

Regresso ao trabalho após traumatismo crânio-encefálico: Uma revisão*

Return to work after traumatic brain injury: A review of the literature

Ivo Rocha** e M.^a Emília Santos

Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

Palavras-chave

Traumatismo crânio-encefálico; consequências; regresso ao trabalho

Resumo

Os traumatismos crânio-encefálicos (TCE) constituem um dos grandes problemas de saúde pública na nossa sociedade, em especial na população adulta jovem. Muitos dos sobreviventes irão ficar com sequelas, mais ou menos graves, que vão interferir na sua vida pessoal, social e profissional. Estas sequelas podem ser de vários tipos: défices motores e sensoriais, défices cognitivos (e.g. memória, funções executivas, atenção/concentração, comunicação) e perturbações no comportamento que levam a incapacidades prolongadas ou permanentes. Uma das principais consequências após a lesão é a dificuldade em ingressar/reingressar no mercado de trabalho, devido especialmente a perturbações cognitivas e comportamentais. O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão da literatura sobre as consequências dos TCE e a problemática relacionada com o regresso ao trabalho, incluindo a necessidade de apoios nesse sentido. ◀◀

Keywords

traumatic brain injury; consequences; return to work

Abstract

Traumatic brain injury (TBI) is one of the major public health problems in our society, especially in the young adult population. Those who survive will have more or less serious sequels, which can interfere with their personal, social and professional life. They can suffer several types of sequels, like sensorial, motor, cognitive (e.g., memory, executive functions, attention, communication), and behavioral impairments that lead to prolonged or permanent disabilities. One of the main consequences after the injury is difficult to join/rejoin the labour market, due especially to cognitive and behavioral disabilities. The purpose of the present study is to conduct a review of the literature on the effects of TBI, the problems related to the return to work, and the needs of support in order to achieve this goal. ◀◀

1. Traumatismo crânio-encefálico: incidência e consequências

O traumatismo crânio-encefálico (TCE), que pode ser definido como uma *“alteração no funcionamento cerebral, ou outra evidência de patologia cerebral, causada por uma força externa”* (Menon, Schwab, Wright & Maas, 2010), é considerado como um grave problema de saúde pública em todo o mundo (revisão de Santos, 2002). De acordo com Silver, McAllister e Yudofsky (2005) existe nos EUA uma incidência média anual de, aproximadamente, 120 casos por 100 000 habitantes. Em Portugal não há dados muitos rigorosos, mas no único estudo

epidemiológico conhecido (Santos, Sousa & Castro-Caldas, 2003), foram registados em 1997 mais de 11 000 casos de internamento hospitalar por TCE, no Continente, e mais de 1 700 mortes no país. Os autores estimaram que, anualmente, o número de pessoas com incapacidades devido a TCE fosse superior a 3 700, e mais de 20% ficariam com incapacidades graves.

O TCE pode ser considerado leve, moderado ou grave, sendo que as duas últimas categorias acarretam, obviamente, um conjunto de consequências mais graves e persistentes que os TCE ligeiros. Esta classificação é baseada no nível da lesão inicial em relação à lesão neurológica causada no cérebro (e.g.

* Trabalho realizado no contexto de elaboração de dissertação para obtenção do grau de mestre em Neuropsicologia, no Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa

** ivorocha9@gmail.com

Kreutzer, DeLuca & Caplan, 2011). A gravidade da lesão cerebral é estabelecida, normalmente, utilizando como indicadores a profundidade e duração do coma e a duração da amnésia pós-traumática.

Os danos que derivam do evento traumático são resultado de dois processos: primário e secundário. Lesões primárias são as que ocorrem no momento do traumatismo, correspondem a lacerações do couro cabeludo, no tecido cerebral, contusões, fratura da caixa craniana, hemorragias internas (Miller, 1993 citado por Senra & Oliveira, 2003). As lesões secundárias são processos patológicos desenvolvidos após o momento do traumatismo, ou seja, surgem como consequência da lesão primária.

As sequelas resultantes do traumatismo vão, essencialmente, depender da localização e da extensão da lesão, no entanto, sabe-se que existem determinadas regiões cerebrais que parecem estar mais suscetíveis a lesão, especialmente o lobo frontal (e.g. Crowe, 2008). Relativamente às causas externas, os acidentes de viação são os mais frequentes e, nessa situação, por razões ergonómicas o indivíduo fica mais exposto a uma lesão na zona anterior do cérebro. Os quadros clínicos mais comuns são perturbações atencionais, executivas, de memória e perturbações do comportamento.

Um diagnóstico rápido pode prevenir uma lesão secundária às complicações da lesão principal (Lee & Newberg, 2005). A gestão correta da situação pode melhorar significativamente a morbilidade da pessoa que sofreu TCE, para tal, muito têm contribuído as técnicas de neuroimagem. Estas permitem determinar a presença, extensão e gravidade da lesão, planear um guia cirúrgico, identificar sequelas crónicas, determinar prognóstico, guiar a reabilitação, tendo um papel de extrema importância na fase aguda e crónica do TCE (Silver, McAllister & Yudofsky, 2005).

Resumindo, os défices resultantes da lesão cerebral dependem dos fatores que estiveram na origem do trauma, da natureza, gravidade e localização deste. Em função disso, as sequelas podem ser muito variadas e podem apresentar-se de forma isolada ou em conjunto, podendo agrupar-se em:

Sequelas físicas

Sabe-se que as incapacidades físicas resultantes do TCE são diversificadas, manifestando-se perturbações ao nível do tónus muscular, como por exemplo, diminuição da força, na postura ou dificuldades no planeamento, produção e execução do movimento adequado. Numa dimensão mais taxonómica (revisão

de Santos, 2002), as perturbações motoras mais frequentes podem ser a hemiplegia ou hemiparesia, a ataxia, as dificuldades de equilíbrio ou de motricidade fina, a disartria, a disфонia e a disfagia. A nível sensorial também se podem verificar perturbações do olfato, do gosto, da audição e da visão, como a diminuição da capacidade visual, defeito de campo e perturbações do movimento ocular. Perturbações da sensibilidade tátil e proprioceptiva também surgem, mas são menos comuns. Uma das queixas físicas mais frequentes, por parte das pessoas que sofreram TCE, são as cefaleias, podendo estas ser muito variadas.

A longo prazo as sequelas físicas, globalmente, recuperam melhor do que outro tipo de sequelas (Santos, 2000) e, com exceção dos casos mais graves, não são estas que impedem o regresso ao trabalho dos indivíduos que sofreram TCE.

Sequelas cognitivas

As consequências a nível da cognição e também do comportamento vão interferir drasticamente com a capacidade da pessoa regressar ao trabalho e/ou manter-se em atividade. Como exemplo, temos o estudo de Johnson (1998) que investigou os sintomas referidos por pessoas que tinham tido TCE grave há 10 anos. Os doentes foram divididos em três grupos: trabalho estável (26 sujeitos); trabalho instável (12 sujeitos) e poucas ou nenhuma tentativa de regresso ao trabalho (23 sujeitos). Apenas 46% do grupo estável não reportou qualquer tipo de queixas cognitivas, todos os restantes sujeitos dos três grupos reportaram a existência de dificuldades cognitivas.

As perturbações cognitivas e comportamentais dependem, essencialmente, da localização das lesões e da sua gravidade, sendo também influenciadas pelas características pré-mórbidas dos sujeitos e pelas condições do meio que os rodeia. Apesar da possibilidade de uma grande variedade de défices depois do TCE, existe um certo grau de consistência, associado à natureza e frequência das dificuldades observadas. Isto ocorre devido à concentração dos danos nas regiões mais anteriores do cérebro (Silver, McAllister & Yudofsky, 2005).

São inúmeros os estudos que apontam as sequelas neuropsicológicas resultantes do TCE, como um dos principais fatores que determinam o futuro desses indivíduos, pois condicionam, de uma forma bastante marcada, a capacidade de autonomia funcional, relações familiares, sociais e regresso ao trabalho. No domínio da cognição, verificam-se com frequência diferentes graus de incapacidade ao nível de:

a) Atenção e concentração

Dificuldades em manter a atenção, ignorar distratores, lentidão mental, perda do curso do pensamento e dificuldades em desempenhar mais que uma tarefa simultaneamente, estão entre as sequelas mais reportadas por indivíduos que sofreram TCE (Willmott, Ponsfor, Hocking & Schönberger, 2009). Porque a atenção sustenta todos os aspetos da cognição, mesmo as perturbações ligeiras podem restringir outros processos, tais como a capacidade de aprendizagem (Silver *et al.*, 2005).

A presença de défices atencionais não é surpreendente dada a neuropatologia e neuroquímica do TCE, sendo que a região basal e polar dos lobos frontais e temporais, a formação reticular, os pedúnculos cerebelares, os gânglios da base, o hipotálamo, o fórnix e o corpo caloso estão particularmente suscetíveis à lesão (Willmott *et al.*, 2009). Os mesmos autores referem que uma lesão axonal difusa tem uma grande probabilidade de perturbar as redes neuronais atencionais, incluindo as vias ascendentes serotoninérgicas e catecolaminérgicas.

b) Velocidade de processamento

Os défices de atenção estão relacionados com queixas de diminuição de velocidade e capacidade de processamento de informação. É comum os indivíduos com TCE referirem que realizam mais esforço cognitivo para dar conta de informações, já que sentem o pensamento mais lentificado, tendo repercussões na capacidade de resolução de problemas (Bennet & Raymond, 2008) e que demonstrem lentificação nos tempos de reação (Silver *et al.*, 2005).

c) Memória e aprendizagem

Geralmente, indivíduos que sofreram TCE consideram as suas funções mnésicas como melhores, do que é referido nos relatos dos seus familiares (Silver *et al.*, 2005). Esta discrepância, indica um défice na metamemória, isto é, na autoconsciência da eficiência da memória. O estudo de Kennedy e Yorkston (2000) mostrou que sujeitos com TCE moderado a grave, têm uma diminuição da capacidade de medir o seu desempenho durante uma prova formal de memória, comparativamente aos sujeitos controlo.

Contudo, os esquecimentos são a queixa cognitiva mais relatada pelos indivíduos que sofreram o TCE (revisão de Vakil, 2005). Muitos investigadores reportam disfunção da memória episódica, em todas ou algumas

etapas do seu processamento, incluindo codificação, consolidação e recuperação. Geralmente, as memórias prévias ao TCE estão razoavelmente mantidas e são acedíveis, embora com menor eficiência, enquanto novas memórias são difíceis de estabelecer, sendo consolidadas de forma pobre e, subsequentemente, difíceis de recuperar (Bennet & Raymond, 2008). Ao nível da memória prospetiva também são verificadas perturbações a longo-termo, como por exemplo, esquecer compromissos marcados ou pagar as contas.

Através de estudos de neuroimagem, sabe-se que a atrofia do hipocampo (estrutura importante na memória declarativa) é uma consequência bem documentada em indivíduos que sofreram TCE e que existe associação entre a atrofia desta estrutura e a capacidade de memória (Ariza *et al.*, 2006). Os maus desempenhos a nível de memória podem ser resultado também da natureza difusa do dano cerebral, que provavelmente afeta os circuitos neuronais envolvidos no desempenho da memória em múltiplos níveis. Além disso, não podem ser excluídos os efeitos dos défices atencionais no desempenho da memória (Ariza *et al.*, 2006).

d) Funções executivas

De acordo com Bennet e Raymond (2008), indivíduos que reportam dificuldades cognitivas depois do TCE têm sempre algum grau de perturbação nas funções executivas, isto é, na capacidade do sujeito se autodirecionar, de forma a realizar comportamentos orientados para objetivos, através de ações voluntárias, independentes, auto-organizadas e direcionadas a metas específicas. Isto ocorre devido ao facto de o cérebro agir como um todo integrativo na regulação das funções executivas e, assim, os processos cerebrais corticais que se seguem ao TCE vão resultar na interrupção destas capacidades (Bennet & Raymond, 2008).

Estudos com indivíduos que sofreram TCE moderado a grave podem apresentar défices ao nível da fluência verbal, do raciocínio conceptual, da flexibilidade cognitiva, da memória de trabalho, da aplicação de estratégias de memória, da resolução de problemas – planejar, iniciar, autorregular e concluir tarefas –, e nos processos executivos atencionais (Silver *et al.* 2005).

e) Linguagem

A nível de linguagem é possível encontrar várias alterações específicas como dificuldades de evo-

cação de palavras, dificuldades de compreensão, sobretudo em ambientes com muito barulho e dificuldades em estruturar o discurso de forma lógica e sequencial. São mais comuns as dificuldades na comunicação, ao nível da pragmática, do que de linguagem propriamente dita, sendo a afasia uma situação pouco frequente a longo prazo (revisão de Santos, 2002).

Sequelas comportamentais/emocionais

As perturbações do comportamento emocional podem ser mais preditivas da evolução funcional do indivíduo que sofreu TCE, do que a própria gravidade da lesão (Rassovksy *et al.*, 2006). A literatura documenta a elevada incidência de perturbações emocionais ativas, nos quais se incluem ansiedade, agitação, irritação, raiva, paranoia, impulsividade, pouca tolerância à frustração e labilidade emocional; também são referidas perturbações emocionais passivas como depressão e apatia (Bennet & Raymond, 2008). Esta problemática foi identificada há muito como tendo efeitos persistentes e difusos na reabilitação, no regresso ao trabalho e na integração social/comunitária (Hayes, 1997).

A causa destas perturbações resulta da própria lesão, mas também do facto de o indivíduo não conseguir ter o mesmo nível de desempenho pré-mórbido. Este facto é um contributo importante no desenvolvimento de perturbações emocionais secundárias, após a lesão cerebral, como por exemplo, a perda de auto-estima (Bennet & Raymond, 2008). Também não é de descartar a possibilidade de uma mistura das causas, isto é, entre a consequência da lesão em si e a atitude pessoal em relação às dificuldades (e.g. negação, desvalorização). Segundo Crowe (2008), outro fator que pode influenciar o ajustamento emocional é a própria personalidade pré-mórbida do sujeito, antes da lesão, assim como o seu nível de ajustamento psicológico. Pessoas com bom ajustamento emocional prévio, e com ocupações bem estabelecidas, têm maiores probabilidades de virem a sofrer menos perturbações emocionais, em comparação com pessoas que tinham vidas mais instáveis. De acordo com Bennet e Raymond (2008), indivíduos com cargos profissionais mais elevados, mostram muitas vezes, menos problemas emocionais, devido ao facto de poderem adiar/delegar os desafios de trabalho para os seus funcionários. Enquanto pelo contrário, indivíduos em cargos menos elevados têm tipicamente de lidar com as mesmas exigências que já existiam no trabalho

antes da lesão. Esta constatação, contudo, não pode ser considerada como um dado adquirido, pois dependerá, essencialmente, das exigências da tarefa e do grau de independência do indivíduo.

Como regra, a recuperação da grande maioria das pessoas que sofrem TCE moderado a grave é mais evidente durante o primeiro ano, no entanto, recuperações adicionais podem ocorrer durante o segundo ano ou até mais tarde. Melhorias significativas após o segundo ano não são expectáveis para a maioria dos doentes. Contudo, melhorias na funcionalidade podem e ocorrem como resultado de acomodações e compensações aprendidas nos anos posteriores ao TCE (Schoenberg & Scott, 2011).

Num *follow-up* realizado por Millis, Rosenthal e Novack (2001) foram examinados 182 sujeitos com TCE ligeiro e moderado, após 5 anos de lesão, e verificou-se que 22% melhoraram, 15% deterioraram e 63% continuaram com as mesmas alterações cognitivas, sendo as mais evidentes ao nível da memória, atenção e velocidade de processamento. De acordo com os resultados do estudo de Draper e Ponsford (2008), indivíduos que sofreram TCE há mais de dez anos têm desempenhos significativamente piores, em comparação com indivíduos sem lesões, ao nível dos domínios da memória, funções executivas e velocidade de processamento.

Num estudo recente composto por mais de 400 indivíduos que sofreram TCE ligeiro a grave, verificou-se que quase metade dos participantes manifestava problemas cognitivos e comportamentais, um ano após a lesão. Com o aumento da gravidade da lesão, o número de pessoas com problemas cognitivos e comportamentais também aumentava significativamente, indicando, tal como esperado, que quanto mais grave for a lesão, mais dificuldades o indivíduo irá ter no futuro (Benedictus *et al.*, 2010).

Por vezes, as perturbações neuropsicológicas são de difícil perceção ao mundo exterior, mas influenciam o funcionamento, a perceção e a qualidade de vida do indivíduo que sofreu TCE. Devido a isso, é possível que os indivíduos recebam ajuda que é inadequada face às suas necessidades e também às suas próprias queixas subjetivas. Antes da qualidade de cuidados ser garantida, é importante conhecer as necessidades das pessoas que têm de viver com sequelas de TCE, incluindo as suas necessidades subjetivas (Jemekens, Casterlé & Dobbels, 2010), cabendo aqui um papel essencial à avaliação neuropsicológica.

2. Avaliação neuropsicológica e regresso ao trabalho

Já há várias décadas a avaliação neuropsicológica foi descrita por Sundberg e Tyler (1962, citados por Wilson & Sopena, 2005) como “*um recolher, organizar e interpretar sistemático de informação acerca de uma pessoa e da sua situação*”. Esta conceptualização ainda é atual, e em pessoas que sofrem lesão cerebral, como TCE, a avaliação neuropsicológica constitui uma componente importante no estudo do indivíduo, permitindo identificar alterações cognitivas e comportamentais/emocionais que surgem da lesão, assim como, as funções que permanecem preservadas, de maneira a poder elaborar um bom plano de reabilitação que lhe potencie um maior grau de funcionalidade, autonomia e reinserção na sociedade, aumentando claro está, a sua qualidade de vida.

Na revisão de literatura feita por Sherer *et al.* (2002), foram identificados onze objetivos da avaliação neuropsicológica após TCE, são eles: registar o estado cognitivo, comportamental e emocional; fornecer *feedback* ao indivíduo acerca dos seus pontos fortes e fracos; obter informação para o tratamento; dar *feedback* à família/cuidadores do indivíduo; fornecer recomendações em relação às necessidades de supervisão; fornecer recomendações em relação ao tempo de retorno ao trabalho/escola; prever a evolução funcional a longo-prazo; determinar competências; fornecer recomendações em relação à condução; detetar complicações tardias e determinar a eficácia dos medicamentos.

De acordo McCrimmon e Oddy (2006), a avaliação deve ser realizada um mês após a lesão, já Lezak (2004) afirma que a avaliação deve ser realizada ao fim de alguns meses, dando tempo para o sistema nervoso se reorganizar. Apesar de não existir consenso sobre o tempo mais adequado para a avaliação, sabe-se que existe uma relação significativa entre os resultados das provas neuropsicológicas e o regresso ao trabalho depois do TCE (e.g. McCrimmon & Oddy, 2006). Indivíduos que voltaram a trabalhar até um ano após a lesão apresentavam menos perturbações em todas as medidas neuropsicológicas, do que os indivíduos que não estavam a trabalhar, isto, quando foi realizado o *follow-up* (Sherer *et al.*, 2002). Tal análise mostra que as dificuldades cognitivas iniciais estão associadas a pobres evoluções no regresso ao trabalho. A primeira avaliação é, então, considerada a mais importante, pois estabelece uma linha de base para o acompanhamento evolutivo do quadro.

3. Apoio e dificuldades dos familiares

Neste tipo de alterações (a longo-prazo), um fator a ter em conta, que é de importância extrema, é o grau de suporte familiar/social, que pode afetar o nível de ajustamento das pessoas que sofreram TCE. Estas vão necessitar de bastante apoio, para as ajudar a lidar com os desafios com que se irão deparar, nomeadamente face às limitações cognitivas. De facto, alguns indivíduos podem precisar de mais apoio para lidarem com as consequências emocionais, associadas às perturbações cognitivas e diminuição da auto-estima, do que para lidar com os próprios defeitos cognitivos (Crowe, 2008) ou comportamentais. Assim, o apoio deve ser fornecido, não somente ao indivíduo que sofreu lesão, mas também às pessoas que o acompanham, familiares/cuidadores, que indiretamente são afetados pelas consequências do traumatismo.

Os estudos de Fleminger e Ponsford (2005) mostram que a maior necessidade de ajuda, por parte da família, é em relação aos problemas comportamentais dos indivíduos que sofreram TCE. A hipótese de Prigatano *et al.* (2005) para tal facto assenta na falta de *insight* do indivíduo para as alterações comportamentais. Quanto menos *insight* existir, mais problemas comportamentais se manifestarão e, conseqüentemente, maiores níveis de *stress* irão ser vividos pela família. A inexistência de consciência em relação às suas dificuldades é geralmente permanente e pode ser um enorme impedimento para a reabilitação e conseqüentemente para o regresso ao trabalho (Flashman, Amador & McAllister, 2005).

Assim, e devido à grande necessidade de apoio aos indivíduos que sofreram TCE por parte dos seus familiares, têm vindo a ser desenvolvidos estudos sobre as necessidades dos membros da família, como por exemplo, sobre a falta de informação acerca das sequelas do traumatismo, como as alterações cognitivas e comportamentais de que resultam grandes “fardos” para os cuidadores. A família pede ajuda profissional contra queixas de stress e ansiedade, para aprender a lidar com as alterações da personalidade do indivíduo que sofreu TCE, por problemas financeiros, etc., mesmo até 10-15 anos depois do acidente (Jemekens *et al.*, 2010). Apesar de existir um ligeiro aumento da necessidade de apoio à medida que o tempo vai passando, a ajuda profissional oferecida não aumenta proporcionalmente (Jemekens *et al.*, 2010), normalmente até diminui, deixando mesmo de existir. Assim, as famílias são muitas vezes “abandonadas”, sem qualquer tipo de

informações, estratégias ou formas para lidar com o seu familiar que, aparentemente, até pode parecer estar bem, mas que cognitiva e psicologicamente não reconhecem. Tal facto leva, por parte da família, à não compreensão dos comportamentos do indivíduo que sofreu TCE e a uma comparação com o seu “eu” anterior, o que poderá agravar mais a sua condição. Uma família com uma boa base de suporte irá ter um melhor entendimento da situação, percebendo o seu importante papel para a melhoria do indivíduo que sofreu TCE, o que se irá refletir no processo de reabilitação e na reintegração social e profissional.

4. A problemática do regresso ao trabalho

O emprego é uma das áreas mais importantes de participação para pessoas adultas, ou seja, sabe-se que as pessoas que trabalhavam reportam melhor sensação de bem-estar, melhor qualidade de vida, menor uso de serviços de Saúde e uma melhor condição de saúde do que as pessoas que não estão a trabalhar (Velzen, Bennekomp, Edelaar, Sluiter & Frings-Dresen, 2009). O trabalho assume uma relevância extrema na forma como a vida é estruturada, estando também associado à capacidade de independência e estabilidade de vida. Tendo em conta a variedade e os diversos graus de dificuldades que os indivíduos que sofreram TCE podem ter, é comum existir um importante impacto na sua capacidade para se envolverem em ocupações, tanto de trabalho como de lazer. As estimativas de taxas de desemprego nestas pessoas podem chegar aos 70% (revisão de McCrimmon & Oddy, 2006) números estes muito elevados para uma sociedade tão desenvolvida e progressista em que vivemos atualmente. Os indivíduos que conseguem regressar ao trabalho geralmente não voltam ao mesmo trabalho, nem aos mesmos níveis de exigência e responsabilidade.

O regresso ao trabalho é considerado o objetivo central depois da ocorrência de um TCE. Não apenas por fatores financeiros, mas porque um emprego produtivo pode ajudar na própria recuperação do indivíduo (Shames *et al.*, 2007). É então importante perceber os fatores que influenciam, positiva e negativamente, o regresso ao trabalho, que etapas devem ser realizadas aquando desse regresso, a relação do emprego com a qualidade de vida da pessoa que sofreu o TCE, quais os fatores mais importantes para conseguir manter o emprego, as barreiras à integração e mesmo as questões ligadas à legislação existente.

Fatores a ter em conta para prever o regresso ao trabalho

Segundo Shames *et al.* (2007), os indicadores para o regresso ao trabalho ainda são um desafio, isto porque, fatores psicossociais, económicos e culturais parecem ter um papel mais importante para o sucesso do que apenas medidas “clínicas”, como por exemplo a duração da amnésia pós-traumática, o que é notório quando se olha para as variações extremas das taxas de regresso ao trabalho em diferentes estudos e países.

De acordo com o estudo de Walker, Marwitz, Kreutzer, Hart e Novack (2006), pessoas que trabalhassem antes do TCE tinham três a cinco vezes mais hipóteses de regressar ao trabalho do que as que não trabalhavam, verificando-se também um efeito da escolaridade, tendo os sujeitos com menor escolaridade e mais velhos menos hipóteses de voltar a trabalhar (revisão de Santos *et al.*, 2000). Para além da localização e extensão da lesão, é preciso ter em conta diversas variáveis, tal como acontece na população em geral, como ajustamento psicossocial, história prévia de abusos de substâncias, nível económico, que terá grande influência em relação à disponibilização de apoios e nível de autoconsciência, pois limitam a motivação para realizar tratamentos e mesmo para definir objetivos adequados de vida (Nightingale, Soo & Tate, 2007). O estado civil também é um fator a ter em conta, já que os sujeitos casados terão mais possibilidade de regressar ao trabalho do que os solteiros, remetendo novamente para o assunto já referido anteriormente, da importância do suporte social fornecido pela família/cuidadores. Contudo, esta questão poderá prender-se com a gravidade do traumatismo, pois as pessoas que sofreram TCE mais grave tendem a ficar solteiros ou a divorciar-se (Santos *et al.*, 2000). Já os indicadores normalmente considerados para prever a evolução global dos traumatizados (gravidade e duração do coma, bem como, duração da amnésia pós-traumática) parecem pouco eficazes no que diz respeito ao ajustamento social e ao regresso à atividade profissional (Santos *et al.*, 2000).

Groswasser *et al.* (1999) verificaram, numa grande população de pessoas com TCE grave, que a longo prazo (8-13 anos pós lesão), variáveis como perturbações de comportamento e défices cognitivos, avaliados antes da alta médica, influenciavam negativamente os resultados vocacionais. Já Fraser e Baarlag-Benson (1994, citados por McCrimmon & Oddy, 2006) identificaram como “barreiras ao

trabalho”, também após TCE grave, perturbações cognitivas em cerca de 63% dos casos, problemas emocionais em 35%, dificuldades físicas em 31%, dificuldades financeiras em 15% e questões psicossociais e médicas em 15%. No entanto, 86% dos participantes no estudo exibiam duas ou mais categorias de impedimentos para o regresso ao trabalho.

O número e gravidade de sintomas neuropsicológicos têm sido reportados como sendo bons preditores para o regresso ao trabalho após TCE. No estudo *follow-up* de Johnson (1998), após 10 meses de lesão, verificou-se através da avaliação das incapacidades que quem não regressou ao trabalho tende a estar mais incapacitado e tem mais probabilidade de desenvolver *handicaps*. No *follow-up* de 10 anos, a grande maioria dos indivíduos (80%) reportou dificuldades persistentes, mesmo aqueles que tinham um trabalho estável (54%). Os maiores graus de dificuldades estavam presentes em pessoas que não estavam a trabalhar, estas pessoas estavam mais capazes de identificar incapacidades como explicação para o facto de não serem capazes de regressar ao trabalho, enquanto as pessoas que estavam empregadas tinham maior probabilidade de mostrar uma atitude positiva e de relatar menos queixas. Indivíduos que tinham um trabalho estável reportaram mais queixas físicas e défices sensoriais, comparativamente às queixas cognitivas e comportamentais reportadas pelos indivíduos que não conseguiram regressar ao trabalho (Johnson, 1998). Tais resultados são consistentes com a visão de que os défices neuropsicológicos são os que maior probabilidade têm de perturbar as capacidades de trabalho, enquanto as alterações comportamentais têm maior probabilidade de afetar os esforços necessários para o regresso ao trabalho (Fraser, Machamer, Temkin, Dikmen & Doctor, 2006).

Regresso ao trabalho da pessoa que sofreu TCE – perspectiva da sociedade e da lei

Apesar de algumas conquistas significativas por parte dos defensores de pessoas com incapacidades no que diz respeito a políticas e legislação, as taxas de emprego continuam muito abaixo quando comparadas com as taxas de pessoas sem incapacidades (Kirsh *et al.*, 2009). A exclusão de pessoas com incapacidades é um problema de justiça social que acarreta riscos de enfraquecimento e vulnerabilidade sociopolítica (Kirsh *et al.*, 2009). Segundo estudo de Thornton (2005) no Reino Unido, adultos com

incapacidades têm duas vezes mais probabilidades de estar em casa com rendimentos baixos, assim como, duas vezes mais probabilidade, do que pessoas não incapacitadas, de não ter um emprego associado às suas qualificações. Em situação de crise económica como acontece no presente, esta situação poderá ser muito mais dramática. No entanto, não são conhecidos dados concretos sobre esta realidade no nosso país.

As culturas organizacionais são lentas ou resistentes a alterações como a criação de espaços de trabalho adaptativos, e falham, em grande parte, na promoção da compreensão e equidade para trabalhadores com incapacidades, pois ter incapacidade não é sinónimo de mau trabalhador. Nem sempre a incapacidade influencia o trabalho ou a sua produtividade, contudo, são os trabalhadores que podem colocar alguns entraves, sendo que podem “ver” a pessoa com incapacidade como um colaborador de baixo potencial. As perceções de diferença e preocupações com a perda de produtividade mantêm-se, apesar da evidência de competência, potencial e recuperação entre as pessoas com incapacidades (Kirsh *et al.*, 2009).

Em Portugal, segundo a lei acerca de trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida derivada a doença ou acidentes, “*as empresas deverão facilitar o emprego aos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida, (...) proporcionando-lhes adequadas condições de trabalho e salário e promovendo ou auxiliando ações de formação e aperfeiçoamento profissional apropriadas*”; (...) *poderão ser estabelecidas, por portaria de regulamentação do trabalho ou convenção coletiva, especiais medidas de proteção aos trabalhadores com capacidade de trabalho reduzida, particularmente pelo que respeita à sua admissão e condições de prestação da atividade, tendo sempre em conta os interesses desses trabalhadores e das empresas*” (Decreto-Lei 49 408 de 24 de Novembro de 1969).

São visíveis na nossa sociedade, por parte de algumas empresas, sensibilizações e esforços para integração de pessoas com incapacidades mentais ou físicas. Mais recentemente tem vindo a ser desenvolvido algo semelhante ao que já existe há vários anos em países mais desenvolvidos, como os EUA, o chamado “*supported employment*” (emprego apoiado) que é uma estratégia que tem sido extremamente útil na forma de entrada e permanência no trabalho competitivo (Santos *et al.*, 2000). Tendo em conta as capacidades dos sujeitos e dos postos de trabalho disponíveis, um indivíduo é escolhido e apoiado

durante um tempo necessário para se saber se é ou não capaz de desempenhar o cargo de forma independente (Kirsh *et al.*, 2009). A criação deste apoio é de extrema importância contra o elevado desemprego de pessoas com incapacidades. Os primeiros estudos de Johnson (1998) mostraram que os indivíduos que receberam suporte no trabalho foram reempregados com sucesso, comparativamente a indivíduos que não foram ajudados desta forma. Num segundo *follow-up* verificou-se que mais de 85% dos indivíduos que regressaram ao trabalho voltaram porque tiveram algum tipo de ajuda, porque estão num trabalho mais fácil ou fizeram outra atividade mais estruturada primeiro, como por exemplo, cursos de formação específica.

É bastante provável que indivíduos que falharam no regresso ao trabalho tenham dificuldade em reconhecer a necessidade de começar por uma atividade mais fácil ou com apoio direto. Esse facto pode estabelecer um padrão de trabalho instável e perda de auto-estima (Johnson, 1998), levando ao abandono, situação muito frequente na população de TCE que regressa ao trabalho (Tsaousides *et al.*, 2009).

Regressar ao mesmo tipo de trabalho e ao mesmo nível após o TCE, tendo em conta o longo conjunto de fatores que interferem nesse regresso, não é algo simples, nem fácil ou rápido de acontecer. É preciso que estejam reunidas uma série de condições, desde as capacidades conservadas da pessoa que sofreu a lesão cerebral, até ao apoio familiar e socioprofissional. Começar por coisas mais simples, como não trabalhar as mesmas horas, ter apoio de colegas ou ter um elemento diretamente empenhado no seu acompanhamento, poderão ser aspetos de extrema importância. Obviamente que todo este suporte e ajuda depende da aceitação por parte do indivíduo que sofreu TCE, o que nem sempre acontece devido a sequelas cognitivas e de comportamento.

Em Portugal, existem os Centros de Emprego Protegido (CEP) que estão associados ao Instituto de Emprego e Formação Profissional e que têm como objetivo proporcionar às pessoas com dificuldades e com capacidade de trabalho reduzida, (capacidade de trabalho não inferior a 30% nem superior a 75% da capacidade normal de trabalho de um trabalhador sem deficiência nas mesmas funções profissionais), o exercício de uma atividade profissional e o desenvolvimento de competências pessoais, sociais e profissionais necessárias à sua integração, sempre que possível, em regime normal de trabalho. Pretende-se proporcionar, assim, à pessoa

com incapacidade um contrato de trabalho associado a um estatuto de trabalhador e uma situação de emprego estável. Contudo, apesar da existência dos CEP, a situação das pessoas que sofrem sequelas após TCE está longe de ser resolvida, pois se estes centros podem ter sucesso no emprego de pessoas com outro tipo de deficiência, na situação de TCE as frequentes alterações de comportamento, como irritabilidade, impulsividade, pouca resistência à frustração necessitam de intervenções especializadas.

Concluindo, obter e manter um emprego está fortemente associado à qualidade de vida e bem-estar, sendo que após o TCE, é considerado um forte preditor de qualidade de vida e de satisfação. (Tsaousides *et al.*, 2009). Assim, o regresso ao trabalho pode ser considerado um dos maiores objetivos da reabilitação após o TCE, sendo desde há já alguns anos considerado uma forma de medida do próprio sucesso da reabilitação (McCrimmon & Oddy, 2006). No nosso país, infelizmente, esta perspetiva abrangente não está ainda integrada na grande maioria dos Serviços de reabilitação, que muitas vezes se limitam à reabilitação física e, por vezes, a alguma reabilitação neuropsicológica pouco estruturada. A criação de *Guidelines* para a reabilitação de pessoas que sofreram TCE tem vindo a ser defendida por alguns autores (e.g. Kirsh *et al.*, 2009; Sterigou-Kita *et al.*, 2011). Estas permitiriam estabelecer programas de intervenção mais eficazes, tendo em conta as várias fases do processo de evolução e, certamente, responderia melhor às necessidades de reintegração familiar, social e/ou profissional destas pessoas.

Bibliografia

1. Ariza, M., Serra-Grabulosa, S., Junqué, C., Ramírez, B., Mataró, M., Poca, A., Bargalló, N. & Sahuquillo, J. (2006). Hippocampal head atrophy after traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 44, 1956-1961.
2. Benedictus, M., Spikman, J. & Naalt, J. (2010). Cognitive and behavioral impairment in traumatic brain injury related to outcome and return to work. *Arch Phys Med Rehabil*, 91, 1436-1442.
3. Bennet, T. L. & Raymond, M. J. (2008). The Neuropsychology of traumatic brain injury. In Horton, A. M. & Wedding, D. (3rd ed.). *The handbook of Neuropsychology* (pp. 533-570). New York: Springer Publishing Company.
4. Crowe, S. F. (2008). *The behavioral and emotional complications of traumatic brain injury*. New York: Psychology Press.
5. Draper, K. & Ponsford, J. (2008). Cognitive functioning ten years following traumatic brain injury and rehabilitation. *Neuropsychology*, 22(5), 618-625.
6. Flashman, L. A., Amador, X. & McAllister, T. W. (2005). Awareness of deficits. In Silver, J. M., McAllister, T. W. & Yudofsky, S. C. *Textbook of traumatic brain injury* (pp. 353-367). American Psychiatric Publishing.
7. Fraser, R., Machamer, J., Temkin, N., Dikmen, S. & Doctor, J. (2006). Return to work in traumatic brain injury (TBI): A perspective on capacity for job complexity. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 25, pp. 141-148.

8. Fleminger, S. & Ponsford, J. (2005). Long term outcome after traumatic brain injury. *British Medical Journal*, 17.
9. Groswasser, Z., Melamed, S., Agranov, E. & Keren, O. (1999). Return to work as an integrative outcome measure following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 9, 493-504.
10. Jemekens, N., Casterlé, B. D., & Dobbels, F. (2010). A systematic review of care needs of people with tbi on a cognitive, emotional and behavioural level. *J Clin Nurs*, 19.
11. Johnson, R. (1998). How do people get back to work after severe head injury? A 10 year follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 8, 61-79.
12. Kennedy, T. & Yorkston, M. (2000). Accuracy of metamemory after traumatic brain injury: Predictions during verbal learning. *J Speech Lang Hear Res*, 43, pp: 1072-1086
13. Kirsh, B., Stergiou-Kita, M., Gewurtz, R., Dawson, D., Krupa, T., Lysaght, R. & Shaw, L. (2009). From margins to mainstream: What do we know about work integration for persons with brain injury, mental illness and intellectual disability? *Work*, 32, pp: 391-405.
14. Kreutzer, J. S., DeLuca, J. & Caplan, B. (2011). *Encyclopedia of clinical neuropsychology*. Nova Iorque: Springer.
15. Lee, B. & Newberg, A. (2005). Neuroimaging in traumatic brain imaging. *NeuroRx: The Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, vol. 2, pp: 372-383.
16. Lezak, M. (2004). *Neuropsychological assessment*. Inglaterra: Oxford University Press.
17. Mccrimmon, S. & Oddy, M. (2006). Return to work following moderate-to-severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20, pp: 1037-1046.
18. Menon, D. K., Schwab, K., Wright, D. & Maas, A. (2010). Position statement: definition of traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 91, pp: 1637-1641.
19. Millis, S. R., Rosenthal, M. & Novack, T.A. (2001). Long-term neuropsychological outcome after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 16(4), pp: 343-55.
20. Nightingale, E. J., Soo, C. A. & Tate, R. L. (2007). A systematic review of early prognostic factors for return to work after traumatic brain injury. *Brain Impairment*, vol. 8, nº 2, pp: 101-142.
21. Prigatano, G.P., Borgaro, S., Baker, J., & Wethe, J. (2005). Awareness and distress after traumatic brain injury: A relative's perspective. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20, pp: 359-367.
22. Santos, M. E. (2002). Traumatismos crânio-encefálicos: Características e evolução. *Psicologia*, vol.16. pp. 97-122.
23. Santos, M. E., Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2000). Traumatizados crânio-encefálicos: Que futuro profissional? *Cadernos de Consulta Psicológica*. 117-128.
24. Santos, M. E., Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 71-76.
25. Shames, J., Treger, I., Ring, H. & Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 29 (17). 1387-1395.
26. Sherer, M., Novack, T., Sander, A., Struchen, M., Alderson, A. & Thompson, R. (2002). Neuropsychological assessment and employment outcome after traumatic brain injury: A review. *The Clinical Neuropsychologist*, vol. 16, Nº 2, pp: 157-178.
27. Shoenberg, M. & Scott, J. (2011). *The little black book of neuropsychology: A syndrome-bases approach*. Nova Iorque: Springer.
28. Senra, H., & Oliveira, R. A. (2003). Avaliação neuropsicológica no traumatismo crânio-encefálico grave: Estudo de caso. *Psychologica*, 33, 123-143
29. Silver, J. M., McAllister, T. W. & Yudofsky, S. C. (2005). *Textbook of traumatic brain injury*. American Psychiatric Publishing.
30. Thornton, P. (2005). Disabled people, employment and social justice. *Social Policy and Society*, 4(1), 65-73.
31. Tsaousides, T., Warshowsky, A., Ashman,, A., Cantor, J., Spielman, L. & Gordon, W. (2009). The relationship between employment-related self-efficacy and quality of life following traumatic brain injury, *Rehabilitation Psychology*, 54, pp: 299 – 305.
32. Vakil, E. (2005). The effect of moderate to severe traumatic brain injury (TBI) on different aspects of memory: A selective review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, pp: 977-1021.
33. Walker, W. C., Marwitz, J., Kreutzer, J., Hart, T. & Novack, T. (2006). Occupational categories and return to work after traumatic brain injury: A multicenter study. *Arch Phys Med Rehabil*, 87, pp: 1576-1582.
34. Willmott, C., Hocking, C., Ponsford, J. & Schönberger, M. (2009). Factors contributing to attentional impairments after traumatic brain injury. *Neuropsychology*, vol. 23, Nº 4, pp: 424-432.
35. Wilson, B. A. & Sopena, S. (2005) Opening Address: The practice of neuropsychological rehabilitation, *Brain Impairment*, 6(2), 117-118.