junho, 2010. doi:10.1038/sc.2009.164
28. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa Mensal de Emprego. Avaliação de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab2.shtm>. Acesso em: 11 de janeiro de 2015.
29. _____ . *Normas de apresentação tabular*. 3. ed., Rio de Janeiro, 61p., 1993.
30. ILO (International Labour Organization). R099 - Vocational Rehabilitation (Disabled) Recommendation, 1955 (nº 99). Recommendation concerning Vocational Rehabilitation of the Disabled. Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R099>. Acesso em: 8 de março de 2014.
31. _____ . R168 - Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons) Recommendation, 1983 (nº 168). Rehabilitation concerning Vocational Rehabilitation and Employment (Disabled Persons). Disponível em: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:R168>. Acesso em: 8 de março de 2014.
32. JANG Y; HSIEH C; WANG Y; WU Y. A Validity Study of the WHOQOL-BREF Assessment in Persons with Traumatic Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 85, p. 1890-5, novembro, 2004. doi:10.1016/j.apmr.2004.02.032
33. JONGBLOED L; BACKMAN C; FORWELL SJ; CARPENTER C. Employment after spinal cord injury: The impact of government policies in Canada. *Work*, v. 29, p. 145-54, 2007.
34. KIRSHBLUM SC; BURNS SP; BIERING-SORENSEN F; DONOVAN W; GRAVES DE; JHA A; JOHANSEN M; JONES L; KRASSIOUKOV A; MULCAHEY MJ; SCHMIDT-READ M; WARING W. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *The Journal of Spinal Cord Medicine*, v. 34, n. 6, 2011. DOI 10.1179/204577211X13207446293695

35. KRAUSE JS; TERZA JV. Injury and Demographic Factors Predictive of Disparities in Earnings After Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 87, outubro, 2006. doi:10.1016/j.apmr.2006.07.254
36. _____; _____; DISMUKE C. Earnings Among People With Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 89, agosto, 2008. doi:10.1016/j.apmr.2007.12.040
37. _____; REED KS. Barriers and facilitators to employment after spinal cord injury: underlying dimensions and their relationship to labor force participation. *Spinal Cord*, n. 49, p. 285-91, 2011. doi:10.1038/sc.2010.110
38. KURTARAN A; AKBAL A; ERSO"Z M; SELÇUK B; YALÇIN E; AKYU"Z M. Occupation in spinal cord injury patients in Turkey. *Spinal Cord*, n. 47, p. 709-12, 2009. doi:10.1038/sc.2009.79
39. LIDAL IB; HJELTNES N; RØISLIEN J; STANGHELLE JK; BIERING-SØRENSEN F. Employment of persons with spinal cord lesions injured more than 20 years ago. *Disability and Rehabilitation*, v. 31, n. 26, p. 2174-84, 2009. DOI: 10.3109/09638280902946952
40. LIN M; HWANG H; CHEN C; CHIU W. Comparisons of the Brief Form of the World Health Organization Quality of Life and Short Form-36 for Persons With Spinal Cord Injuries. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 86, n. 2, fevereiro, 2007. DOI: 10.1097/01.phm.0000247780.64373.0e
41. MacEACHEN E; KOSNY A; FERRIER S; CHAMBERS L. The "Toxic Dose" of System Problems: Why Some Injured Workers Don't Return to Work as Expected. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 20, p. 349-66, 2010. DOI 10.1007/s10926-010-9229-5
42. MACHADO A. Anatomia macroscópica da medula espinhal e seus envoltórios: Neuroanatomia funcional. 2. ed., Atheneu: São Paulo, capítulo 4, p. 35-9, 2002.
43. MARTI A; REINHARDT JD; GRAFI S; ESCORPIZOL R; POST MWM. To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland. *Spinal Cord*, v. 50, p. 521-26, 2012. doi:10.1038/sc.2011.181
44. MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome). Benefício de Prestação Continuada, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 20 de março de 2014.

45. ME (Ministério do Esporte). Notícias: Pesquisa aponta que 45,9% dos brasileiros não praticam esporte ou atividade física (22 de junho de 2015). Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/index.php/noticias/24-lista-noticias/51170-pesquisa-aponta-que-49-5-dos-brasileiros-nao-praticam-esporte-ou-atividade-fisica>>. Acesso em 05 de julho de 2015.
46. MS (Ministério da Saúde). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html>. Acesso em: 21 de agosto de 2013.
47. MPS (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL). Reabilitação Profissional, [s.d.](a). Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100701-165317-728.pdf>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2014.
48. _____ . Reabilitação profissional. Aposentadoria por invalidez, [s.d.](b). Disponível em: <<http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/381>>. Acesso em: 30 de junho de 2013.
49. MTE (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO). Declaração dos direitos das pessoas portadoras de deficiência - Resolução aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 9 de dezembro de 1975. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/fisca_trab/inclusao/legislacao_2_4.asp>. Acesso em: 28 de junho de 2013.
50. MURPHY GC; MIDDLETON J; QUIRK R; DE WOLF A; CAMERON ID. Predicting employment status at 2 years' post discharge from spinal cord injury rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, v. 56, n. 3, p. 251-6, 2011. doi: 10.1037/a0024524
51. NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER. Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance. *The Journal of Spinal Cord Medicine* 2013. Birmingham, Alabama. Disponível em: <https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/fact_figures_docs/Facts%202013.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2013.
52. NEWMAN SD. Evidence-based advocacy: using Photovoice to identify barriers and facilitators to community participation after spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing*, v. 35, n. 2, p. 47-59, mar./abr., 2010.
53. NITRINI R; BACHESCHI, LA. *A neurologia que todo médico deve saber*. Princípios Fundamentais. 2. ed., Atheneu: São Paulo, capítulo 1, p. 6-13, 2008.

54. OTTOMANELLI L; GOETZ L; MCGEOUGH C; SURIS A; SIPPEL J; SINNOTT P; WAGNER TH; CIPHER DJ. Methods of a multisite randomized clinical trial of supported employment among veterans with spinal cord injury. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, v. 46, n. 7, p. 919-30, 2009. DOI:10.1682/JRRD.2008.10.0145
55. PEREIRA EF; TEIXEIRA CS; ANDRADE RD; SILVA-LOPES A. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores na educação básica: Elementary school teachers and their quality of life. *Revista de Salud Pública*, v. 16, n. 2, p. 221-31, abril, 2014.
56. PFLAUM C; MCCOLLISTER G; STRAUSS DJ; SHAVELLE RM; DeVIVO MJ. Worklife After Traumatic Spinal Cord Injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, v. 29, n. 4, p. 377-86, 2006.
57. PHILLIPS VL; HUNSAKER AE; FLORENCE CS. Return to work and productive activities following a spinal cord injury: the role of income and insurance. *Spinal Cord*, v. 50, p. 623-6, 2012. doi:10.1038/sc.2012.22
58. RAMAKRISHNAN K; LOH SY; OMAR Z. Earnings among people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, n. 49, p. 986-89, 2011. doi:10.1038/sc.2011.47
59. REDE SARAH. A Rede SARAH. Nossa História. Nossas Unidades [s.d.]. Disponível em: <<http://www.sarah.br/a-rede-sarah/>>. Acesso em: 09 de novembro de 2014.
60. _____. Estatísticas / Pesquisa primeiro semestre 2014. Disponível em: <<http://www.sarah.br/educacao-e-prevencao/epidemiologia/>>. Acesso em: 15 de novembro 2014.
61. _____. Mapa da Morbidade por Causas Externas / Pesquisa realizada em 2012. Disponível em: <<http://www.sarah.br/Cvisual/Sarah/AAPrevencao/PDF201211/01%20Geral%20Causas%20Externas.pdf>>. Acesso em: 21 de agosto de 2012.
62. RIBERTO M; MIYAZAKI MH; JORGE FILHO D; SAKAMOTO H; BATTISTELLA LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.
63. ROWLAND LP. *Tratado de Neurologia*: Merrit. 11. ed, Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, p. 466-74, Lesões Raquianas, 2007.
64. SAUPE R; NIETCHE EA; CESTARI ME; GIORGI MDM; KRAHL M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 636-42, julho-agosto, 2004.

65. SCHÖNHERR MC; GROOTHOFF JW; MULDER GA; EISMA WH. Vocational perspectives after spinal cord injury. *Clinical Rehabilitation*, v. 19, p. 200-08, 2005. doi: 10.1191/0269215505cr845oa
66. _____; _____; _____; _____;
SCHOPPEN T. Vocational reintegration following spinal cord injury: expectations, participation and interventions. *Spinal Cord*, v. 42, p. 177-84, 2004. DOI:10.1038/sj.sc.3101581
67. SEYFRIED E. Vocational Rehabilitation and Employment Support Services. *ILO Encyclopaedia of Occupational Health & Safety*. Disponível em: <
<http://www.ilo.org/iloenc/part-iii/disability-and-work/item/176-vocational-rehabilitation-and-employment-support-services>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2014.
68. SIMONELLI AP; CAMAROTTO JÁ; BRAVO ES; VILELA RAG. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 64-73, 2010.
69. TARGETT P; WEHMAN P; YOUNG C. Return to work for persons with spinal cord injury: designing work supports. *NeuroRehabilitation*, v. 19, p.131-9, 2004.
70. THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF: Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, v.28, p.551-8, 1998.
71. 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, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 35, n. 121, p. 10-22, 2010.
72. URSINE BL; TRELHA CS; NUNES EFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 35, n. 122, p. 327-39, 2010.
73. VALTONEN K; KARLSSON A; ALARANTA H; VIIKARI-JUNTURA E. Work participation among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 38, p. 192-200, 2006. DOI: 10.1080/16501970500522739

74. VAN VELZEN JM; GROOT S; POST MWM; VAN DER WOUDE LHV; VAN LEEUWEN CMC; FABER WXM. Return to work five years after spinal cord injury inpatient rehabilitation: is it related to wheelchair capacity at discharge? *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 44, p. 73-9, 2012. doi: 10.2340/16501977-0899
75. _____; _____; _____; _____;
SLOOTMAN JR; VAN BENNEKOM CAM. Return to Work After Spinal Cord Injury: Is It Related to Wheelchair Capacity at Discharge from Clinical Rehabilitation? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, v. 88, n. 1, janeiro, 2009. DOI: 10.1097/PHM.0b013e31818e6140
76. VENTURINI DA; DECÉSARO MN; MARCON SS. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 4, p. 589-96, 2007.
77. VERA RS; ARAÚJO TCCF. Enfrentamento e lesão medular: um estudo de corte transversal com pacientes em reabilitação. *Comunicação em Ciência e Saúde*, v. 22, n. 3, 2011.
78. VILLE I. Biographical work and returning to employment following a spinal cord injury. *Sociology of Health & Illness*, v. 27, n. 3, p. 324-50, 2005.
79. WHO (World Health Organization). Depression. Nota descritiva nº 369 de outubro de 2012. Disponível em:<
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2014.
80. WILSON JR; HASHIMOTO RE; DETTORI JR; FEHLINGS MG. Spinal cord injury and quality of life: a systematic review of outcome measures. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, v. 2, n. 1, p. 37-44, 2011.
81. YOUNG AE; STRASSER R; MURPHY GC. Agricultural workers' return to work following spinal cord injury: a comparison with other industry workers. *Disability and Rehabilitation*, v. 26, n. 17, p. 1013-22, 2004. DOI: 10.1080/09638280410001702432
82. _____; ROESSLER RT; WASIAK R; MCPHERSON KM; VAN POPPEL MNM; ANEMA JR. A developmental conceptualization of return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 15, n. 4, dezembro, 2005. DOI: 10.1007/s10926-005-8034-z

XIII. APÊNDICE

XIII.A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto - Retorno ao trabalho por indivíduos com paraplegia traumática: fatores que interferem na reabilitação profissional

Prezado Sr(a),

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar o impacto que as alterações relacionadas à lesão medular podem causar no retorno ao trabalho.

Você foi selecionado(a) porque possui o diagnóstico de lesão medular tipo paraplegia traumática, fez o programa de reabilitação há pelo menos um ano, na alta do programa de reabilitação estava independente para todas as atividades de vida diária conforme a escala de avaliação Medida de Independência Funcional, locomove-se com cadeira de rodas, trabalhava antes da lesão medular e possui entre 18 e 65 anos de idade.

A sua participação neste estudo consiste em responder a questionários com itens relacionados a dados pessoais, às atividades diárias, ao trabalho e à qualidade de vida. Os dados serão coletados no hospital Sarah, em Salvador, durante o período de internação. A entrevista será em ambiente reservado e em horário a ser combinado. Os questionários ficarão sob responsabilidade do pesquisador.

Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar deste estudo.

As informações obtidas nesse estudo serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa. Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Os resultados desta pesquisa servirão para um melhor entendimento sobre o impacto da lesão medular na vida de trabalhadores e possibilitará reflexões sobre estratégias para melhorar a situação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador responsável: Magda Constance Nunes dos Santos Calliga
Endereço: Faculdade de Medicina da Bahia - Largo do Terreiro de Jesus, s/n -
Centro Histórico, Salvador, Bahia 40.026-010
Telefone: (71) 3283.5573 - 8873.7412 (Oi) - 9305.8288 (Tim) - 9916-6825
(Vivo)

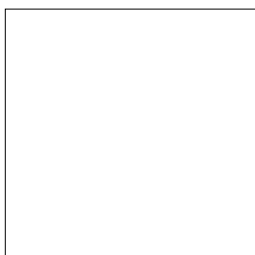
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das
Pioneiras Sociais, coordenado por Kátia Torres Batista, que poderá ser
contatado em caso de questões éticas, pelo telefone: (61) 3319-1494 ou e-mail:
comiteeticapesquisa@sarah.br.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste
estudo.

Nome do participante

Assinatura do participante

Impressão dactiloscópica



Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Magda Constance Nunes dos Santos Calliga

Salvador, ____/____/____

XIII.B. Questionário de dados sociodemográficos

1. Data em que ocorreu a lesão medular? ____/____/____
2. Causa da lesão medular? _____
3. A lesão medular ocorreu durante o trabalho?
 Sim
 Não
4. Nível da lesão medular: _____. ASIA: ()A ()B ()C ()D
5. Quando participou do Programa de Reabilitação neste hospital?
 (mês/ano) ____/____
6. Procedência: _____
7. Qual a sua idade? _____ anos
8. Qual o seu sexo?
 Feminino
 Masculino
9. Qual o seu estado conjugal atual?
 Solteiro(a)
 Casado(a)
 Vive com companheiro(a)
 Separado(a) ou divorciado(a)
 Viúvo(a)
10. Possui filhos?
 Não
 Sim. Quantos? _____

Se frequente escola

11. Qual a escolaridade?
 Alfabetização de jovens e adultos
 Regular do ensino fundamental (1ª à 8ª série)
 Educação de jovens e adultos - EJA – ou supletivo do ensino fundamental
 Regular do ensino médio (1º ao 3º ano)
 Educação de jovens e adultos - EJA – ou supletivo do ensino médio
 Superior de graduação especialização de nível superior (mínimo de 360 horas)
 Mestrado
 Doutorado

Não frequenta escola no momento (responder as questões 8 e 10)

12. Qual foi o curso de nível mais elevado que frequentou?

- Creche, pré-escolar (maternal e jardim de infância), classe de alfabetização - CA
- Alfabetização de jovens e adultos
- Antigo primário (elementar)
- Antigo ginásio (médio 1º ciclo)
- (da 1ª a 3ª série/do 1º ao 4º ano)
- (4ª série/5º ano)
- (da 5ª a 8ª série/do 6º ao 9º ano)
- Supletivo do ensino fundamental ou do 1º grau
- Antigo científico, clássico, etc....(médio 2º ciclo)
- Regular ou supletivo do ensino médio ou do 2º grau
- Superior de graduação
- Especialização de nível superior (mínimo de 360 horas)
- Mestrado
- Doutorado

13. Concluiu este curso?

- Sim
- Não

XIII.C. Questionário sobre estilo de vida

1. Você realiza atividades domésticas?

() Não

() Sim. Quais? () cuidar de filhos

() cozinhar

() limpeza de casa

() lavar roupas

() passar roupas

Quantas vezes por semana? _____

Quantas horas por dia? _____

2. Você pratica esporte ou realiza atividade física

() Não

() Sim. Quantas vezes por semana? _____

Durante quanto tempo cada vez? _____

3. Você realiza atividades de lazer?

() Não

() Sim. Quais? _____

Quantas vezes por mês? _____

Acessibilidade

4. Você tem acesso a todos os cômodos de sua casa?

() Sim

() Não. Você tem acesso ao banheiro de sua casa? () Sim () Não

Rede apoio

5. Reside com:

() Sozinho

() Esposa(o) / Companheira(o)

() Filhos

() Irmãos

() Pai e/ou mãe

() Outros: _____

6. Com quem conta nos momentos de necessidade?

() Ninguém

() Esposa(o) / Companheira(o)

() Filhos

() Irmãos

() Pai e/ou mãe

() Outros: _____

Transporte

7. Qual o meio de transporte utilizado para ir à escola, trabalho ou locais distantes da residência?

- Carro próprio
- Carro próprio adaptado
- Carro de amigos, familiares
- Taxi
- Transporte público
- Transporte público adaptado
- Outros: _____

XIII.D. Questionário sobre trabalho

1. Quais as funções/ocupações que desempenhou antes da lesão medular?

2. Quais as funções/ocupações que desempenhou após a lesão medular?

Responder as questões de 3 a 6 APENAS se NÃO estiver trabalhando.

3. Você recebe auxílio doença?

() Não () Sim

4. Você está aposentado por invalidez?

() Não () Sim

5. Tentou retornar ao trabalho?

() Não () Sim

6. Se sim, quais as dificuldades encontradas?

Pular para a questão 19.**Responder as questões de 7 a 18 APENAS se estiver trabalhando.**

7. Você recebe auxílio doença?

() Não () Sim

8. Você está aposentado por invalidez?

() Não () Sim

9. Qual a função/ocupação atual?

10. Descreva as tarefas que realiza em seu trabalho.

11. As exigências do seu trabalho são principalmente:

- mentais / intelectuais
- físicas
- ambas, mentais e físicas

12. Seu trabalho é:

- Empregado com carteira de trabalho assinada
- Militar do exército, marinha, aeronáutica, polícia militar ou corpo de bombeiros
- Empregado pelo regime jurídico dos funcionários públicos
- Conta própria
- Empregador
- Não-remunerado
- Empregado sem carteira de trabalho assinada

13. Qual a sua carga horária diária de trabalho? _____ horas

14. Quantos dias de trabalho por semana? _____ dias

15. Você tem acesso a todos os cômodos que necessita no seu emprego?

- Sim
- Não. Você tem acesso ao banheiro no seu emprego? Sim
 Não

16. Com quem conta nos momentos de necessidade (rede de apoio no trabalho)?

- Ninguém
- Colega
- Chefe
- Familiares: _____
- Outros: _____

17. Quais as dificuldades encontradas para retornar ou manter o trabalho?

18. Quais os facilitadores encontradas para retornar ou manter o trabalho?

19. Você passou por algum programa de Reabilitação Profissional?

Não Sim. Em que local? _____

Rendimentos (todos deverão responder)

20. Aposentadoria ou pensão de instituto de previdência oficial (federal, estadual ou municipal)?

Sim Não

21. Programa social bolsa-família ou programa de erradicação do trabalho infantil - PETI?

Sim Não

22. Rendimento de outros programas sociais ou de transferências? (Benefício assistencial de prestação continuada – BPC/LOAS, doação ou mesada de não morador do domicílio, pensão alimentícia, seguro desemprego, bolsa de estudo, outros programas, etc)

Sim Não

23. Outras fontes (juros de poupança, aplicações financeiras, aluguel, pensão ou aposentadoria de previdência privada, etc.)

Sim Não

24. A renda atual em relação à renda na época da lesão medular:

igual menor maior

XIII.E. Licença para o uso do Instrumento WHOQOL-bref

User Agreement for "WHOQOL-100" and/or WHOQOL-BREF and related materials

This agreement is between the World Health Organization ("WHO") and MAGDA LOUSTANCE VIVES DOS SANTOS CALLEJA. WHO hereby grants the User a nonexclusive, royalty-free license to use the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and/or related materials (hereafter referred to as "WHOQOL-100" or "WHOQOL-BREF") in User's study outlined below. The term of this User Agreement shall be for a period of 1 year, commencing on (date) 04/24/2024.

The approved study for this User Agreement is:

Study Title	RETURN TO WORK FOR INDIVIDUALS WITH TRAUMATIC PARAPLEGIA
Principal Investigator	MAGDA LOUSTANCE N. DOS S. CALLEJA
Sample characteristics	DIAGNOSIS OF TRAUMATIC PARAPLEGIA, BE INDEPENDENT IN DAILY ACTIVITIES AS FIM SCALE, USE A WHEEL CHAIR FOR MOBILITY, BETWEEN 28 AND 65 YEARS OLD.
Sample size	60 PATIENTS SANTA REHABILITATION HOSPITAL, IN SALVADOR - BAHIA - BRAZIL.
Treatment Intervention	NO
Total number of assessments	ONE PER PATIENT
Assessment time points	DURING HOSPITALIZATION
"WHOQOL-100" or WHOQOL-BREF version - Please specify language version(s) you would like to receive.	WHOQOL - BREF IN PORTUGUESE.
Other measures	—

This User Agreement is based upon the following conditions:

1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the WHOQOL-100 or BREF in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization, or administration procedures, of the WHOQOL-100 or BREF. If User thinks that changes are necessary for its work, or if translation is necessary, User must obtain written approval from WHO in advance of making such changes.
2. User shall not reproduce WHOQOL-100 or BREF, except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own uses and shall in no event distribute copies of the WHOQOL-100 or BREF to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. In addition, User agrees that it will not use the WHOQOL-100 or BREF for any purpose other than conducting studies as specified above, unless agreed in writing by WHO. In any event, the WHOQOL-100 or BREF should not be used for research or clinical purposes without prior written authorization from WHO.

3. User agrees to provide WHO with an annual update regarding activities related to the WHOQOL-100 or BREF.
4. User agrees to provide WHO with a complete copy of User's raw data and data code books, including the WHOQOL-100 or BREF and any other instruments used in the study. This data set must be forwarded to WHO upon the conclusion of User's work. While User remains the owner of the data collected in User's studies, these data may be used in WHO analyses for further examining the psychometric properties of the WHOQOL-100 or BREF. WHO asserts the right to present and publish these results, with due credit to the User as the primary investigator, as part of the overall WHOQOL-100 or BREF development strategy.
5. WHO shall be responsible for preparing and publishing the overall WHOQOL-100 or BREF results under WHO copyright, including:
 - a. the overall strategy, administrative set-up and design of the study including the instruments employed;
 - b. common methods used by two or more Users;
 - c. the data reported from two or more Users ;
 - d. the comparisons made between the data reported from the Users;
 - e. the overall findings and conclusions.
6. User shall be responsible for publications concerning information developed exclusively by User and methods employed only by User. Publications describing results obtained by User will be published in User's name and shall include an acknowledgement of WHO. User agrees to send to WHO a copy of each such paper prior to its submission for publication.
7. WHO may terminate this User Agreement at any time, in any event. Should WHO terminate this User Agreement, User shall immediately cease all use of the WHOQOL100 or BREF and destroy or return all copies of the WHOQOL-100 or BREF. In the event of such termination, all other collateral materials shall be destroyed and no copy thereof shall be retained by User. Notwithstanding the return or destruction of the WHOQOL-100 or BREF and its collateral materials, User will continue to be bound by the terms of this User Agreement.
8. It is understood that this User Agreement does not create any employer/employee relationship. User and its affiliates are not entitled to describe themselves as staff members of WHO. User shall be solely responsible for the manner in which work on the project is carried out and accordingly shall assume full liability for any damage arising therefrom. No liability shall attach to WHO, its advisers, agents or employees.

Please confirm your agreement with the foregoing by signing and returning one copy of this letter to WHO, whereupon this letter agreement shall become a binding agreement between User and WHO.

WHO:

Fluorant

Dr. Somnath Chatterji
Health Statistics and Health Information Systems (HSI)
World Health Organization
Avenue Appia
Geneva 27
CH 1211 Switzerland

Date:

USER:

By: MAGDA CONSTANCA MUES DOS SANTOS CALIGA
Title: MAGISTER DEGREE STUDENT, NURSE
Institution: FEDERAL UNIVERSITY OF BAHIA
Address: FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA, LARGO DO
TERRAÇO DE JESUS, S/N, CENTRO HISTÓRICO,
SALVADOR, BAHIA, BRASIL. CEP 40026-020
Date: 04/14/2024

XIII.F. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RETORNO AO TRABALHO POR INDIVÍDUOS COM PARAPLEGIA TRAUMÁTICA: fatores que interferem na reabilitação profissional

Pesquisador: MAGDA CONSTANCE NUNES DOS SANTOS CALLIGA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26780414.7.0000.0022

Instituição Proponente: ASSOCIACAO DAS PIONEIRAS SOCIAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 546.595

Data da Relatoria: 13/03/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo epidemiológico transversal observacional, que será realizado no programa de Lesão Medular do Sarah Salvador com os critérios de inclusão: diagnóstico de paraplegia traumática, ter concluído o programa de reabilitação há pelo menos um ano, alta do programa de reabilitação independente para atividades de vida diária, conforme escala de avaliação FIM, locomoção exclusiva em cadeira de rodas, relato de atividade laboral antes da lesão medular, faixa etária economicamente ativa. Serão realizados questionários: de dados sociodemográficos, sobre estilo de vida, sobre trabalho, de qualidade de vida WHOQOL- BREF, Índice de capacidade para o trabalho, Índice de depressão de Beck II. A variável dependente é o retorno ao trabalho e as independentes: idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, atividades domésticas, atividade física, acessibilidade, rede de apoio, renda, qualidade de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar os fatores que interferem no retorno ao trabalho para indivíduos portadores de paraplegia traumática. Específicos: Identificar a situação laboral atual dos pacientes e fatores que contribuem para essa condição; Averiguar se o recebimento do auxílio-doença (LOAS) ou

Endereço: SMHS Quadra 501 Conjunto A
Bairro: SMHS **CEP:** 70.335-901
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3319-1494 **Fax:** (61)3319-1261 **E-mail:** comiteeticapesquisa@sarah.br



Continuação do Parecer: 546.595

aposentadoria por invalidez apresentam papel desmotivador no retorno ao trabalho; Verificar se há interferência do grau de escolaridade no retorno ao trabalho

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos adicionais. Benefícios: Os resultados da pesquisa servirão para melhor entendimento sobre o impacto da lesão medular na vida de trabalhadores e possibilitará reflexões sobre estratégias para melhorar a situação, assim como o desenvolvimento de conhecimentos que possibilitem instrumentalizar equipes de reabilitação física e serviços de reabilitação profissional no processo de retorno ao trabalho

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema de relevância social e para a construção do conhecimento na área de reabilitação comunitária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Nenhuma recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: SMHS Quadra 501 Conjunto A

Bairro: SMHS

CEP: 70.335-901

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3319-1494

Fax: (61)3319-1261

E-mail: comiteeticapesquisa@sarah.br



ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS
SOCIAIS-DF/ REDE SARAH



Continuação do Parecer: 546.595

BRASILIA, 05 de Março de 2014

Assinador por:
Mauren Alexandra Sampaio
(Coordenador)

Endereço: SMHS Quadra 501 Conjunto A

Bairro: SMHS

CEP: 70.335-901

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3319-1494

Fax: (61)3319-1261

E-mail: comiteeticapesquisa@sarah.br

XIII.G. Artigo submetido

QUE PESSOAS COM PARAPLEGIA TRAUMÁTICA VOLTAM A TRABALHAR?

WHAT PEOPLE WITH TRAUMATIC PARAPLEGIA RETURN TO WORK?

Magda Constance Nunes dos Santos Calliga³
Lauro Antonio Porto⁴

RESUMO

OBJETIVO: Investigar quais são os fatores que interferem no retorno ao trabalho em indivíduos com paraplegia traumática e caracterizar esse trabalho posterior à lesão.

MÉTODOS: Estudo epidemiológico analítico, observacional, de corte transversal. Participaram da pesquisa pacientes internados no Programa de Lesão Medular do Hospital Sarah de Reabilitação, Salvador. Critérios de inclusão: diagnóstico de lesão medular tipo paraplegia traumática; conclusão do programa de reabilitação há pelo menos um ano; independência para todas as atividades de vida diária na alta do programa de reabilitação; locomoção exclusiva com cadeira de rodas; atividade laboral antes da lesão medular; idade entre 18 e 65 anos; estar internado durante o período de coleta de dados. Critério de exclusão: ser estrangeiro. A análise estatística descritiva das variáveis contínuas foi realizada utilizando-se média e desvio-padrão; as variáveis categóricas foram caracterizadas por proporções.

RESULTADOS: Houve predomínio de homens entre os 42 pacientes entrevistados; a idade média foi de 36 anos. A escolaridade média foi de 9 anos. Retornaram ao trabalho 22 entrevistados, 21 deles inseridos no mercado de trabalho informal; 19 recebiam auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez. A média de tempo para voltar a trabalhar foi de 3 anos. Os principais motivos para voltar a trabalhar foram: necessidade de dinheiro, satisfação pessoal e contato com outras pessoas.

³ Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Universidade Federal da Bahia; enfermeira do Programa de Lesão Medular do Hospital Sarah de Reabilitação, em Salvador. Contato: magdacalliga@hotmail.com

⁴ Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social e do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho. Faculdade de Medicina da Bahia. Universidade Federal da Bahia. Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico. Salvador, Bahia, Brasil. 40026-010.

CONCLUSÕES: O retorno ao trabalho mostra-se, neste estudo, relevante para o adulto com lesão medular, proporcionando-lhe maior rendimento e melhor qualidade de vida. Evidenciamos também a importância de maior grau de escolaridade para o retorno ao trabalho bem sucedido. Observamos, contudo, que os trabalhadores voltaram a trabalhar em atividades informais. O estudo revela, portanto, a necessidade de aprimoramentos no processo de retorno ao trabalho, em particular quanto à qualificação e reabilitação profissional do trabalhador com lesão medular e à adequação do transporte e dos espaços e condições de trabalho.

DESCRIPTORIOS: Retorno ao trabalho; paraplegia; traumatismos da medula espinal; reabilitação.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the factors that affects the return to work in individuals with traumatic paraplegia and to characterize this work after lesion.

METHODS: Analytical, observational, cross-sectional epidemiological study. The participants were patients at the Spinal Cord Injury Program at Sarah Rehabilitation Hospital Salvador. Inclusion criteria: spinal cord injury diagnosis (traumatic paraplegia type); completion of the rehabilitation program for at least one year; independence for all activities of daily living at discharge from the rehabilitation program; exclusive locomotion by wheelchairs; report of work activity before the spinal cord injury; age between 18 and 65 years; being admitted during the data collection period. Exclusion criterion: to be a foreigner. Descriptive statistical analysis of continuous variables was performed using mean and standard deviation; categorical variables were characterized by proportions.

RESULTS: There was a predominance of men among the 42 interviewed; the average age was 36 years; the average schooling length was 9 years; 22 respondents returned to work, 21 of them into the informal labor market; 19 received sickness or disability retirement. The average time to return to work was 3 years. The main reasons for returning to work were: the need for money, personal satisfaction and contact with other people.

CONCLUSIONS: Returning to work is shown, in this study, relevant for adults with spinal cord injury, providing them higher income and better quality of life. We also noted the importance of higher education level for the successful return to work. We notice, however, that the workers returned to work in informal activities. The study thus reveals the need for improvements in the process of returning to work, particularly with regard to qualification and vocational rehabilitation of the worker with spinal cord injury and the adequacy of transport and places and working conditions.

DESCRIPTORS: Return to work; paraplegia; spinal cord injuries; rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A lesão medular traumática, uma das doenças crônicas da modernidade, é uma das condições de maior impacto no desenvolvimento humano e traz consequências que tanto alteram a rotina familiar quanto determinam um novo modo de viver para todos os membros da família.²⁴

As principais denominações conforme o nível de comprometimento são a tetraplegia e a paraplegia. Na tetraplegia há o comprometimento dos segmentos cervicais da medula espinal, havendo alteração da função nas quatro extremidades (membros superiores e inferiores), no tronco e em órgãos pélvicos. A paraplegia refere-se ao comprometimento dos segmentos torácico, lombar ou sacral; o funcionamento dos membros superiores é preservado, mas, dependendo do grau da lesão, o tronco, órgãos pélvicos e membros inferiores podem estar envolvidos.¹³

A Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação é referência no Brasil no atendimento a vítimas de politraumatismos e problemas locomotores. Semestralmente é divulgado em seu portal na Internet o Mapa da Morbidade por causas externas, conjunto de acidentes e violências previsíveis e evitáveis. As internações por causas externas corresponderam a 23% do total das internações hospitalares no primeiro semestre de 2012 e o acidente de trânsito foi a principal causa externa de internação em todas as unidades da Rede. Os pacientes investigados eram, em sua maioria, adultos jovens, do sexo masculino, solteiros, com escolaridade até o ensino fundamental e residentes em área urbana.²⁰

O primeiro momento após a lesão medular é destinado ao autoconhecimento e ao aprendizado de técnicas para desenvolver atividades antes realizadas automaticamente e que agora necessitam de planejamento, como, por exemplo, a higiene corporal. A demanda de tempo para este primeiro momento é bem individual. Só após esta fase, com recuperação da autoestima e reconhecimento da nova imagem corporal e sua funcionalidade, é que o indivíduo vem a desejar retomar sua vida, no sentido de se integrar à sociedade e reassumir o seu papel como trabalhador.

A legislação brasileira tenta acompanhar os avanços no mundo em relação aos direitos dos portadores de deficiência e, nesse sentido, vem apresentando importantes conquistas ao longo dos últimos anos, entre as quais se podem ressaltar: a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência,¹⁹ resolução aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas; a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988,⁴ na seção da Assistência Social; o Decreto nº 3.298/1999,⁵ que consolida as normas de proteção e orienta sobre vagas para os portadores de deficiência, aos quais empresas com cem ou mais empregados deverão destinar de 2 a 5% de seus cargos.

O direito à aposentadoria por invalidez está reservado àqueles que não conseguem desenvolver atividade laboral após a lesão, sendo considerados pela perícia médica da Previdência Social incapacitados para exercer suas atividades ou outro tipo de serviço que lhes garanta o sustento. A aposentadoria deixa de ser paga quando o segurado recupera a capacidade e volta ao trabalho.¹⁸ Aos indivíduos não vinculados à Previdência Social que comprovem renda mensal do grupo familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e que sejam considerados pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) incapacitados para o trabalho está reservado o direito ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS, benefício pago pelo Governo Federal e operacionalizado pelo INSS. O benefício também deixará de ser pago quando houver superação das condições que deram origem a sua concessão. Segundo dados de março de 2012, são 3,6 milhões de beneficiários do BPC em todo o Brasil e, destes, 1,9 milhões são pessoas com deficiência.¹⁷

O trabalho é parte integrante da identidade de um adulto, pois o indivíduo não é reconhecido apenas pelo nome, por onde mora, mas também pelo que “faz”. Além de ser o gerador de renda e aprendizados, também é o gerador de satisfação e realização. O papel social do trabalho é amplamente reconhecido tanto na sociedade quanto na literatura. Para Dejours⁷, quando o

trabalho do sujeito é reconhecido, o sentimento gerado se traduz em alívio, prazer, às vezes leveza d'alma ou até elevação.

É por considerar a grande relevância do trabalho na vida do sujeito que Castel⁶ afirma que quem perde o emprego ou não consegue empregar-se passa por dessocialização progressiva e sofre. Esse processo ataca os alicerces da identidade e leva ao adoecimento mental ou físico.

Ao identificar que a lesão medular acomete predominantemente a população jovem, em idade produtiva, este estudo toma como objetivo investigar quais são os fatores que interferem no retorno ao trabalho em indivíduos com paraplegia traumática e caracterizar esse trabalho. Trata-se de estudo pioneiro no Brasil, pois não foram encontrados artigos, neste país, com os descritores traumatismos da medula espinal e retorno ao trabalho nas bases LILACS e MEDLINE. Os estudos brasileiros sobre retorno ao trabalho geralmente estão relacionados a acidentes de trabalho ou adoecimentos relacionados ao trabalho.

Neste estudo, o termo “retorno ao trabalho” está sendo empregado não como um processo que leva um trabalhador lesionado de volta ao trabalho,²⁶ mas apenas como o resultado desse processo: a situação de trabalho ou não trabalho.

Para considerarmos as especificidades da questão analisada neste estudo, retorno ao trabalho representa aqui a retomada de uma atividade laboral regular para obtenção de renda, formal ou informal, por pelo menos uma hora semanal, não necessariamente na mesma atividade desempenhada antes da lesão medular.

Destacamos três fatores hipoteticamente associados ao retorno ao trabalho em portadores de lesão medular na fase adulta: a preservação da autoestima com ausência de depressão; o nível de escolaridade, com influências positivas na volta ao trabalho; e o recebimento de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, que pode desencorajar o retorno ao trabalho.

MÉTODOS

Trata-se um estudo epidemiológico analítico, observacional, censitário, do tipo corte transversal.

O estudo foi realizado de abril a julho de 2014, com pacientes internados no Programa de Lesão Medular do Hospital Sarah de Reabilitação, unidade Salvador. A população-alvo do estudo foi composta por todos os indivíduos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: possuir o diagnóstico de lesão medular tipo paraplegia traumática; ter concluído o programa de reabilitação dessa instituição há pelo menos um ano; encontrar-se, ao encerrar esse programa, independente para todas as atividades de vida diária, definido pela obtenção de 74 pontos ou mais na escala motora da Medida de Independência Funcional²¹; locomoção com cadeira de rodas; relato de atividade laboral antes da lesão medular; encontrar-se na faixa etária economicamente ativa, ou seja, entre 18 e 65 anos; estar internado no Hospital Sarah Salvador durante o período de coleta de dados desta pesquisa, para viabilizar a aplicação dos instrumentos do estudo. O único critério de exclusão foi ser estrangeiro.

Os participantes foram selecionados pela avaliação do prontuário eletrônico de todos os 272 pacientes que se internaram no período referido. Foram identificados 47 possíveis participantes. Um indivíduo foi excluído por ser da Turquia (devido à barreira da língua e por não ter exercido atividade laboral no Brasil). Houve três perdas, pois foram internações curtas com alta antes do convite a participar da pesquisa. Houve a recusa de um paciente e 42 aceitaram ser estudados.

Os instrumentos utilizados foram:

- questionários de dados sociodemográficos, sobre estilo de vida e sobre trabalho, todos semiestruturados e elaborados pelo pesquisador;
- questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref – questionário validado no Brasil⁸ e para a população pesquisada⁹; o instrumento contém quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente;
- Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) – instrumento validado para a população brasileira;¹¹ possui escala de quatro pontos, crescente, tipo Likert;

é um instrumento não diagnóstico destinado a identificar a presença de sintomas depressivos.²

A entrevista foi realizada durante a internação e os questionários foram aplicados pelo pesquisador para todos os participantes da pesquisa, com exceção do Inventário de Beck, aplicado pelo psicólogo que atua no Programa de Lesão Medular do hospital, por ser instrumento de exclusiva aplicação por psicólogos.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS 21. As variáveis contínuas foram descritas pela média e desvio-padrão; as variáveis categóricas foram caracterizadas por proporções. Em seguida, cada variável foi analisada buscando-se identificar diferenças em sua distribuição de acordo com os níveis do desfecho, retorno ao trabalho.

Cumprindo a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Associação das Pioneiras Sociais – CEP/APS (CAAE 26780414.7.0000.0022). A pesquisa de campo começou somente depois dessa aprovação. Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e metodologias adotadas e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Houve predomínio do sexo masculino, da faixa etária de 30 a 39 anos, com média de 36 anos de idade, da lesão completa (74%), decorridos 6 a 10 anos desde a lesão, com média de 9,6 anos. O programa de reabilitação teve início entre um e dois anos depois da lesão para 43% das pessoas, com média de 18 meses (mínimo de três e máximo de 59 meses). As principais origens da lesão medular foram perfuração por arma de fogo (43%) e acidentes de trânsito (40%).

Os participantes eram provenientes de diversas partes da Bahia e de outros Estados do Nordeste, sem representantes de outras regiões. A maioria residia no interior da Bahia (69%) e apenas 7% em Salvador, porque estes pacientes são acompanhados no ambulatório, sem necessidade de internação.

Metade dos indivíduos era composta por solteiros, separados ou divorciados e metade por casados ou com companheiros, sendo que 48% possuíam filhos, dois, em média (mínimo de um e máximo de quatro). Todas as mulheres eram solteiras ou estavam separadas/divorciadas ao serem entrevistadas, enquanto 64% dos homens encontravam-se casados ou com companheiras.

A escolaridade média foi de 9,2 anos (desvio-padrão de 4,4 anos); 5% completaram o ensino fundamental, 31% o ensino médio e 7% o ensino superior.

O apoio era proporcionado por esposo ou companheiro para 45% e por irmãos para 29%.

Vinte participantes não retornaram ao trabalho e 22 retornaram ao trabalho, cinco deles na mesma atividade anterior à lesão. Antes da lesão medular, 19 participantes desempenhavam atividade regular no mercado de trabalho formal. Destes, todos os 11 trabalhadores que voltaram a trabalhar estavam em atividade informal no retorno. Apenas uma pessoa tinha vínculo laboral formal ao voltar a trabalhar, mas ela era trabalhadora informal antes da lesão. As características demográficas e sociais segundo o retorno ao trabalho estão apresentadas na Tabela 1.

Foram 12 os pacientes que apresentaram lesão medular durante o exercício da atividade ocupacional, sete dos quais tiveram o acidente reconhecido como acidente de trabalho e apenas dois receberam indenização por esta razão. Nenhum dos participantes teve acesso a algum programa de Reabilitação Profissional (Tabela 1).

Não foram observadas diferenças importantes quanto ao retorno ou não ao trabalho nas distribuições por sexo e idade, etiologia da lesão, lesão completa ou incompleta, situação conjugal, filhos e procedência.

Porém, algumas diferenças foram observadas. A proporção de retorno ao trabalho tendeu a ser maior entre os entrevistados com maior grau de escolaridade. Todos os que possuíam ensino superior completo retornaram ao trabalho e o único participante analfabeto não voltou a trabalhar (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e sociais, da lesão espinal e situação atual, segundo o retorno ao trabalho por pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.

Retorno ao trabalho	Não (n= 20)		Sim (n= 22)	
	Frequência	%	Frequência	%
Sexo				
Masculino	16	80	17	77,3
Feminino	4	20	5	22,7
Idade (anos)				
Média / Desvio Padrão	37,2 / 9,2		35,4 / 6,7	
Escolaridade				
0 – analfabeto	1	5	0	0
1 a 8 anos – fundamental incompleto	10	50	6	27,4
9 anos – fundamental completo	0	0	2	9,1
10 a 11 anos – médio incompleto	2	10	1	4,5
12 anos – médio completo	6	30	7	31,8
13 a 15 anos – superior incompleto	1	5	3	13,6
16 anos ou mais – superior	0	0	3	13,6
Média / Desvio Padrão	7,7 / 4,4		10,6 / 4,1	
Tempo de lesão (anos)				
Média / Desvio Padrão	10,1 / 5,8		9 / 5	
Lesão por acidente de trabalho				
Sim	6	30	6	27,3
Não	14	70	16	72,7
Reconhecido como acidente de trabalho				
Sim	5	83,3	2	33,3
Não	1	16,7	4	66,7
Recebeu indenização				
Sim	0	0	2	33,3
Não	6	100	4	66,7
Participou de algum programa de Reabilitação Profissional				
Sim	0	0	0	0
Não	20	100	22	100
Mora sozinho				
Sim	6	30	1	4,5
Não	14	70	21	95,5
Transporte utilizado				
Carro próprio	1	5	2	9,1
Carro próprio adaptado	4	20	11	50
Carro de amigos/familiares	10	50	7	31,8
Táxi	10	50	6	27,3
Transporte público	0	0	0	0
Transporte público adaptado	1	5	2	9,1
Transporte da prefeitura	3	15	1	4,5
Lancha	1	5	0	0
Renda atual				
Igual	4	20	2	9,1
Menor	6	30	9	40,9
Maior	10	50	11	50
Fonte de renda além da aposentadoria				
Nenhuma	15	75	1	4,5
Indenização	1	5	0	0
Trabalho atual	0	0	19	86,4
Aluguel de imóveis	2	10	3	13,6
Bolsa atleta	0	0	1	4,5
Bolsa família	1	5	0	0
Auxílio financeiro de familiares	0	0	1	4,5
Salário como funcionário público	0	0	1	4,5
Cortes Critério Brasil (classes de poder de compra) (1)				
A1 / A2	0	0	1	4,5
B1 / B2	2	10	9	40,9
C1 / C2	14	70	12	54,6
D	3	15	0	0
E	1	5	0	0

Tabela 1. Continuação

Retorno ao trabalho	Não (n= 20)		Sim (n= 22)	
	Frequência	%	Frequência	%
Vínculo na época da lesão medular				
Empregado com carteira assinada	8	40	9	40,9
Militar, polícia militar ou corpo de bombeiros	0	0	1	4,5
Funcionário público	0	0	1	4,5
Autônomo	7	35	8	36,4
Empregado sem carteira de trabalho assinada	5	25	3	13,6

Outro dado relevante é que o carro adaptado, meio de transporte mais utilizado pelos que voltaram a trabalhar, possibilitou a eles maior independência e autonomia (Tabela 1).

A maioria das pessoas entrevistadas revelou que a renda atual é maior do que antes do acidente, porém, o poder de compra dos que voltaram a trabalhar é superior aos demais, com base no Critério Brasil de Classificação Econômica.¹ Somente indivíduos fora do trabalho foram classificados nos níveis de menor poder de compra (Tabela 1).

Nenhum dos participantes do estudo apresentou índices sugestivos de depressão com a aplicação do BDI-II. Observou-se que a qualidade de vida, avaliada pelo WHOQOL-bref, nos domínios físico e psicológico foi discretamente melhor entre os que retornaram a trabalhar, mas a diferença entre as médias dos domínios foi pequena. A capacidade atual para desempenhar atividade laborativa foi maior entre os que voltaram a trabalhar (Tabela 2).

Informações espontâneas obtidas dos participantes revelaram que todos os que não voltaram a trabalhar recebiam auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez. A maioria deles não tentou trabalhar de novo. A maior dificuldade para retornar a trabalhar foi a acessibilidade. Os motivos mais frequentes para não voltar a trabalhar foram: não conseguir desempenhar a atividade anterior, escassez de oportunidades, dificuldade para trabalhar, escolaridade baixa, risco de ficar sem emprego e sem benefício (Tabela 3).

Tabela 2. Características atuais de presença de depressão, qualidade de vida e capacidade para o trabalho, apuradas pela aplicação dos instrumentos da pesquisa, segundo a variável dependente: retorno ao trabalho por pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, abril a julho de 2014.

Retorno ao trabalho	Não (n= 20)		Sim (n= 22)	
	Frequência	%	Frequência	%
BDI (indicador sugestivo da presença de depressão)				
Intensidade mínima	17	85	19	86,4
Intensidade leve	1	5	1	4,5
Intensidade moderada e grave	0	0	0	0
Não avaliados	2	10	2	9,1
Domínios do WHOQOL-bref (indicador de qualidade de vida)				
FÍSICO				
Média	58,7		65,2	
Mínimo	32,1		42,9	
Máximo	82,1		78,6	
PSICOLÓGICO				
Média	66,2		70,1	
Mínimo	45,8		45,8	
Máximo	83,3		87,5	
RELAÇÕES PESSOAIS				
Média	70,8		69,3	
Mínimo	50		33,3	
Máximo	100		100	
MEIO AMBIENTE				
Média	59,2		60,4	
Mínimo	25		18,7	
Máximo	93,7		100	
Capacidade atual para o trabalho (escala de 0 a 10)				
Média	5,3		8,3	
Desvio Padrão	3,2		1,6	
Mínimo	0		5	
Máximo	10		10	

Apenas três dos que trabalhavam não recebiam auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, um funcionário público e dois autônomos. A maioria retornou nos primeiros dois anos após a ocorrência da lesão, denotando curto espaço de tempo para se adaptarem à nova realidade, retomarem a atividade laboral ou passarem a desempenhar outro tipo de atividade. O trabalho atual tinha exigências tanto físicas quanto mentais/intelectuais. Observou-se amplo predomínio de autônomos em relação a outros vínculos. A média de horas trabalhadas foi de cinco horas por dia, a maior parte dos pesquisados trabalhando pelo menos quatro dias por semana (Tabela 4).

As principais redes de apoio referidas no trabalho foram: familiares, colegas de trabalho e transeuntes, neste caso, para os que trabalham em ambientes externos, nas ruas. Entre os motivos para voltar a trabalhar, destacaram-se: necessidade de dinheiro, satisfação pessoal e estabelecer

contato com outras pessoas. As dificuldades mais referidas para voltar a trabalhar foram: acessibilidade, ausência de transporte coletivo e escassez de ônibus adaptado. Os principais facilitadores percebidos para voltar a trabalhar foram: força de vontade, possuir carro adaptado e a ocupação ser na própria residência (Tabela 5).

Tabela 3. Informações sobre os pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, de abril a julho de 2014, que não retornaram ao trabalho (n= 20).

	Frequência	%
Auxílio doença		
Sim	10	50
Não	10	50
Aposentadoria por invalidez		
Sim	10	50
Não	10	50
Tentou voltar a trabalhar		
Sim	3	15
Não	17	85
Dificuldades para voltar a trabalhar		
Acessibilidade	4	
Medo de ficar desempregado	1	
Depender de outra pessoa para tirar e colocar a cadeira de rodas no carro	1	
Desgaste para cumprir 8 horas de trabalho	1	
Por que não está trabalhando?		
Não dá para fazer atividade anterior	8	
Poucas oportunidades	5	
Escolaridade baixa	4	
É difícil	4	
Risco de ficar sem emprego e sem benefício	3	
Medo de lesão de pele	2	
Se dedicando a estudar	2	
Se dedicando a concurso público	2	
Salários baixos	1	
Alterações fisiológicas	1	
Não saber usar computador	1	
Úlcera por pressão recorrente	1	
Dor	1	
Não tem oportunidade de trabalho em sua cidade	1	
Não andar	1	
As empresas não têm estrutura	1	

Quinze participantes afirmaram ter alguma dificuldade de acesso no local de trabalho e dois deles referiram não ter acesso ao banheiro. Igual número revelou ter sido necessário algum ajuste no local de trabalho para permitir sua atividade (Tabela 5).

A maioria referiu estar satisfeita com o trabalho atual. Houve amplo predomínio da expectativa de continuar fazendo o trabalho atual daqui a dois anos (Tabela 5).

Tabela 4. Informações relacionadas ao trabalho atual dos pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, de abril a julho de 2014, que retornaram ao trabalho (n= 22).

	Frequência	%
Auxílio doença		
Sim	8	36,4
Não	14	63,6
Aposentadoria por invalidez		
Sim	11	50
Não	11	50
Tempo para voltar a trabalhar (anos)		
1	7	31,2
2	5	22,7
3	2	9,1
4	2	9,1
5	4	18,2
8	1	4,5
11	1	4,5
Média / Desvio Padrão	3,18 / 2,57	
Exigências do trabalho atual		
Mentais/intelectuais	3	13,6
Físicas	2	9,1
Ambas	17	77,3
Vínculo empregatício atual		
Funcionário público	1	4,5
Autônomo	18	81,8
Empregado sem carteira de trabalho assinada	3	13,6
Carga horária de trabalho diário (horas)		
Média / Desvio Padrão	5 / 2,01	
Mínimo / Máximo	1 / 9	
Quantidade de dias da semana		
1	2	9,1
2	2	9,1
3	1	4,5
4	4	18,2
5	8	36,4
6	3	13,6
7	2	9,1
Acesso aos cômodos que necessita no trabalho		
Sim	7	31,8
Não	15	68,2
Acesso ao banheiro	2	
Sem acesso ao banheiro	2	
Na rua	4	
No domicílio	6	
Casas onde realiza serviços	1	

Tabela 5. Informações relacionadas à volta ao trabalho atual, facilitadores e satisfação com o trabalho dos pacientes com paraplegia traumática acompanhados no Hospital Sarah, Salvador, Bahia, de abril a julho de 2014, que retornaram ao trabalho (n= 22).

	Frequência	%
Rede de apoio no trabalho		
Ninguém	2	9,1
Colega	7	31,8
Chefe	1	4,5
Familiar	10	45,4
Aluno	2	9,1
Segurança	2	9,1
Transeunte	3	13,6
Funcionários	1	4,5
Motivo para voltar a trabalhar		
Estabelecer contato com outras pessoas	11	50
Satisfação pessoal	15	68,2
Necessidade de dinheiro	17	77,3
Perceber capacidades e superar limites	1	4,5
Não ficar parado	2	9,1

Tabela 5. Continuação

	Frequência	%
Principais dificuldades levantadas para retornar ou manter o trabalho		
Acessibilidade	15	68,2
Não ter transporte coletivo	10	45,5
Pouco ônibus adaptado	4	18,2
Sensação de que ninguém acredita em você	3	13,6
Impossibilidade de manter atividade anterior	3	13,6
Escolaridade baixa	3	13,6
Principais facilitadores para retomar ou manter o trabalho		
Força de vontade	10	45,5
Possuir carro adaptado	9	40,9
Ocupação na própria residência	5	22,7
Ter participado do programa de reabilitação	3	13,6
Voltar a estudar	3	13,6
Não se intimidar	3	13,6
Principais intervenções no local de trabalho		
Rampas	8	36,4
Ajuste na carga horária	7	31,8
Adaptação no banheiro	3	13,6
Aumentar largura das portas	3	13,6
Satisfação com o trabalho		
Muito insatisfeito	1	4,5
Insatisfeito	0	0
Nem satisfeito, nem insatisfeito	6	27,3
Satisfeito	9	40,9
Muito satisfeito	6	27,3
Expectativa de continuar fazendo o trabalho atual em 2 anos		
É improvável		
Não está muito certo	0	0
Bastante provável	2	9,1
	20	90,9

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo são comparáveis aos de outros estudos em que a lesão medular predomina no sexo masculino, entre 25 e 35 anos de idade e sendo decorrente de acidente de trânsito.^{14,15,16}

As principais causas da lesão medular traumática (lesão por arma de fogo e acidentes de trânsito) refletem a situação de violência vivenciada no Brasil de hoje. Em países europeus e nos Estados Unidos as principais causas são os acidentes de trânsito, as quedas e os acidentes nos esportes; as lesões por arma de fogo, arma branca ou agressão são referidas raramente.^{10,15,16}

O retorno ao trabalho para os portadores de lesão medular é de grande interesse, considerando-se que a população atingida é composta majoritariamente por adultos jovens do sexo masculino, provavelmente provedores do sustento de suas famílias e no auge da vida profissional.

A proporção observada de retorno ao trabalho superou grandemente a que era esperada em função das hipóteses consideradas.

Nenhum dos participantes tinha diagnóstico de depressão nem apresentou sinais que sugerissem depressão na avaliação do BDI-II. Portanto, a depressão não constituiu motivo para o grupo analisado não retornar ao trabalho.

Os resultados foram consistentes com a hipótese de que a escolaridade interfere no retorno ao trabalho, pois o nível de escolaridade dos entrevistados que estavam trabalhando era melhor do que o daqueles que não estavam trabalhando. Observa-se, então, concordância com a maioria dos estudos revisados, que refere a alta escolaridade como principal preditora de retorno ao trabalho formal após a lesão medular.^{10,22} Estes estudos destacam a importância da escolaridade não somente para o retorno ao trabalho, mas também para melhorar a remuneração. Um grande obstáculo para os lesionados que desejam melhorar sua escolaridade é a limitação imposta pelas barreiras arquitetônicas.³ Como complemento, Franceschini et al.¹⁰ ressaltam a importância dos programas de reabilitação no treino de habilidades para dirigir e usar transportes públicos, permitindo maior mobilidade.

Por último, o recebimento de aposentadoria ou auxílio-doença não restringiu o retorno ao trabalho porque o retorno observado foi predominantemente a atividades laborais informais, com controle da carga horária e da quantidade de dias trabalhados, ficando o trabalho como uma complementação da renda já garantida pela aposentadoria por invalidez ou pelo auxílio-doença.

O retorno ao trabalho foi considerado neste estudo como atividade regular para obtenção de renda. De modo geral os estudos também utilizam como critério a atividade com renda e não apenas a atividade formal. Apesar da expectativa inicial de que o retorno ao trabalho tivesse uma baixa incidência em nosso estudo, o resultado encontrado de 52% foi similar ou até maior que em países de primeiro mundo, como por exemplo: 67% na Holanda,²² 46% na Austrália,²⁵ 47% na Suécia,²³ 35% na Noruega,¹⁵ 39% nos Estados Unidos,¹⁴

64% na Suíça,¹⁶ e 35% na Itália.¹⁰ Porém, se considerarmos o retorno à atividade laboral regular no mercado formal de trabalho, a taxa de retorno foi inexpressiva.

Alguns autores refletem a dificuldade para comparar taxas de retorno entre países diferentes, tendo em vista diferenças no suporte social e nos sistemas de seguro, assim como diferentes políticas sociais e de mercado de trabalho.^{16, 27}

É importante salientar que a taxa de retorno observada nesta pesquisa é baixa quando comparada com a taxa de emprego estimada em pesquisa mensal realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 77% para a população geral no Brasil e de 73% na região metropolitana de Salvador, em novembro de 2014.¹²

A comparação da renda atual com aquela da época da lesão medular foi feita incluindo-se benefícios sociais como renda. Assim, o relato da maioria de que sua renda é superior após a lesão medular deve ser entendida como elevação dos recebimentos (renda do trabalho e benefícios sociais) em comparação com o período anterior à lesão, em que só havia renda do trabalho. Muitos desempregados, além da aposentadoria por invalidez ou auxílio-doença, também recebem um acréscimo de 25% por necessidade de auxílio de terceiros. Se o trabalho for informal, o trabalhador assume o rendimento do trabalho como complemento dos benefícios sociais, acumulando esses dois recebimentos.

Considerando-se a grande relevância que o trabalho possui na vida do indivíduo, tanto na realização pessoal quanto no seu papel social, os serviços de reabilitação e a Previdência Social necessitam se estruturar para dar o suporte necessário a esses cidadãos para, caso desejem, serem amparados, orientados e estimulados no retorno à atividade laboral. Apesar de a legislação brasileira acompanhar os decretos e legislações internacionais no intuito de incentivar e propiciar condições para o retorno ao trabalho, isto não se traduz na realidade vivenciada pelos participantes da pesquisa. Muitos revelaram dificuldades na acessibilidade, um dos principais entraves para a vivência em

ambiente comunitário. Nenhum deles passou por programa de reabilitação profissional, não sendo observado o papel atuante da Previdência Social neste sentido.

A opção por realizar o estudo apenas com portadores de paraplegia e que se encontravam totalmente independentes havia pelo menos um ano foi com o intuito de avaliar a situação no Brasil para os que apresentam o melhor potencial de convivência em ambiente comunitário. Nos países de primeiro mundo as questões relacionadas à acessibilidade, renda e escolaridade encontram-se em um patamar bastante superior, chegando ao ponto de algumas publicações referirem que não há diferença nas taxas de retorno ao trabalho entre paraplégicos e tetraplégicos.^{17,27} Franceschini et al.¹⁰ correlacionam o maior grau de escolaridade com maior chance de se empregar, inclusive com respaldo de pesquisas que referem que, nestes casos, as limitações físicas interferem pouco, pois são utilizadas as capacidades intelectuais.

Este trabalho apresentou algumas limitações. O número de entrevistados foi pequeno e não foi realizada amostragem aleatória, impossibilitando inferências estatísticas e generalização dos resultados. As entrevistas restringiram-se a pacientes hospitalizados, majoritariamente provenientes de cidades de pequeno porte, com menores oportunidades de emprego e maiores dificuldades relacionadas à acessibilidade. Teria sido interessante contar com mais participantes da capital onde se encontra instalado o hospital para se obter maior abrangência da análise e poder comparar essas distintas situações. Portanto, são necessários estudos generalizáveis, englobando diversidade populacional e regional e ainda com maior capacidade de análise de acessibilidade.

Em conclusão, o retorno ao trabalho mostra-se, neste estudo, relevante para o adulto com lesão medular, na medida em que evidenciamos melhor qualidade de vida, maiores recebimentos e maior poder de compra entre os lesionados que estavam trabalhando, em relação aos que não voltaram a trabalhar. Evidenciamos também a importância de maior grau de escolaridade

para o retorno ao trabalho bem sucedido. Observamos uma taxa de retorno ao trabalho relativamente alta, porém em atividades informais, sem regulamentação e garantias e com baixa remuneração. O estudo revela, portanto, a necessidade de aprimoramentos no processo de retorno ao trabalho, em particular quanto à qualificação do trabalhador com lesão medular e à adequação do transporte e dos espaços e condições de trabalho para que o trabalhador possa efetivamente voltar a trabalhar e sustentar suas atividades com qualidade.

XIII.G.8. REFERÊNCIAS


1. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério Brasil - 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em: 17 de maio de 2014.
2. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II). Adaptação Brasileira: Gorenstein C, Pang WY, Argimon IL, Werlang BSG. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011. 156p.
3. Bergmark L, Westgren N, Asaba E. Returning to work after spinal cord injury: exploring young adults' early expectations and experience. *Disabil Rehabil.* 2011;33:2553-8. DOI: 10.3109/09638288.2011.579224
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 de julho de 2013.
5. _____. Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Acessibilidade, Brasília, 2008, p. 56-78. Disponível em: <<http://www.pestalozzi.org.br/banco%20de%20imagem/Acessibilidade.pdf>>. Acesso em: 23 de março de 2014.
6. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 11. ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2013.
7. Dejours C. A banalização da injustiça social. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2007.




8. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
9. França ISX, Coura AS, França EG, Basílio NNV, Souto RQ. Qualidade de vida de adultos com lesão medular: um estudo com WHOQOL-BREF. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1364-71.
10. Franceschini M, Pagliacci MC, Russo T, Felzani G, Aito S, Marini C. Occurrence and predictors of employment after traumatic spinal cord injury: the GISEM study. *Spinal Cord*. 2012;50:238-42. DOI: 10.1038/sc.2011.131
11. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012 Dez;34(4):389-94. DOI: 10.1016/j.rbp.2012.03.005
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa mensal de emprego. Avaliação de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/me_nova/defaulttab2.shtm>. Acesso em: 11 de janeiro de 2015.
13. Kirshblum SC, Burns SP, Biering-Sorensen F, Donovan W, Graves DE, Jha A, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). *J Spinal Cord Med*. 2011; 34(6). DOI: 10.1179/204577211X13207446293695
14. Krause JS, Reed KS. Barriers and facilitators to employment after spinal cord injury: underlying dimensions and their relationship to labor force participation. *Spinal Cord*. 2011;49:285-91. DOI:10.1038/sc.2010.110
15. Lidal IB, Hjeltnes N, Røislien J, Stanghelle JK, Biering-Sørensen F. Employment of persons with spinal cord lesions injured more than 20 years ago. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(26):2174-84. DOI: 10.3109/09638280902946952
16. Marti A, Reinhardt JD, Grafi S, Escorpizol R, Post MWM. To work or not to work: labour market participation of people with spinal cord injury living in Switzerland. *Spinal Cord*. 2012;50:521-6. DOI: 10.1038/sc.2011.181
17. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Benefício de Prestação Continuada, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acesso em: 20 de março de 2014.

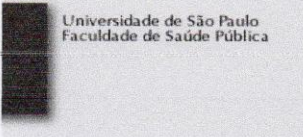
18. Ministério da Previdência Social (MPS). Reabilitação profissional. Aposentadoria por invalidez, [s.d.]. Disponível em: <<http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/381>>. Acesso em: 30 de junho de 2013.
19. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Declaração dos direitos das pessoas portadoras de deficiência - Resolução aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 9 de dezembro de 1975. Disponível em: <http://www3.mte.gov.br/fisca_trab/inclusao/legislacao_2_4.asp>. Acesso em: 28 de junho de 2013.
20. Rede Sarah. Mapa da Morbidade por Causas Externas. Disponível em: <<http://www.sarah.br/Cvisual/Sarah/AAPrevencao/PDF201211/01%20Geral%20Causas%20Externas.pdf>>. Acesso em: 21 de agosto de 2012.
21. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 2001;8(1):45-52.
22. Schönherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Eisma WH, Schoppen T. Vocational reintegration following spinal cord injury: expectations, participation and interventions. *Spinal Cord*. 2004;42:177-84. DOI:10.1038/sj.sc.3101581
23. Valtonen K, Karlsson A, Alaranta H, Viikari-Juntura E. Work participation among persons with traumatic spinal cord injury and meningomyelocele. *J Rehabil Med*. 2006;38:192-200. DOI: 10.1080/16501970500522739
24. Venturini DA, Decésaro MN, Marcon SS. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):589-96.
25. Young AE, Strasser R, Murphy GC. Agricultural workers' return to work following spinal cord injury: a comparison with other industry workers. *Disabil Rehabil*. 2004;26(17):1013-22. DOI: 10.1080/09638280410001702432
26. _____, Roessler RT, Wasiak R, McPherson KM, van Poppel MNM, Anema JR. A Developmental Conceptualization of Return to Work. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):557-68. DOI: 10.1007/s10926-005-8034-z

XIII.H. Comprovante de submissão do artigo

06/08/2015 RSP - Revista de Saúde Pública da USP



-   
- Informações Gerais
- Edição Atual
- Busca
- Instruções aos Autores
- Corpo Editorial
- Assinatura
- Sites Correlatos
- Fale Conosco
- Submissão de Artigos
- Sair



Envio de Artigos

Confirmação de envio de novos artigos.

Artigo submetido com sucesso.

Em breve você receberá a confirmação com o número do protocolo.
Agradecemos sua colaboração e sua escolha pela Revista de Saúde Pública.

Logout :: voltar ::

© Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
 MZO Powered by - Periódico Online - MZO Interativa Designed by CABOVERDE



-   
- Informações Gerais
- Edição Atual
- Busca
- Instruções aos Autores
- Corpo Editorial
- Assinatura
- Sites Correlatos
- Fale Conosco
- Submissão de Artigos
- Sair

Consulta Artigos Enviados

Utilize esta tela para consultar os artigos enviados.

Em Avaliação:	Status
6600 - QUE PESSOAS COM PARAPLEGIA TRAUMÁTICA VOLTA...	  Aguardando protocolo

Logout :: voltar ::

© Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
 MZO Powered by - Periódico Online - MZO Interativa Designed by CABOVERDE

XIV. ANEXO

XIV.1. WHOQOL-bref - Questionário de qualidade de vida

Instruções de como preencher o questionário

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	(4)	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

A) Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

B) As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

C) As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

D) As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde você mora?	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

E) As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

XIV.2. Normas da Revista de Saúde Pública

Informações Gerais

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver **Estrutura do Texto**). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o **checklist** correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

Categorias de artigos

Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

· **CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados

· **STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica

· **MOOSE** checklist e fluxograma para meta-análise

· **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas

· **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia

· **RATS** checklist para estudos qualitativos

Informações complementares:

· Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

· As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

· As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento

que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Identificação do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "**Descritores em Ciências da Saúde**" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical Subject Headings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

Número de figuras e tabelas

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como *figura* ou *tabela*, e numerados seqüencialmente a partir de um, e não como *quadros*, *gráficos*, etc.

Co-autores

Identificar os co-autores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa

Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia

Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

Quando baseado em tese ou dissertação, indicar o nome do autor, título, ano, nome do programa de pós-graduação e instituição onde foi apresentada

Preparo dos manuscritos

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al". Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet]. 2005;21(1):256-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec; 1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas ("Citing Medicine") da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto: A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,⁹ que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

Tabelas

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.