

Retorno à Atividade Profissional Após Lesão Medular Estaremos a “Investir no Retrocesso”?

Returning to Work After Spinal Cord Injury Are we "Investing in Regression"?

José Luís Mesquita⁽¹⁾ | Anabela Ferreira⁽²⁾ | Filipa Faria⁽³⁾

Resumo

Introdução: O retorno à atividade profissional após a ocorrência de lesão medular apresenta benefícios de saúde bem documentados. Apesar de tudo, a taxa de empregabilidade tem vindo a reduzir progressivamente ao longo das últimas décadas.

O nosso objetivo foi identificar o impacto da gravidade da lesão, da independência funcional, do nível de escolaridade e do tempo de evolução da lesão na reintegração profissional dos doentes com lesão medular.

Métodos: Foi conduzida uma entrevista telefónica a uma população de doentes com diagnóstico de lesão medular internados em centro de reabilitação durante o ano de 2015. Cinquenta um doentes aceitaram participar, correspondendo a indivíduos com idades entre os 15 e os 66 anos, com lesões ocorridas entre 1976 e 2015 e profissionalmente ativos previamente à lesão. Foram questionados acerca do nível de escolaridade, emprego desempenhado à data da entrevista, necessidade de mudança de empregador ou readaptação do posto de trabalho e período de tempo até ao retorno profissional. Foi recolhida informação clínica dos relatórios de alta sobre a etiologia da lesão, classificação (*American Spinal Injury Association Impairment Scale*) e Medida de Independência Funcional.

Resultados: Cerca de metade dos doentes (n=26; 51%) voltou a trabalhar após a lesão. Verificou-se que os indivíduos que retomam a atividade profissional apresentam um nível de escolaridade superior ($p=0,02$). Manter o mesmo empregador também é um fator facilitador, permitindo um retorno mais célere ($p=0,002$). Por outro lado, os indivíduos que não regressam ao trabalho não apresentam lesões

neurologicamente mais graves ($p=0,21$) nem níveis inferiores de independência funcional ($p=0,13$), relativamente aos que se mantêm profissionalmente ativos. Também quem vive com a lesão há mais tempo não apresenta maiores índices de retorno à atividade profissional ($p=0,36$).

Conclusão: Apesar do desenvolvimento progressivo dos cuidados multidisciplinares prestados na reabilitação do doente com lesão medular, o retorno à atividade profissional é um processo complexo e mal definido. O seu sucesso não parece ser inequivocamente determinado pelo impacto da disfunção motora, sensitiva, autonómica e psicossocial. Assim, criam-se expectativas na reabilitação vocacional individualizada e potenciada pela implementação de medidas que facilitem a reintegração no mercado de trabalho.

Palavras-chave: Emprego; Lesões Medulares; Reabilitação Profissional.

Abstract

Introduction: A successful return to work following spinal cord injury has well documented physical and psychological health benefits. Nevertheless, the percentage of people returning to work actually decreased over the years.

This study aims to identify the impact of injury severity, functional impairment, time since injury onset, level of education and the need to readapt the job on returning to work following SCI.

Methods: A telephone interview was conducted with individuals with spinal cord injury admitted to a rehabilitation center during 2015. Fifty one patients agreed to participate, corresponding to individuals aged between 15 and 66 years,

(1) Serviço de Medicina Física e de Reabilitação - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

(2) Serviço de Reabilitação de Adultos 1 - Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Alcoitão, Portugal.

© Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e Revista SPMFR 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and Journal SPMFR 2023. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Autor correspondente: José Luís Mesquita Correio. URL: <https://orcid.org/0000-0002-6158-8245>. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Av. Prof. Egas Moniz MB, 1649-028 Lisboa.

Data de submissão: novembro 2022

Data de aceitação: junho 2023

Data de publicação: novembro 2023

with injuries that occurred between 1976 and 2015 who were professionally active prior to injury. Each participant was asked about their level of education, current employment, need of changing employer or entering vocational rehabilitation and period of time until returning to work. Information was collected from discharge summaries on injury etiology, American Spinal Injury Association Impairment Scale and Functional Independence Measure.

Results: About half of the patients ($n=26$; 51%) returned to work after injury. It was found that individuals who return to work have a higher level of education ($p=0.02$). Keeping the same employer is also a facilitating factor, allowing a quicker return ($p=0.002$). On the other hand, individuals who do not return to work do not have more severe neurological injuries ($p=0.21$) or lower levels of functional independence ($p=0.13$) than those who remain professionally active. Also, those who have lived with the injury longer do not have higher rates of return to work ($p=0.36$).

Conclusion: Despite the progressive development of multidisciplinary care in the rehabilitation of spinal cord injury patients, return to work is a complex and undefined process. Its success does not seem to be fully determined by the impact of motor, sensory, autonomic and psychosocial dysfunction. Thus, expectations are created in individualized vocational rehabilitation, which must be enhanced by measures to facilitate reentering labor market.

Keywords: Employment; Return to Work; Spinal Cord Injuries.

Introdução

A lesão medular (LM) é um evento catastrófico que provoca alterações da função motora, sensitiva e autonômica com repercussão devastadora em todos os domínios da vida do indivíduo. Um dos principais indicadores do sucesso da reabilitação da LM é o retorno à atividade profissional.^{1,2} O desempenho de uma atividade profissional remunerada, após LM, tem sido positivamente associado a uma melhoria da qualidade de vida.³⁻⁵ Em 1964, Ludwig Guttmann referiu que “*não é pelo dinheiro, é pela percepção de que o trabalho é importante para o bem-estar; os meus doentes mais saudáveis são aqueles que trabalham a tempo inteiro durante muitos anos*”.⁶

O desenvolvimento tecnológico permite uma maior versatilidade no desempenho das profissões e promove a formação através de estágios de emprego destinados a pessoas com incapacidade. Na perspectiva do empregador, existem incentivos financeiros e benefícios fiscais às empresas que pretendam adaptar postos de trabalho, eliminar barreiras arquitetônicas e contratar pessoas com deficiência.⁷ Contudo, a taxa de empregabilidade dos doentes com LM tem vindo a diminuir progressivamente ao longo dos anos. Da análise de duas populações distintas em 1954, Guttmann e Donald Munroe reportaram que

aproximadamente 69% dos doentes estariam profissionalmente ativos após reabilitação.^{8,9} Já os estudos mais recentes apontam para taxas de empregabilidade atuais entre 35%-40%, com o retorno à atividade profissional a ocorrer em média 5 anos após a instalação da lesão.^{1,10-15}

O retorno à atividade profissional é mais prevalente em pessoas jovens e com maior nível de escolaridade.¹⁶ Do mesmo modo, existe uma considerável redução no tempo médio para retomar uma vida profissionalmente ativa naqueles que mantêm a mesma entidade empregadora, exercendo a mesma ou outra função.¹⁷ Por outro lado, o impacto da gravidade da LM e do nível de independência funcional no retorno à atividade profissional não está corretamente definido na literatura.

Existem inúmeros fatores que têm vindo a ser identificados como obstáculos ao retorno à atividade profissional, como a disfunção vesical e intestinal, a limitação da mobilidade, a incapacidade para a condução, a fadiga e as intercorrências infecciosas com necessidade de internamento.² O meio psicossocial também constitui uma importante contrariedade, por potenciar a “discriminação social” por parte do empregador ou dos colegas de trabalho.¹⁸ O acesso ao subsídio de incapacidade pode, também, ser um fator controverso e constituir um desincentivo ao desempenho de atividade profissional, na medida em que o regresso ao trabalho poderá significar a perda desse benefício.^{19,20}

A complexidade dos fatores psicossociais e ambientais que constituem barreiras à empregabilidade faz com que não existam estudos de elevada qualidade, que estabeleçam estratégias específicas de intervenção vocacional, que visem a reintegração na comunidade da população com incapacidade.²¹ Em resposta à progressiva redução dos níveis de emprego nesta população, emergem programas específicos de reabilitação vocacional. Anteriormente estabelecia-se a necessidade de um período de tempo indeterminado que permitisse ao doente reorientar a trajetória da sua carreira profissional.²² Mais recentemente surgiram estudos centrados em programas de reabilitação vocacional dirigidos a populações selecionadas que produziram taxas de empregabilidade de 35% às 3 semanas após alta.^{23,24}

Este estudo pretende fazer a caracterização sociodemográfica de uma população de indivíduos com LM e identificar a prevalência do retorno à atividade profissional, estabelecendo a sua relação com:

- o nível de escolaridade;
- o tempo de evolução da lesão;
- a gravidade da lesão: *American Spinal Injury Association Impairment Scale* (AIS);
- o nível de independência funcional: Medida de Independência Funcional (MIF).

Pretende-se também identificar os principais fatores limitantes a um retorno bem-sucedido.

Material e Métodos

Estudo observacional retrospectivo.

Amostra de indivíduos com o diagnóstico de LM, internados no Serviço de Reabilitação de Adultos – 1 do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, durante o ano de 2015.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Indivíduos profissionalmente ativos ou estudantes no ano prévio ao diagnóstico de LM;
- Idade diagnóstico de LM compreendida entre 15-66 anos, correspondentes à idade mínima de admissão para frequência de curso profissionalizante e à idade da reforma.

De uma população de 71 indivíduos, foram selecionados 62 que cumpriram os critérios de inclusão. Destes, 51 aceitaram responder ao questionário.

O questionário foi conduzido, por via telefónica, durante os meses de setembro a dezembro de 2021.

Numa primeira fase, os doentes foram divididos em 3 categorias:

- Retorno com sucesso: continuação da atividade profissional;
- Retorno com sucesso: readaptação da atividade profissional;
- Retorno sem sucesso: absentismo laboral.

O questionário realizado foi dividido em três partes, designadamente:

- 1) Dados sociodemográficos: género, idade, nível de escolaridade, profissão prévia, idade à data da instalação da lesão, etiologia, classificação AIS e MIF à data da alta;
- 2) Dados relativos à situação profissional: profissão atual, manutenção/alteração de empregador, tempo (meses) para retorno à atividade profissional;
- 2) Fatores limitantes ao retorno/desempenho de atividade profissional.

Os dados sociodemográficos da amostra estão presentes na Tabela 1.

A análise estatística foi realizada com recurso ao SPSS 17.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

Os testes estatísticos utilizados incluíram o teste do qui-quadrado para correlacionar o retorno à atividade profissional com os níveis de escolaridade e de gravidade da LM (classificação AIS), o teste de Mann-Whitney para correlacionar o retorno à atividade profissional com o tempo de evolução da LM e com o score da escala MIF à data de alta e o teste t de Student para correlacionar o tempo médio para retorno à atividade profissional entre os indivíduos do grupo A e do grupo B. Os testes de Shapiro-Wilk e de Levene foram utilizados para verificar a normalidade e a homogeneidade das distribuições, respetivamente.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos da amostra.

Género	
masculino	35 (68,6%)
feminino	16 (31,4%)
Idade	
média (d.p.)	48,96 (11,8)
intervalo	24-73
Grupos (anos)	
18-30	4 (7,8%)
31-45	13 (25,5%)
46-73	34 (66,7%)
Idade à data da LM	
média (d.p.)	38,84 (13,0)
intervalo	15-63
Grupos (anos)	
<18	2 (3,9%)
18-30	13 (25,5%)
31-45	21 (41,2%)
46-66	15 (29,4%)
Nível de escolaridade	
1º Ciclo do Ensino Básico	8 (15,7%)
2º Ciclo do Ensino Básico	5 (9,8%)
3º Ciclo do Ensino Básico	17 (33,3%)
Ensino Secundário	12 (23,5%)
Ensino Superior	9 (17,6%)
Etiologia	
Traumatismo: queda	18 (35,3%)
Traumatismo: acidente de viação	13 (25,5%)
Traumatismo: outro	5 (9,8%)
Infeção	7 (13,7%)
Neoplasia	1 (2,0%)
Outra	7 (13,7%)

Gravidade da LM	
C1-4 AIS A-C	3 (5,9%)
C5-8 AIS A-C	5 (9,8%)
T1-S5 AIS A-C	21 (41,2%)
AIS D	22 (43,1%)
MIF à data de alta	
média (d.p.)	104,63 (15,54)
intervalo	50-122

Resultados

Os participantes corresponderam predominantemente ao gênero masculino (68,6%), com idade média, à data do estudo, de 48,9 anos e idade média de ocorrência da LM de 38,8 anos. Cerca de um terço concluiu o ensino básico, 15,7% não estudou para além do 4º ano de escolaridade e praticamente a mesma proporção, cerca de 17,6%, concluiu uma licenciatura do ensino superior. A maioria das lesões foram de etiologia traumática (70,6%), com maior prevalência das lesões por queda (35,3%), face aos acidentes de viação (25,5%). Trataram-se de lesões completas 31,4%, e 45,1% resultaram em quadros de paraplegia.

Dos 51 participantes, 26 (51%) retomaram a atividade profissional com sucesso, sendo que 10 (19,6%) mantiveram a atividade profissional e 16 (31,4%) readaptaram a atividade desempenhada previamente. Vinte cinco (49%) participantes não retomaram qualquer atividade profissional após lesão (Tabela 2).

Quanto ao nível de escolaridade, o teste do qui-quadrado mostrou diferenças estatisticamente significativas no retorno à atividade profissional entre diferentes níveis de ensino, $\chi^2(2) = 7,74, p = 0,021, p < 0,05$ (Tabela 3).

Por outro lado, o teste de Mann-Whitney não revelou diferença estatisticamente significativa do tempo de evolução da LM entre os participantes que retornaram à atividade profissional (grupos A e B) e os que não o fizeram (grupo C), $p = 0,367 > 0,05$ (Tabela 4, Fig. 1). A ausência de normalidade da distribuição do tempo de evolução para os referidos grupos foi confirmada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Quanto à gravidade da lesão, o teste do qui-quadrado não revelou diferença estatística no retorno à atividade profissional, dos diferentes grupos de gravidade, pela classificação AIS (para efeitos estatísticos, foi considerada uma amostra com LM AIS A-C e outra amostra com LM AIS D), $\chi^2(1) = 1,57, p = 0,21, p > 0,05$ (Tabela 5). Também quanto à variável de independência funcional, o teste de Mann-Whitney não mostrou diferenças estatisticamente

significativas dos scores de MIF, à data da alta, entre a amostra profissionalmente ativa e a correspondente ao absentismo laboral, $p = 0,138 > 0,05$ (Tabela 6, Fig. 2).

O teste t de *Student* mostrou evidência estatística para afirmar que o tempo médio em meses para retorno à atividade profissional é diferente entre os indivíduos que mantêm a mesma atividade profissional (grupo A) e os que têm necessidade de a readaptar (grupo B), $p = 0,002 < 0,05$ (Tabela 7, Fig. 3). A normalidade e a homogeneidade das variâncias foram verificadas através do teste de Shapiro-Wilk e teste de Levene, respetivamente.

Quanto aos fatores limitantes ao desempenho de atividade profissional após LM, destacam-se, como fatores de maior impacto, as queixas de dor crónica, limitação da mobilidade e bexiga neurogénica (Fig. 4). Como segundo e terceiro fatores de maior relevo, mantém-se a prevalência da dor crónica e a limitação da mobilidade, seguidos da fadiga e espasticidade, sendo que a identificação de barreiras arquitetónicas no local de trabalho, a falta de motivação e a discriminação por parte da entidade empregadora assumem também um importante papel como fatores limitantes (Figs. 5 e 6).

Tabela 2 - Distribuição da amostra por grupo.

Grupo	n (%)
A	10 (19,6%)
B	16 (31,4%)
C	2 (49,0%)

A. Retorno com sucesso: continuação da atividade profissional
B. Retorno com sucesso: readaptação da atividade profissional
C. Retorno sem sucesso: absentismo laboral

Tabela 3 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade.

	Grupo		
	A	B	Total
Ensino básico	2	11	30
Ensino secundário ou Ensino superior	8	5	21
Total	10	16	51

A. Retorno com sucesso: continuação da atividade profissional
B. Retorno com sucesso: readaptação da atividade profissional
C. Retorno sem sucesso: absentismo laboral

Tabela 4 - Variação do tempo (anos) de evolução da LM.

Grupos A + B		Grupo C	
média (d.p.)	11,54 (9,32)	média (d.p.)	8,64 (4,26)
intervalo	5-45	intervalo	5-23

A. Retorno com sucesso: continuação da atividade profissional
B. Retorno com sucesso: readaptação da atividade profissional
C. Retorno sem sucesso: absentismo laboral

Tabela 5 - Distribuição da amostra por gravidade da lesão.

	Grupo			
	A	B	C	Total
C1-4 AIS A-C	0	2	1	3
C5-8 AIS A-C	1	1	3	5
T1-S5 AIS A-C	5	8	8	21
AIS D	4	5	13	22
Total	10	16	25	51

A. Retorno com sucesso: continuação da atividade profissional; B. Retorno com sucesso: readaptação da atividade profissional; C. Retorno sem sucesso: absentismo laboral

Tabela 6 - Variação da MIF à data de alta.

Grupos A + B	Grupo C
média (d.p.) 108,54 (10,12)	média (d.p.) 100,56 (19,04)
intervalo. 80-122	intervalo 50-122

A. Retorno com sucesso: continuação da atividade profissional
B. Retorno com sucesso: readaptação da atividade profissional
C. Retorno sem sucesso: absentismo laboral

Tabela 7 - Variação do tempo (meses) para retorno à atividade profissional.

Grupos A	Grupo B
média (d.p.) 9,60 (8,33)	média (d.p.) 25,38 (13,16)
intervalo 1-26	intervalo 2-48

A. Retorno com sucesso: continuação da atividade profissional
B. Retorno com sucesso: readaptação da atividade profissional

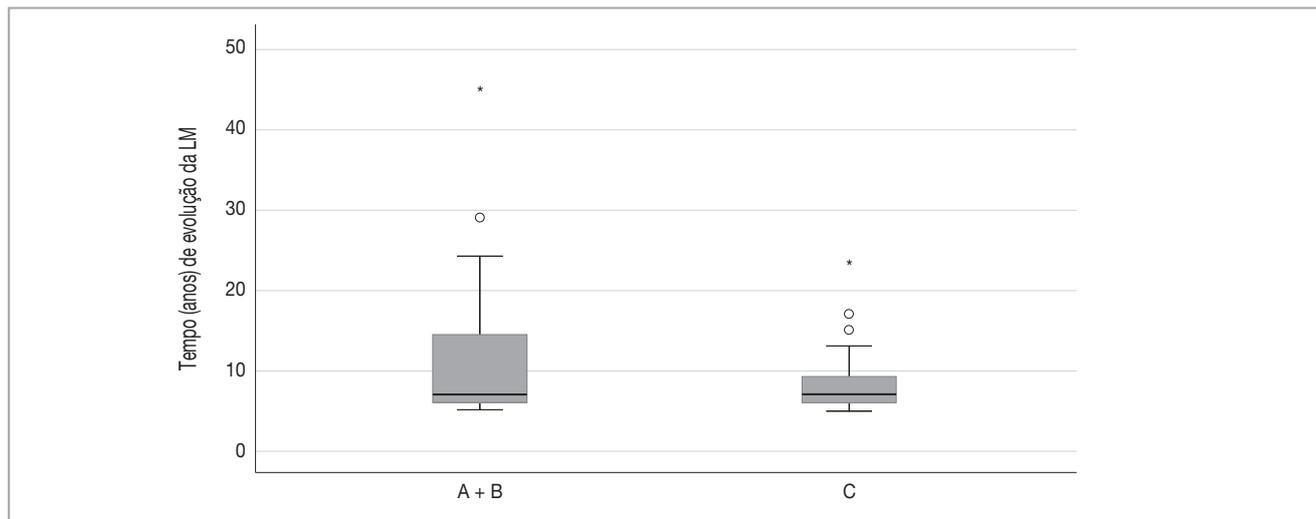


Figura 1 - Distribuição do tempo de evolução da LM por grupo.

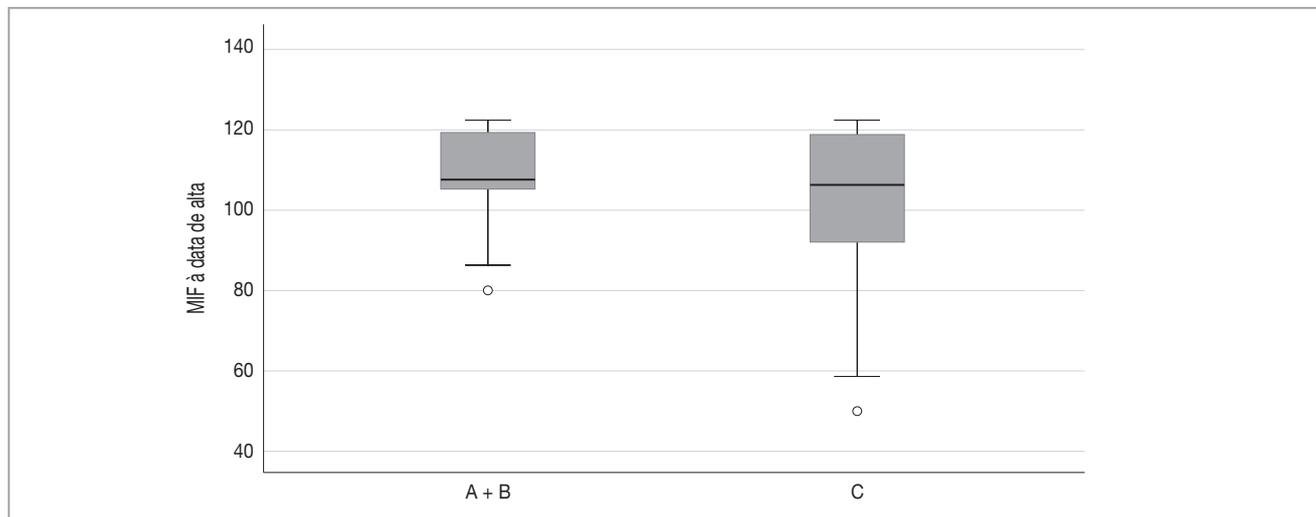


Figura 2 - Distribuição da MIF por grupo.

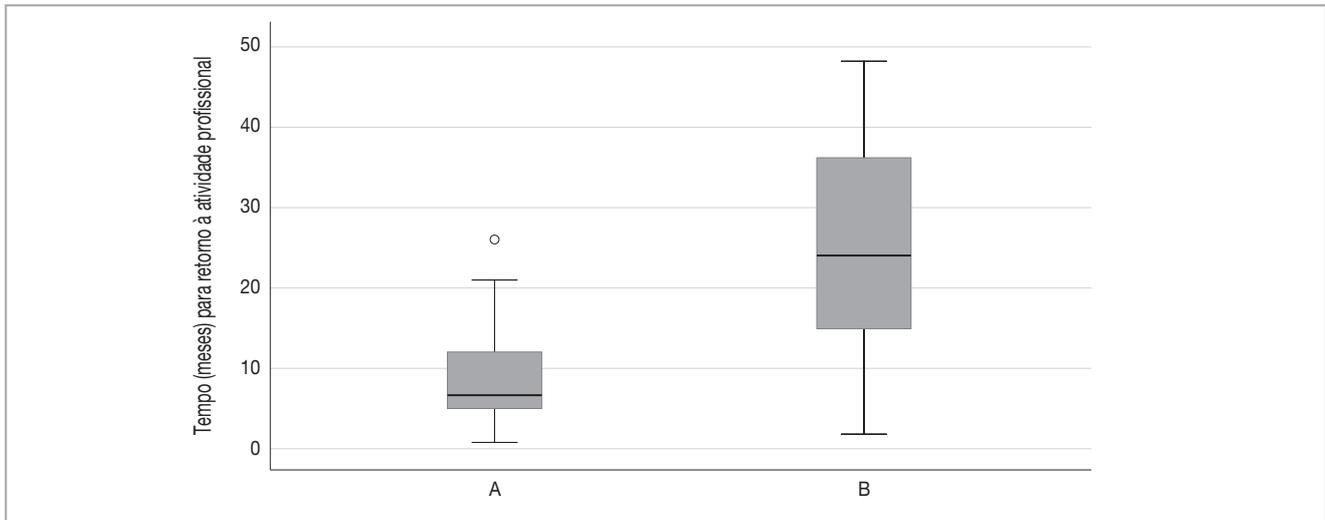


Figura 3 - Distribuição do tempo (meses) para retorno à atividade profissional por grupo.

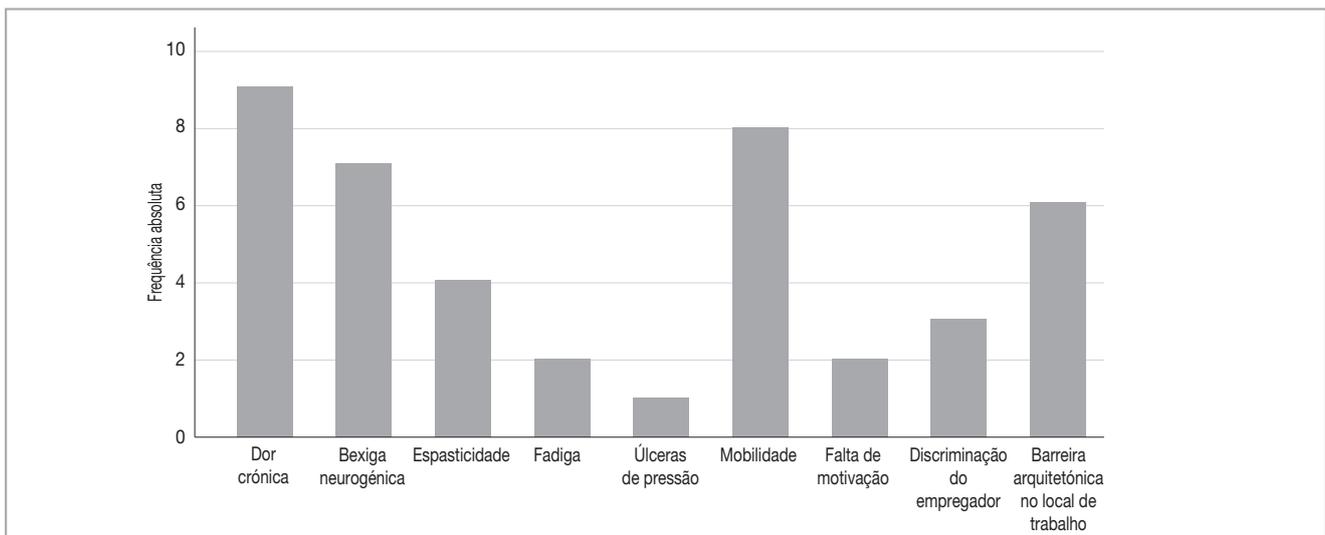


Figura 4 - Primeiro fator limitante ao retorno à atividade profissional.

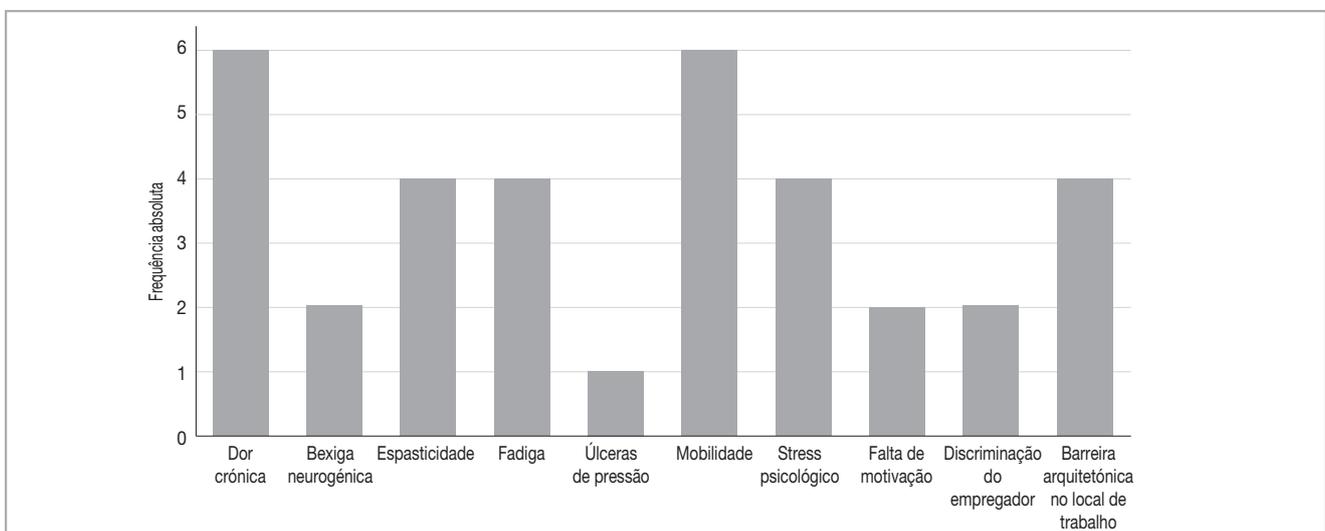


Figura 5 - Segundo fator limitante ao retorno à atividade profissional.

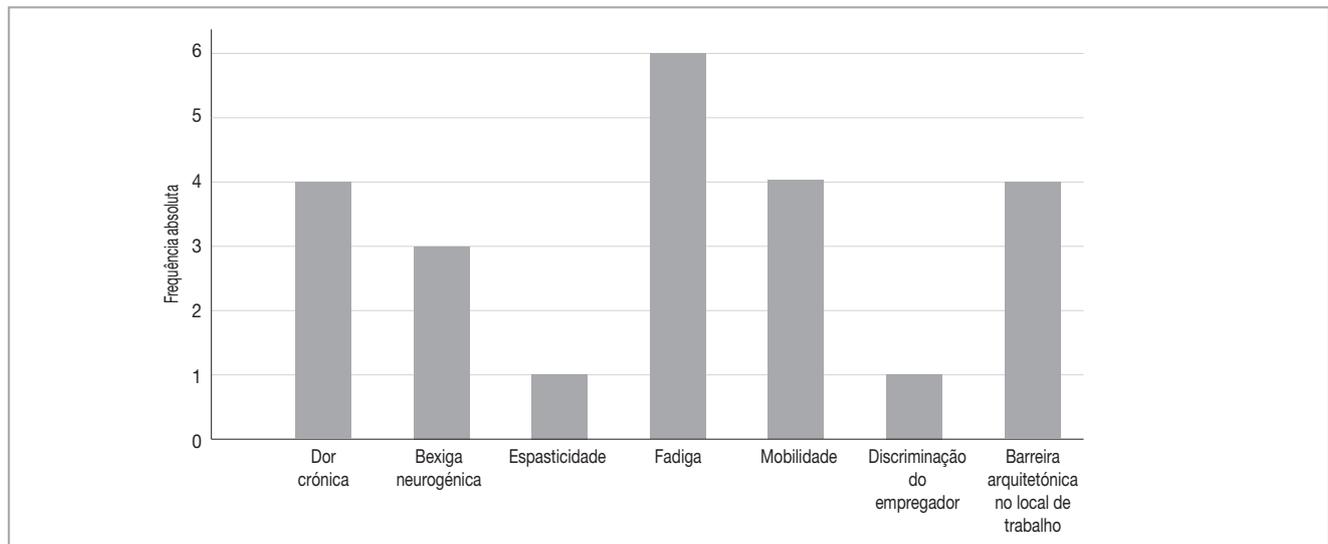


Figura 6 - Terceiro fator limitante ao retorno à atividade profissional.

Discussão

A complexidade do retorno à atividade profissional está claramente identificada na literatura.^{13,25} De uma revisão por Hilton *et al*,^{10,20} os doentes com LM que regressam ao trabalho reportam maiores índices de satisfação, estímulo mental, integração social, sentido de propósito e oportunidade de progressão e independência. Por um lado, estão descritos inúmeros fatores físicos que constituem barreiras difíceis de contornar. Por outro lado, os fatores intrínsecos como a motivação e a confiança são determinantes, que devem ser sempre alvo de análise e intervenção por parte da equipa de reabilitação.²⁶⁻²⁹ A taxa de empregabilidade do nosso estudo foi cerca de 50%, acima dos 35%-40%, calculados na maior parte dos trabalhos.

Manter o empregador parece ser um fator que promove a reintegração profissional dos doentes com LM. Do nosso trabalho, aqueles que voltam a ser profissionalmente ativos, mantendo o empregador, necessitam de menos tempo para o fazer. Tomassen *et al*³⁰ mostraram que, de 234 indivíduos com LM, cerca de 37% regressou ao trabalho, e destes, 65% manteve o empregador. Contraditoriamente, Krause *et al*^{31,32} concluíram que apenas 12% e 17% dos doentes retornaram à atividade profissional prévia. Trezzini *et al*³³ também verificaram que mudar de emprego é um fator com importante influência no tempo que decorre até ao retorno à atividade profissional. Especificamente concluiu que, de uma amostra aleatória de 243 indivíduos, de uma população de 1458, profissionalmente ativos à data da LM e com idade compreendida entre os 16 e os 65 anos, cerca de 30%

daqueles que retornaram à atividade profissional, com um novo empregador, apresentavam lesões com mais de 30 anos de evolução, enquanto naqueles cujo retorno se deu pela via do mesmo empregador, apenas 7% apresentava esse mesmo tempo de evolução de lesão. Também Chapin *et al*¹⁰ estabeleceram que o processo de reintegração profissional, quando conduzido através do mesmo empregador, mantendo ou alterando o posto de trabalho, permite taxas de empregabilidade mais elevadas.

Os mesmos autores concluíram também que, 80% dos indivíduos que regressaram ao trabalho com o mesmo empregador necessitaram de 7 meses aproximadamente para o conseguir, contrastando com os 28 meses da amostra que mudou de empregador. E quase metade dos primeiros conseguiu regressar imediatamente, após a alta do internamento em serviço de reabilitação. Esta elevada taxa de sucesso deve-se ao facto de uma larga série de doentes incluídos nos estudos se encontrarem a realizar estágios de reinserção profissional. Apesar de tudo, estudos mais recentes^{33,34} não demonstraram relação entre manter o mesmo empregador e a taxa de empregabilidade. Esses dados mais recentes podem refletir uma maior versatilidade dos postos de trabalho, com maior capacidade de adaptação e celeridade no processo de reintegração que devem ser sem dúvida exploradas. É, por isso, fundamental instituir e desenvolver políticas que fomentem a empregabilidade de pessoas com incapacidade, como previsto no Decreto-Lei n.º 247/89, de 5 de agosto, que incumbe o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) da responsabilidade de conceder apoios técnicos e financeiros, aos promotores de programas de reabilitação e integração profissional das pessoas com deficiência em mercado aberto ou em sede de emprego protegido,

designadamente, adaptação de postos de trabalho, eliminação de barreiras arquitetónicas, compensação por menor produtividade e atribuição de prémios como a distinção da “Marca Entidade Empregadora Inclusiva”.

Portanto, considera-se que ambos os percursos são viáveis e que deve ser dado mais ênfase ao tipo de atividade a desempenhar, atenta a vocação e a capacidade do indivíduo, ao invés de focar no processo de adaptação do desempenho da atividade prévia.

Também no que respeita ao teor da profissão, as taxas de readmissão pelo mesmo empregador de doentes que desempenhavam trabalhos manuais e de maior exigência física têm sido cada vez mais elevadas.^{33,35} Isto reflete uma crescente capacidade por parte das entidades empregadoras em readaptar os seus postos de trabalho e eliminar barreiras físicas. Este é, sem dúvida, um importante alvo de atuação por parte das associações governamentais, através de incentivos e reconhecimento público das empresas que fomentem um mercado de trabalho inclusivo. Para este efeito, têm vindo a ser desenvolvidas plataformas de empregabilidade para pessoas com incapacidade, como por exemplo, a Valor T (“T de talento, T de transformação”), projeto desenvolvido pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em articulação com o IEFP e com o Instituto Nacional para a Reabilitação. O objetivo é permitir uma avaliação individualizada do candidato, traçando o seu perfil de desempenho e ambição profissional, estabelecendo depois o contacto com diversas empresas registadas na plataforma.

A preocupação com a celeridade do retorno à atividade profissional pode ocultar a avaliação da afinidade que cada indivíduo apresenta para determinada atividade profissional. A desvalorização deste aspeto conduz a despedimentos prematuros, especialmente quando o doente é reintegrado numa atividade profissional que difere consideravelmente daquela desempenhada previamente.³⁶⁻³⁸

Particularmente no que respeita à remuneração, apesar de ser considerada como um aspeto motivador e ambicionado, não foi admitido como um dos fatores decisivos para exercer uma profissão ativa na sociedade. Por outro lado, a perda do subsídio de incapacidade e o receio em não restabelecer esse estatuto, no caso do trabalho não ser bem-sucedido no futuro, são dois fatores com impacto significativo e que promovem o absentismo laboral.^{39,40}

Concluimos que existe uma clara relação entre o nível de escolaridade e o retorno à atividade profissional. O absentismo laboral é bastante mais prevalente em indivíduos com níveis de escolaridade do ensino básico, e destes últimos, quem continua a trabalhar vê-se, muitas vezes, obrigado a mudar de profissão. Para níveis de escolaridade de ensino secundário ou superior, cerca de dois terços retomou a atividade profissional e a maioria

manteve a mesma função e conseguiu um retorno mais rápido. Krause *et al*³² referiram que pessoas com lesões mais graves têm mais dificuldade em encontrar trabalho remunerado após a lesão e, quando o alcançam, demoram mais tempo, pelo menos aqueles que não estão aptos a retomar a profissão prévia e têm um nível de escolaridade mais baixo. Para níveis de escolaridade superiores, as taxas de empregabilidade são já equiparáveis às das LM de menor gravidade.¹⁸

Relativamente ao tempo de evolução da lesão, Chapin *et al*¹⁰ estabeleceram que a taxa de empregabilidade tem um aumento progressivo, atingindo o seu pico nos 30%-35%, aos 10-15 anos de evolução da lesão. Portanto, é expectável que lesões com tempo de evolução superior, na perspetiva da reabilitação profissional, correspondam a um maior período para pesquisa de oportunidades do mercado de trabalho, reaprendizagem e otimização de desempenho, resultando em taxas de empregabilidade progressivamente crescentes. Isso não se verificou na nossa amostra. Concluimos que não existem diferenças significativas no tempo de evolução da LM, entre quem retomou a atividade profissional e quem não o fez. Por um lado, pode ser explicado pelo facto de indivíduos com lesões ocorridas há mais tempo desempenharem, com frequência, profissões relacionadas com o trabalho manual, no setor agrícola ou da manufatura, sendo mais difícil o retorno ao mesmo posto de trabalho, exigindo um processo mais complexo de readaptação, na maior parte das vezes inatingível. Mas acima de tudo, no nosso estudo, o facto dos indivíduos, que lidam com a incapacidade há mais tempo, não apresentarem níveis de empregabilidade superiores reflete, não só a escassez de meios sociais e governamentais que promovam a reintegração profissional, mas também a falta de motivação e iniciativa demonstradas pelos próprios, cuja estagnação é, muitas vezes, potenciada pela ideia de perda da pensão social de invalidez.^{2,18}

No que respeita ao impacto da severidade da LM no retorno à atividade profissional, a literatura diverge bastante. Da nossa análise, o regresso ao trabalho parece ser independente da gravidade da LM e da independência funcional de cada indivíduo. Na verdade, existem estudos que estabelecem uma relação direta entre a gravidade da lesão e o emprego,^{28,29} enquanto outros não encontram associação. Conseguimos apenas concluir que indivíduos paraplégicos têm maior sucesso no regresso ao trabalho, comparativamente com indivíduos tetraplégicos. Esse é um dado consistente na literatura.^{41,42} No nosso estudo constatámos que, dos doentes com LM completas AIS A ou incompletas AIS B e C com nível neurológico cervical, correspondendo a quadros de tetraplegia mais graves, 50% retomou a atividade profissional. No que diz respeito a quadros de paraplegia por LM completas AIS A ou incompletas AIS B e C, cerca de 60% dos doentes voltou a ser profissionalmente ativo. Verifica-se a mesma margem

diferencial quando se compara o retorno dos indivíduos com tetraplegia *versus* paraplegia (45% *versus* 55%, respetivamente). Seria de esperar uma discrepância mais acentuada entre indivíduos tetraplégicos e paraplégicos. Considerando apenas as LM incompletas AIS D, a percentagem de doentes que regressou ao trabalho foi, surpreendentemente, ainda mais baixa - cerca de 40% - sendo este último grupo de doentes, aquele de quem se esperaria taxas de retorno mais elevadas. Este antagonismo espelha a multiplicidade de fatores que ditam o regresso ao trabalho nos indivíduos com incapacidade, de entre os quais, a gravidade do quadro clínico pode não ser assim tão determinante. No mesmo sentido, no que respeita ao *score* de MIF após alta, não se assinalaram diferenças que permitam afirmar que o grupo de indivíduos, que não retorna à atividade profissional, apresenta maior dependência funcional.

A dimensão da amostra pode comprometer a fiabilidade das diferenças encontradas. No entanto, parece ser evidente a variabilidade que é imposta pelo meio biopsicossocial ao complexo processo de retornar à atividade profissional, após a ocorrência de LM, que não pode ser só explicado por diferentes níveis de gravidade da lesão e de independência funcional.

Este estudo permite depreender que, dentro do complexo processo de retorno à atividade profissional dos doentes com LM, existem fatores que são, sem dúvida, facilitadores, como a maior diferenciação escolar e a possibilidade de manter o mesmo empregador. No entanto, outros fatores revelaram ser inconclusivos, designadamente, um maior tempo de evolução da lesão e o crescente de oportunidades para procura e readaptação do emprego que daí advém, sofrer uma lesão de menor gravidade e apresentar um nível de independência funcional superior, os quais não mostraram ter relação direta na empregabilidade desta população.

De facto, a intenção de regressar ao trabalho após a LM desenvolve-se dentro de uma matriz de fatores ambientais e pessoais complexos. Fatores ambientais, tais como o ambiente social, cultural ou institucional e fatores pessoais,

como a experiência de vida prévia, a personalidade e as motivações. São nesses dois domínios que assentam os fatores contextuais, presentes na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A CIF refere que “a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidos como uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais”.⁴³ Apesar do ambiente cultural existente nos centros de reabilitação ser determinante para desencadear o primeiro contacto e “desmistificar” o regresso ao mundo laboral, os doentes com LM referem que esse tema é habitualmente relegado pelos profissionais de saúde. Todos estes fatores conduzem à estagnação socioprofissional dos doentes com incapacidade, repercutindo-se negativamente no seu estado de saúde e qualidade de vida.

Conclusão

O retorno à atividade profissional deve ser assumido como um marco de sucesso e uma prioridade no processo de reabilitação do doente com LM. É uma etapa complexa e desafiante, não só na perspetiva do trabalhador, mas também do empregador, da equipa de reabilitação e das entidades governamentais.

No entanto, a severidade das alterações físicas e funcionais, bem como o impacto que as mesmas acarretam na esfera biopsicossocial do indivíduo, não parecem, por si só, ditar o resultado do processo de reintegração profissional, sendo este bastante mais profundo e intrincado. É, por isso, que deve ser adotada uma abordagem individualizada e holística, procurando caracterizar a vocação, as habilitações e as intenções de cada indivíduo, enquadrando-as com a avaliação funcional, permitindo assim delinear um percurso de readaptação vocacional/profissional bem-sucedido.

Para o futuro exige-se o desenvolvimento de estudos que permitam a avaliação destes fatores, de forma mais consistente e, que promovam a criação de estratégias precoces de readaptação profissional dirigidas aos trabalhadores e às entidades empregadoras.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho. **Fontes de Financiamento:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. **Confidencialidade dos Dados:** Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes. **Proteção de Pessoas e Animais:** Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pela Comissão de Ética responsável e de acordo com a Declaração de Helsínquia revista em 2013 e da Associação Médica Mundial. **Proveniência e Revisão por Pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare. **Financing Support:** This work has not received any contribution, grant or scholarship **Confidentiality of Data:** The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients. **Protection of Human and Animal Subjects:** The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki as revised in 2013). **Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências / References

- Ottomanelli L, Lind L. Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. *J Spinal Cord Med* 2009; 32: 503–31.
- Franceschini M, Pagliacci MC, Russo T, Felzani G, Aito S, Marini C, et al. 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.
- Boschen KA, Tonack M, Gargaro J. Long-term adjustment and community reintegration following spinal cord injury. *Int J Rehabil Res*. 2003; 26:157–164.
- Manns PJ, Chad KE. Components of quality of life for persons with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. *Qual Health Res*. 2001; 11:795–811.
- Schönherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Schoppen T, Eisma WH. Vocational reintegration following spinal cord injury: expectations, participation and interventions. *Spinal Cord*. 2004;42:177–84. doi: 10.1038/sj.sc.3101581.
- Guttmann L. Rehabilitation and the paraplegic. *J Coll Gen Pract*. 1964; 8: 36–42.
- Decreto-Lei n.º 290/2009, de 12 de outubro, alterado pela Lei n.º 24/2011, de 16 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 131/2013, de 11 de setembro e pelo Decreto-Lei n.º 108/2015, de 17 de junho, que o republica.
- Guttmann L. Statistical survey on one thousand paraplegics. *Proc R Soc Med*. 1954; 47: 1099–103.
- Munro D. Rehabilitation of patients totally paralyzed below waist with special reference to making them ambulatory and capable of earning their own livings. *N Engl J Med*. 1954; 250: 4–14.
- Chapin M, Kewman D. Factors affecting employment following spinal cord injury: a qualitative study. *Rehabil Psychol*. 2001; 46: 400–16.
- Kennedy P, Lude P, Taylor N. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*. 2006; 44: 95–105.
- Kennedy P, Sherlock O, McClelland M, Short D, Royle J, Wilson C. A multi-centre study of the community needs of people with spinal cord injuries: the first 18 months. *Spinal Cord*. 2010; 48: 15–20. doi: 10.1038/sc.2009.65.
- Young A, Murphy G. Employment status after spinal cord injury (1992–2005): a review with implications for interpretation, evaluation, further research, and clinical practice. *Int J Rehabil Res*. 2009; 32:1–11.
- Trenaman L, Miller W, Escorpizo R. Interventions for improving employment outcomes among individuals with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2014;52: 788–94. doi: 10.1038/sc.2014.149.
- Bloom J, Dorsett P, McLennan V. Investigating employment following spinal cord injury: outcomes, methods, and population demographics. *Disabil Rehabil*. 2019;41:2359–68. doi: 10.1080/09638288.2018.1467968.
- Krause JS, Terza JV, Erten M, Focht KL, Dismuke CE. Prediction of postinjury employment and percentage of time worked after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012; 93: 373–5.
- Ramakrishnan K, Mazlan M, Julia PE, Abdul Latif L. Return to work after spinal cord injury: factors related to time to first job. *Spinal Cord*. 2011; 49: 924–7. doi: 10.1038/sc.2011.16.
- Pflaum 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.
- Hay-Smith EJ, Dickson B, Nunnerley J, Anne Sinnott K. "The final piece of the puzzle to fit in": an interpretative phenomenological analysis of the return to employment in New Zealand after spinal cord injury. *Disabil Rehabil*. 2013;35:1436–46. doi: 10.3109/09638288.2012.737079.
- Chan SK, Man DW. Barriers to returning to work for people with spinal cord injuries: a focus group study. *Work*. 2005; 25:325–8.
- Roels EH, Aertgeerts B, Ramaekers D, Peers K. Hospital- and community-based interventions enhancing (re)employment for people with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*. 2016;54:2–7. doi: 10.1038/sc.2015.133.
- Ville I, Winance M. To work or not to work? The occupational trajectories of wheelchair users. *Disabil Rehabil*. 2006;28:423–36. doi: 10.1080/09638280500192561.
- Fadyl JK, McPherson KM. Understanding decisions about work after spinal cord injury. *J Occup Rehabil*. 2010;20:69–80. doi: 10.1007/s10926-009-9204-1.
- Middleton JW, Johnston D, Mupthy G, Ramakrishnan K, Savage N, Harper R, et al. Early access to vocational rehabilitation for spinal cord injury inpatients. *J Rehabil Med*. 2015; 47:626–31. doi: 10.2340/16501977-1980.
- Krause JS, DeVivo MJ, Jackson AB. Health status, community integration, and economic risk factors for mortality after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004; 85: 1764–73.
- Gollwitzer PM, Sheeran P. National Cancer Institute Implementation intentions. *Health Behavior Constructs: Theory, Measurement and Research 2008, Cancer control and population sciences*. Bethesda: National Institutes of Health; 2008.
- Kennedy P, Hamilton LR. The needs assessment checklist: a clinical approach to measuring outcome. *Spinal Cord*. 1999; 37: 136–9.
- Pflaum C, McCollister G, Strauss DJ, Shavelle RM, DeVivo MJ. Worklife after traumatic spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*. 2006; 29: 377–86.
- Krause JS, Terza JV. Injury and demographic factors predictive of disparities in earnings after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2006; 87: 1318–26.
- Tomassen PC, Post MW, van Asbeck FW. Return to work after spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2000;38:51–5.
- Krause JS. Employment after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 1992; 73:163–9.
- Krause JS. Years to employment after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84:1282–9.
- Trezzini B, Schwegler U, Reinhardt JD; for the SwiSCI Study Group. Work and wellbeing-related consequences of different return-to-work pathways of persons with spinal cord injury living in Switzerland. *Spinal Cord*. 2018;56:1166–75. doi: 10.1038/s41393-018-0135-6.
- Krause JS, Terza JV, Dismuke CE. Factors associated with labor force participation after spinal cord injury. *J Vocat Rehabil*. 2010; 33:89–99.
- Jain NB, Sullivan M, Kazis LE, Tun CG, Garshick E. Factors associated with health-related quality of life in chronic spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil*. 2007; 86:387–96.
- Marti A, Escorpizo R, Schwegler U, Staubli S, Trezzini B. Employment pathways of individuals with spinal cord injury living in Switzerland: a qualitative study. *Work*. 2017; 58:99–110.
- Kristof-Brown AL, Zimmerman RD, Johnson EC. Consequences of individuals' fit at work: a meta-analysis of person-job, person-organization, person-group, and person-supervisor fit. *Pers Psychol*. 2005; 58:281–342.
- Nützi M, Trezzini B, Medici L, Schwegler U. Job matching: an interdisciplinary scoping study with implications for vocational rehabilitation counseling. *Rehabil Psychol*. 2017; 62:45–68.
- Better SR, Fine PR, Simison D, Doss GH, Walls RT, McLaughlin DE. Disability benefits as disincentives to rehabilitation. *Milbank Mem Fund Q*. 1979; 57:412–27.
- Walls RT, Masson C, Werner Tj. Negative incentives to vocational rehabilitation. *Rehabil Lit*. 1977; 38:143–50.
- Burnham RS, Warren SA, Saboe LA, Davis LA, Russell GG, Reid DC. Factors predicting employment 1 year after traumatic spine fracture. *Spine*. 1996; 21: 1066–1101.
- National Spinal Cord Injury Statistical Center. Spinal cord injury facts & figures at a glance. *J Spinal Cord Med*. 2008; 31: 357–8.
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF. Geneva: WHO; 2001.