

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DA  
COMUNICAÇÃO HUMANA**

**O COTIDIANO E A CONDIÇÃO LABORAL DE  
SUJEITOS ACOMETIDOS POR LESÃO ENCEFÁLICA  
ADQUIRIDA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Aline Sarturi Ponte**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**



# **O COTIDIANO E A CONDIÇÃO LABORAL DE SUJEITOS ACOMETIDOS POR LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA**

**Aline Sarturi Ponte**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de Concentração em Fonoaudiologia e Comunicação Humana: Clínica e Promoção, Linha de Pesquisa Interdisciplinaridade no Cuidado à Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana**.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Elenir Fedosse**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

Ponte, Aline Sarturi

O Cotidiano e a Condição Laboral de Sujeitos  
Acometidos por Lesão Encefálica Adquirida / Aline  
Sarturi Ponte.-2015.

142 p.; 30cm

Orientadora: Elenir Fedosse

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2015

1. Acidente Vascular Cerebral 2. Afasia 3.  
Transtornos Motores 4. Retorno ao Trabalho 5. Qualidade  
de Vida I. Fedosse, Elenir II. Título.

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Aline Sarturi Ponte. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Rua Rua Conte D'Eu, n. 283, Bairro Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, Santa Maria, RS. CEP: 97045-130

Fone (055) 9612-0320; E-mail: alinesarturi@hotmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Ciência da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana**

A Comunicação Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**O COTIDIANO E A CONDIÇÃO LABORAL DE SUJEITOS ACOMETIDOS  
POR LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA**

elaborada por  
**Aline Sarturi Ponte**

como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Distúrbios da  
Comunicação Humana**

**Comissão Examinadora**



Elenir Fedosse, Dra – UFSM  
(Presidente Orientador)



Valdete Alves Valentins dos Santos Filha, Dra – UFSM



Ana Luiza Ferrer, Dra – UFSM



## AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos por **Deus**, já que Ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

A meus pais, **Marcos** e **Marinês**, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minhas capacidades, isso só me fortaleceu e me fez acreditar ainda mais em meus sonhos. Por entenderem as ausências em alguns momentos. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao meu querido irmão, **Victor** pela força e amizade de sempre. Obrigada pela confiança!

A meu namorado, **Douglas**, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada pelo carinho, confiança e força!

À Profa. Dra. **Elenir Fedosse** pelo incentivo e confiança, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, por dividir comigo a construção, execução e conclusão desta dissertação e por mostrar-me que existe mais que pesquisadores e resultados por trás de uma dissertação, mas vidas humanas. Obrigada por dividir comigo suas práticas profissionais!

Às Profas. Dra. **Valdete Alves Valentins dos Santos Filha** e Dra. **Ana Luiza Ferrer**, membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições.

Aos **Profissionais** dos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional que acolheram a proposta do trabalho.

Aos **Sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida** e seu **Familiares/cuidadores** pelo tempo disponibilizado para contribuir com este estudo. Vocês merecem meu eterno agradecimento!

Ao **FoFiTO (Gicélia, Marília e a Patrícia)** pelos momentos que vivemos juntas, obrigada por dividirem comigo as angústias e alegrias desta etapa.

As amigas **Jodeli** e **Mithielle** que sempre estiveram presentes me aconselhando e incentivando com carinho e dedicação, tornando esta caminhada mais leve. Obrigada pelo carinho!

Ao **Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana** por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era a minha dissertação de mestrado.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES** pelo apoio financeiro.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Artigo 1

**Figura 1:** Acompanhamento terapêutico dos sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida - LEA



## LISTA DE QUADROS

### Metodologia

**Quadro 1:** Prestadores de serviço e número de sujeitos atendidos nos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional do referido município e sujeitos participantes da coleta de dados de cada serviço.



## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

**Tabela 1:** Caracterização dos sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida - LEA

**Tabela 2:** Condição laboral do sujeito com Lesão Encefálica Adquirida

### Artigo 2

**Tabela 1:** Os aspectos da Funcionalidade e Incapacidade - Funções e Estruturas do Corpo correlacionados com os Domínios do *WHOQOL – BREF* (n=48)

**Tabela 2:** Fatores Contextuais – Fatores Ambientais X Domínios do *WHOQOL – BREF* (n=48)

**Tabela 3:** Caracterização dos familiares/cuidadores de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida – LEA (n=27)

**Tabela 4:** Mediana dos domínios de qualidade de vida de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida (n=48) e seus familiares/cuidadores (n=27)



## LISTA DE REDUÇÕES

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCh	Acidente Vascular Cerebral hemorrágico
AVCi	Acidente Vascular Cerebral isquêmico
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVD	Atividade de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CF	Constituição Federal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doença
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps</i>
LEA	Lesão Encefálica Adquirida
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
QV	Qualidade de Vida
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>



## **LISTA DE APÊNDICES**

**APÊNDICE A** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Sujeitos com LEA

**APÊNDICE B** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar

**APÊNDICE C** – Termo de Autorização Institucional

**APÊNDICE D** – Instrumento para entrevista das pessoas com LEA

**APÊNDICE E** – Instrumento para entrevista dos familiares das pessoas com LEA



## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO A** – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – UFSM

**ANEXO B** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF

**ANEXO C** - *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF*



## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana  
Universidade Federal de Santa Maria

### O COTIDIANO E A CONDIÇÃO LABORAL DE SUJEITOS ACOMETIDOS POR LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA

**Autora:** Aline Sarturi Ponte

**Orientadora:** Elenir Fedosse

Santa Maria, 16 de julho de 2015.

**Objetivo:** Analisar as condições de vida/saúde e laborais de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida (LEA), em idade produtiva, residentes em Santa Maria/RS, bem como a qualidade de vida de tais sujeitos e de seus familiares/cuidadores. **Materiais e Métodos:** Este estudo é de natureza descritiva e de abordagem quali-quantitativa. Os dados foram coletados entre junho e dezembro de 2014, por meio de uma entrevista semiestruturada, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e do *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF*. A análise estatística dos dados foi realizada descritivamente e pelos Testes - Correlação de *Spearman* e Não Paramétrico U de *Mann-Whitney*, utilizando-se o *Software Statistica 9.1* (nível de significância de 5% [ $p < 0,05$ ]). **Resultados:** participaram deste estudo 48 sujeitos com LEA em idade produtiva e 27 familiares/cuidadores. Os resultados são apresentados e discutidos em dois artigos – o primeiro – Caracterização de sujeitos em idade produtiva com Lesão Encefálica Adquirida acompanhados nos serviços públicos/filantrópicos de reabilitação de um município gaúcho – cujo objetivo foi caracterizar as condições sociodemográficas e de saúde (inclusive os agravos neurológicos) de sujeitos com LEA em idade produtiva, e ainda as suas condições pregressas e atuais laborais. A incidência entre o sexo masculino (52,1%) e feminino (47,9%) foi equilibrada; a média de idade, no momento da lesão, foi de 48,7 anos. Quanto aos comprometimentos neurológicos, 41,1% foram acometidos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (52,1% apresentaram afasia e 52,2% hemiplegia direita). Após a LEA, 47,9% dos sujeitos foram aposentados; apenas 6,3% voltaram ao trabalho; 93,7% gostariam de retornar ao trabalho. O segundo – Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral e na Qualidade de Vida de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares – teve como objetivo correlacionar o impacto da Lesão Encefálica Adquirida (LEA) na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva a sua Qualidade de Vida (QV) e de seus familiares. A correlação da CIF com o *WHOQOL–Bref* evidencia que as alterações nas Funções Mentais e nas Funções do Coração interferem significativamente na QV dos sujeitos com LEA. No que se refere aos familiares/cuidadores (77,7% de mulheres, com a média de idade de 52,6 anos), também se constatou significativa alteração nos quatro domínios da QV. **Conclusão:** o surgimento das LEA desorganizaram os sujeitos acometidos e suas famílias, impactando negativamente na QV, exigindo ação de enfrentamento por parte de todos os sujeitos envolvidos.

**Palavras Chave:** Acidente Vascular Cerebral; Afasia, Transtornos Motores; Retorno ao Trabalho; Qualidade de Vida.



## ABSTRACT

Master's Degree Dissertation Master Course in Human Communication Disorders  
Federal University of Santa Maria – Rio Grande do Sul

### DAILY LIFE AND LABOR CONDITION OF INDIVIDUALS AFFECTED BY ACQUIRED BRAIN INJURY

**Author:** Aline Sarturi Ponte

**Main advisor:** Elenir Fedosse

Santa Maria, July 16, 2015.

**Objective:** To analyze the conditions of life/health and labor of individuals with Acquired Brain Injury (ABI), in working age and residing in Santa Maria/RS, as well as the quality of life of these individuals and their families/caregivers. **Materials and Methods:** This study has a descriptive nature and qualitative and quantitative approach. Data were collected between June and December 2014, using a semi-structured interview, from the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the World Health Organization Quality of Life - WHOQOL - BREF. The statistical analysis was performed descriptively and by the tests – *Spearman's* Rank Correlation Coefficient and Non-Parametric Mann-Whitney U test, using the *Software Statistica* 9.1 (significance level of 5% [ $p < 0.05$ ]). **Results:** 48 subjects with ABI-age and 27 relatives/caregivers have participated of this study. The results are presented and discussed in two papers – the first – Characterization of individuals in working age with Acquired Brain Injury assisted in public/philanthropic services of rehabilitation programs in a city of Rio Grande do Sul – whose goal was to characterize the sociodemographic and health conditions (including neurological injuries) of subjects with ABI-age, and even their previous and current labor conditions. The incidence among males (52.1%) and females (47.9%) was balanced; the average age at the time of injury was 48.7 years. Concerning neurological impairments, 41.1% were affected by Ischemic Stroke (52.1% by aphasia and 52.2% by right-sided hemiplegia). After the ABI, 47.9% were retired; only 6.3% went back to work; 93.7% would like to return to work. The second paper – Acquired Brain Injury: impacts on labor activity and on quality of life of individuals in working age and their relatives – aimed to correlate the impact of Acquired Brain Injury (ABI) in labor activity of individuals of working age to their quality of life (QOL) and their families. The correlation of the ICF with the WHOQOL-Bref evidences that changes in Mental Functions and Heart Functions significantly interfere in the QOL of individuals with ABI. Concerning relatives/caregivers (77.7% women, with a mean age of 52.6 years), we also found significant change in the four domains of QOL. **Conclusion:** the emergence of ABI has disorganized the affected individuals and their families, negatively impacting on QOL, requiring action to face it by all individuals involved.

**Key words:** Stroke, Aphasia, Movement Disorders, Return to Work, Quality of Life.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	27
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	31
2.1 Atividade laboral .....	31
2.2 A Lesão Encefálica Adquirida e as restrições impostas à vida de um sujeito em idade produtiva .....	34
2.3 Atenção à saúde de sujeitos acometidos por Lesão Encefálica Adquirida .....	37
2.4 Direitos ao trabalho e a reinserção laboral de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida ..	42
2.5 Contexto familiar após episódio de Lesão Encefálica Adquirida de um de seus membros	44
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	47
<b>4 RESULTADOS</b> .....	55
4.1 ARTIGO – Caracterização de sujeitos em idade produtiva com Lesão Encefálica Adquirida acompanhados nos serviços públicos/filantrópicos de reabilitação de um município gaúcho .....	55
4.1.1 Resumo .....	56
4.1.2 Abstract .....	56
4.1.3 Introdução .....	57
4.1.4 Métodos .....	58
4.1.5 Resultados .....	58
4.1.6 Discussões .....	59
4.1.7 Conclusão .....	62
4.1.8 Referências .....	62
4.2 ARTIGO – Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral e na Qualidade de Vida de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares .....	71
4.2.1 Resumo .....	72
4.2.2 Abstract .....	72
4.2.3 Introdução .....	73
4.2.4 Métodos .....	73
4.2.5 Resultados .....	75
4.2.5 Discussões .....	83
4.2.7 Conclusão .....	87
4.2.8 Referências .....	88
<b>5 DISCUSSÃO GERAL</b> .....	92
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	99
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA</b> .....	103
<b>8 APÊNDICES</b> .....	116

<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Sujeitos com LEA .....	117
<b>APÊNDICE B</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar.....	119
<b>APÊNDICE C</b> – Termo de Autorização Institucional.....	121
<b>APÊNDICE D</b> – Instrumento para entrevista das pessoas com LEA.....	123
<b>APÊNDICE E</b> – Instrumento para entrevista dos familiares das pessoas com LEA .....	125
<b>9 ANEXOS</b> .....	127
<b>ANEXO A</b> – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - UFSM.....	127
<b>ANEXO B</b> – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.....	129
<b>ANEXO C</b> - <i>World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF</i> .....	139

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida com o intuito de conhecer a realidade de atenção à saúde, o contexto social e laboral de adultos em idade produtiva acometidos por Lesão Encefálica Adquirida (LEA), no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul/RS, bem como a qualidade de vida de seus familiares/cuidadores.

A LEA é definida como um dano que ocorre no encéfalo após o nascimento. Dessa forma, não está associada a patologias congênitas, hereditárias ou degenerativas do Sistema Nervoso Central. Em outros termos, a LEA é causada por uma agressão física externa após o nascimento que compromete as funções cerebrais. É um termo amplo que descreve uma vasta gama de lesões; o dano pode ser focal ou difuso (ALONSO; SILVEIRA, 2007) como, por exemplo, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), hipóxias encefálicas, tumores e infecções (MAR et al., 2011).

As pesquisas epidemiológicas apresentam que a maior causa de LEA são os AVC, seguidos dos TCE (FERREIRA et al., 2007; PERES et al., 2011). Cecatto (2010; 2012) afirma que o AVC é considerado uma das principais causas de mortalidade e morbidade da população; pode derivar de uma etiologia aterosclerótica ou tromboembólica, sendo causada, em 80% dos casos, por alteração isquêmica (Acidente Vascular Cerebral isquêmico – AVCi – oclusão das artérias e arteríolas) e em 20% hemorrágica (Acidente Vascular Cerebral hemorrágico – AVCh - rompimento de vaso arteriolar, seja por aneurismas cerebrais, hemorragias meníngeas ou outras malformações vasculares).

No Brasil, a incidência anual de AVC é de 108 casos por 100 mil habitantes; a taxa de fatalidade, aos 30 dias, é de 18,5% e, aos 12 meses, é de 30,9%; o índice de recorrência, após um ano, é de 15,9% (BRASIL, 2013). É a maior causa de incapacitação da população na faixa etária superior a 50 anos, sendo responsável por 40% das aposentadorias precoces no Brasil (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Há aproximadamente 10 anos, o Brasil tem incentivado a adoção de medidas para minimizar os riscos de AVC, entre elas: alimentação saudável e, conseqüentemente, o controle do peso, a cessação do tabagismo, minimização do consumo de álcool e o estímulo a práticas de atividades físicas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; FOEX; SEAR, 2014).

Quanto aos TCE, lesões traumáticas que comprometem a região extra ou intracraniana (LIMA et al., 2012), sabe-se que a etiologia varia de acordo com a faixa etária (LIZ; ARENT; NAZÁRIO, 2012): pessoas de 1 a 44 anos são mais acometidas, com taxa de mortalidade de

30% a 70%. As principais causas de TCE em adolescentes e adultos são os acidentes de trânsito e as lesões por arma de fogo.

A recuperação desses agravos neurológicos graves é marcada por uma Qualidade de Vida (QV) muito prejudicada (GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013). As pessoas acometidas por LEA apresentam sequelas como: alterações sensitivas ou sensoriais, motoras, de linguagem, de percepção e/ou de outros processos cognitivos, gerando disfunções vitais, que se tornam uma das principais causas de incapacidade (MOURA et al., 2012; YONG-KYU et al., 2013).

Os comprometimentos sensitivos ou sensoriais afetam a capacidade de receber um estímulo sensorial; variam de acordo com a gravidade da lesão e podem se manifestarem em um hemicorpo (lesões que atingem um hemisfério cerebral) ou nos membros inferiores e superiores (CECATTO, 2012).

A hemiplegia - comprometimento motor do hemicorpo contralateral à lesão cerebral (BARROS; PASSOS; NUNES, 2012) e a quadriplegia - acometimento dos quatro membros e perda do controle do tronco (MACHADO; SCRAMIN, 2010) - prejudicam a independência funcional e, inclusive, a autonomia da pessoa.

As LEA também produzem limitações de linguagem – as afasias – decorrentes especialmente de AVC no hemisfério cerebral esquerdo; o grau de gravidade das afasias varia de acordo com o local e a extensão da lesão. Lesões em regiões anteriores do hemisfério cerebral esquerdo costumam comprometer mais a produção verbal (fala e/ou escrita), enquanto que lesões em regiões posteriores (deste mesmo hemisfério) tendem a comprometer a compreensão verbal (entendimento da fala e/ou da leitura) (OLIVEIRA, 2008). Em outras palavras, a afasia é definida como alteração da condição de o sujeito falar e/ou compreender a linguagem falada e/ou escrita ou, ainda, como a perda ou redução da capacidade de processar linguagem; uma pessoa com afasia terá dificuldades para formular, compreender ou expressar significados (LEAL; MARTINS, 2005; NEGRÃO; BARILE, 2003).

As atividades laborais de um sujeito acometido por LEA também sofrem alterações; alguns sujeitos têm, inclusive, que abandonar os seus postos de trabalho. O afastamento laboral pode comprometer a identidade do sujeito, sua independência e autonomia. Sujeitos com LEA, geralmente, passam a ser marginalizados pela sociedade, o que implica exclusão e, por vezes, solidão (PANHOCA; GONÇALVES, 2009). Segundo Caniglia (1994), a exclusão atinge o ser humano em sua essência, a de “ser prático”, ou seja, a de ser agente transformador do mundo a sua volta, restringindo suas condições intrínsecas de ser criativo, evolutivo, lúdico, produtivo e expressivo.

Observa-se, assim, que as limitações que acometem um sujeito com LEA vão muito além das limitações físicas, sensoriais e de linguagem; o sujeito vivencia limitações laborais, sociais/e culturais, ou seja, seu cotidiano (e também o de seus familiares) fica abalado. . O cotidiano é a vida de todos os dias, de todos os homens, o homem nasce inserido em sua cotidianidade; é o mundo no qual a repetição das atividades permite a recriação permanente da vida social. O trabalho, a família, o lazer, as relações sociais, são algumas das esferas que compõem a vida cotidiana (HELLER, 2000, 2002).

Sabe-se que, após a alta hospitalar, o sujeito com LEA em idade produtiva (de 16 a 60 anos de idade para o sexo feminino, e de 16 a 65 anos para o sexo masculino) acaba por enfrentar diversas dificuldades; a primeira delas é a aceitação de sua nova condição dada pelas limitações que, por sua vez, requerem mudanças no cotidiano, na estrutura familiar, no espaço físico da casa, e, mais ainda, na sua condição de transitar nas vias públicas e em outros locais públicos, comprometendo suas atividades de lazer e favorecendo o seu afastamento da atividade laboral.

Ao ser acometido por uma LEA o sujeito em idade produtiva, independentemente de sua contribuição à seguridade social, conforme descrito no capítulo IV - Assistência Social da Constituição Federal (CF) - incisos III e IV, do art. 203 (BRASIL, 1988), tem direito a um processo de habilitação e reabilitação, direito este garantido em um conjunto de leis e decretos (Lei nº 8.213/91 em seu art. 89 [BRASIL, 1991] e pelo Decreto nº 3.048/99, no art. 77 [BRASIL, 1999]).

Note-se que tal legislação visa a promoção da integração do sujeito com lesão encefálica na vida comunitária, ou seja, seu retorno às Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), atividades de lazer e atividades laborais.

A experiência de cuidado terapêutico de sujeitos com LEA tem demonstrado que, muitas vezes, a vida do sujeito fica restrita ao âmbito familiar e aos serviços de reabilitação. Portanto, do nosso ponto de vista, não convém uma intervenção isolada (realizada sob um único aspecto, tampouco por um único profissional) com LEA e focada nos déficits orgânicos do sujeito, mas de forma interdisciplinar e voltada ao meio social do sujeito. Uma atuação multiprofissional, de abordagem interdisciplinar, é, fundamental para uma assistência integral ao sujeito com LEA.

São esses os motivos que orientam e justificam o desenvolvimento desta pesquisa. Ressalto que durante a graduação em Terapia Ocupacional e do Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora, pude constatar, por um lado, um número elevado de sujeitos em idade produtiva, no município de Santa Maria, acometidos por LEA, e, por outro, discussões

limitadas às sequelas orgânicas causadas pela lesão, sem, no entanto, discutir-se profundamente o impacto das LEA no cotidiano e na QV do sujeito e de seus familiares, especialmente, suas consequências na atividade laboral e na reinserção do sujeito no mercado e/ou no seu antigo ambiente de trabalho.

Conforme anunciado anteriormente, este estudo teve como objetivo analisar o cotidiano e as condições de vida/saúde e laborais de sujeitos com LEA, em idade produtiva, na cidade de Santa Maria/RS, bem como a QV de tais sujeitos e de seus familiares/cuidadores.

Visando dar conta dos múltiplos aspectos envolvidos neste estudo, ele foi organizado em cinco capítulos. O primeiro - Referencial Teórico - aborda temas fundamentais da pesquisa, a saber: atividade laboral, LEA (restrições orgânico-funcionais e sociais na vida do sujeito acometido), atenção à saúde (cuidados em saúde e/ou sobrevida pós-LEA), direitos legais para reinserção ou não laboral e contexto familiar após o episódio de LEA em um de seus membros.

O segundo capítulo apresenta os Materiais e Métodos utilizados; refere os princípios éticos da pesquisa com seres humanos e o delineamento do estudo: tipo, população, local, período e procedimentos/instrumentos de coleta de dados e os seus princípios de análise.

No terceiro capítulo – Resultados da Pesquisa – são apresentados dois artigos. O primeiro – Caracterização de sujeitos em idade produtiva com Lesão Encefálica Adquirida acompanhados nos serviços públicos/filantrópicos de reabilitação de um município gaúcho – analisar o perfil sociodemográfico e de comprometimentos neurológicos apresentados pelos sujeitos com LEA, bem como suas condições atuais de trabalho e o segundo - Atividade laboral de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida: sua Qualidade de Vida e de seus familiares/cuidadores - analisa as repercussões da LEA na atividade laboral e no contexto familiar, recorrendo aos dados obtidos por meio de duas entrevistas semiestruturadas, da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) e do *World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Bref*.

No quarto capítulo, faz-se a Discussão Geral dos resultados obtidos e no quinto, apresenta-se a Conclusão da pesquisa.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Atividade laboral**

O trabalho já foi considerado uma atividade sacrificante; na Grécia Antiga, o trabalho era desprezado pelos cidadãos livres. Também, nos primeiros tempos do cristianismo, considerou-se o trabalho como uma tarefa árdua e humilhante (punição pelos pecados cometidos). No período do Renascimento, ocorreu uma mudança na concepção de trabalho, este passou a ser considerado como fonte de identidade e autorrealização humana (RIBEIRO; LÉDA, 2004). A partir deste momento, o trabalho tem sentido intrínseco: “as razões para trabalhar estão no próprio trabalho e não fora dele ou em qualquer de suas consequências” (ALBORNOZ, 1994, p.59).

Atualmente, o trabalho é entendido como ato que propicia o desenvolvimento do Homem, preenche a sua vida, é condição necessária para a sua liberdade (RIBEIRO; LÉDA, 2004). Antes de ser fonte de sustento, é um meio de as pessoas se relacionarem, de se sentirem parte integrante de um grupo ou de uma sociedade; é uma oportunidade de o ser humano ocupar-se (MORIN, 2001). Tolfo e Puccinini (2007) esclarecem que o trabalho representa a identidade pessoal de um sujeito, assim como sua identificação com a sociedade.

Sabe-se que o ser humano é constituído por fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e espirituais; é um ser complexo e assim se constitui sujeito participante/ativo de uma sociedade. A práxis é a grande mediadora entre o sujeito, a natureza e a sociedade, é a esfera do ser humano, criadora da realidade objetiva. A prática não pode ser pensada como uma atividade exterior às pessoas (MINAYO, 2001). As atividades humanas “[...] são experiências no universo das linguagens não verbais, que partem da experiência sensorial [...]” (CASTRO, 2000, p. 9) e estão voltadas para a criação e o exercício da responsabilidade e do comprometimento com o mundo e com o que nele se cria (ARAÚJO, 1999). Cada ação humana é a apropriação prático-espiritual do mundo. Ou seja, os seres humanos conferem sentido e transformam a realidade, fazendo-a passar pela subjetividade. Daí que o fato fundamental da vida em sociedade é o caráter criador do ser humano: ele cria objetos, cria cultura, e assim transforma e se transforma (MINAYO, 2001).

As atividades humanas se dão pela sensação, significado, pensamento e movimento (CASTRO, 1992; DOMINGUES, 1992; FERIGATO, 2007) e, conforme dito anteriormente, são consideradas a essência constitutiva dos sujeitos, pois “se desenvolve de acordo com finalidade, e essas só existem através do homem, como produtos de sua consciência [...]” (VÁSQUES, 1977, p. 189).

Através de um conjunto complexo, o homem, mediado pelo pensamento e pela ação, transforma os recursos naturais a sua volta em produtos necessários para sua subsistência. “A atividade humana é algo vivo, mutável, diverso e plural” (COSTA; ALMEIDA, 2004, p. 14), Segundo Marx (1985, p. 49), o Homem age “sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza”. É na atividade que se estabelece a alteridade e é nessa relação que se realiza o ato da vida. A atividade é um fim-meio de se obter conhecimentos e mudanças (MINAYO, 2001).

Conforme indicado anteriormente, antes de tudo “(...) o trabalho é um processo entre homem e natureza” (MARX, 1985, p. 211). As atividades de trabalho humano não se limitam à ação instintiva ou mecânica realizada sobre o meio, mas a um processo complexo de aprendizagem; o Homem não se limita a repetir ações e processos, como os outros animais, mas desenvolve técnicas e tecnologia que lhe são úteis a sua sobrevivência. O Homem se diferencia dos demais animais à medida que cria suas próprias ferramentas, ou seja, à medida que sua ação transforma os materiais disponíveis na natureza (MARX, 1985).

Para realizar a atividade laboral, o Homem altera e utiliza o mundo externo pelo uso de instrumentos e da linguagem, a relação inversa também se estabelece: os símbolos e os objetos criados pelo homem acabam por modificar seu psiquismo e seu comportamento. Note-se que o trabalho é uma atividade humana vital, para realizá-la estabelece uma relação com o mundo físico e social (MARTINS; EIDT, 2010). Através da atividade prática produtiva do trabalho, o Homem organiza-se como um ser social (FRANCISCO, 2001; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2013). A práxis produtiva não se reduz à produção de matéria, uma vez que o Homem também se produz - se forma ou se transforma enquanto trabalho (VÁSQUES, 1977). Segundo Martins e Eidt (2010, p. 676), o trabalho organiza “em nível filogenético, a passagem do ser biológico para o ser sócio-histórico e, em nível ontogenético, a possibilidade – mais ou menos plena – de objetivação da personalidade humana”.

Nos últimos anos, o mundo do trabalho tem sofrido intensas transformações devido a inúmeros fatores: i) introdução de novas tecnologias; ii) aceleração do ritmo de trabalho; iii) mudanças na organização no modo de produção; iv) surgimento de novas profissões em detrimento de outras; v) globalização do trabalho e vi) redefinição das relações entre o capital e o trabalho (RIBEIRO; LÉDA, 2004). Se assim é, convém considerar a intensidade do impacto do afastamento de um trabalhador em sua QV, ocasionado pelo afastamento de seu posto de trabalho, seja por tempo determinado ou indeterminado, seja em função de acidentes produzidos pelas atividades exigidas no trabalho, sejam por outros problemas

(físicos/psíquicos) relacionados ou não às atividades laborais (estes últimos, aplicam-se a sujeitos com LEA).

Observa-se que as novas modalidades trabalhistas, as quais exigem um processo de produção mais dinâmico, tem atingindo diretamente a saúde do trabalhador. As profundas transformações vêm alterando a economia, a política e a cultura na sociedade. A reestruturação produtiva e o progresso da globalização implicam mudanças nas formas de organização da gestão do trabalho que esboçam a precariedade e a fragilidade na relação entre saúde e trabalho, repercutindo, diretamente, nas condições de vida/saúde do trabalhador (OLIVEIRA, 2001; TORRES, et al., 2011).

Atualmente, os sujeitos têm que se adaptar às tecnologias e se atualizar perante um mercado competitivo. Tais transformações ocorrem em um ritmo acelerado, muitas vezes maior que a própria capacidade humana pode suportar. Portanto, a combinação das novas tecnológicas e métodos gerenciais vem intensificando a atividade de trabalho, assim gerando uma série de agravos à saúde: envelhecimento prematuro, aumento do adoecimento, morte por doenças cardiovasculares e outras doenças crônico-degenerativas (DIAS; HOFEL, 2005; TORRES, et al., 2011). Diante do exposto Pessoa, Cardia e Santos (2010, p. 822) afirmam que:

“(...) o ser humano está envolvido num processo complexo e dinâmico que abrange as condições somáticas, os processos cognitivos e emocionais, e as questões sociais. Observa-se, então, que os trabalhadores são atingidos por estas transformações, que ocorrem num ritmo elevado, muitas vezes maior que a própria capacidade humana pode suportar.”

O impacto causado pelo adoecimento não se limita à restrição das atividades laborais (TORRES, et al., 2011). O afastamento causa um impacto maior para o sujeito, no que diz respeito ao desempenho de seu papel social e função na vida cotidiana (SILVA et al., 2007); traz um contexto de incapacidade, carregado de significados (ALENCAR; OTA, 2011) e pode vir acompanhado da perda da identidade profissional. O redimensionamento da vida cotidiana e econômica, o sentimento de inutilidade e invalidez, o isolamento social, a insegurança, o medo de perder o emprego e, em alguns casos, a ocorrência de aposentadora precoce (TORRES, et al., 2011), os sentimento de desvalorização, a percepção do desperdício dos anos de vida decorrente do adoecimento, a discriminação para o mundo do trabalho, configuram-se como o atestado público de seu declínio profissional (NEVES; NUNES, 2009).

Todas essas reflexões possibilitam dizer que o trabalho é uma atividade de suma importância para o ser humano e para sua constituição como sujeito participante de uma sociedade. O trabalho na vida humana depende da integridade orgânica, dos fatores psicológicos e profissionais (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006).

## **2.2 A Lesão Encefálica Adquirida e as restrições impostas à vida de um sujeito em idade produtiva**

A LEA, geralmente focal, pode acarretar uma desorganização geral do SNC, alterando o funcionamento linguístico-cognitivo e subjetivo da pessoa por ela acometida (NOVAES-PINTO, 2012). A gravidade da sequela irá variar de acordo com a região danificada, o seu tamanho, a gravidade da lesão e a causa do dano. As consequências de tal lesão irão atingir atividades sociais complexas, como o trabalho, a participação em atividades comunitárias e de lazer que envolvem outras pessoas, ameaçando a garantia de independência do sujeito, refletindo na QV dos mesmos (SPACCAVENTO et al., 2014).

Uma das possíveis sequelas da LEA são as afasias – abalos do funcionamento da linguagem nos níveis da expressão oral, compreensão auditiva, leitura e escrita (SPACCAVENTO et al., 2014). Trata-se de um distúrbio que afeta diferentes aspectos da linguagem, em diferentes graus. Não se constitui como uma doença, mas uma sequela/um distúrbio neurofisiológico secundário à lesão cerebral focal (DEVIDO-SANTOS; GAGLIARDI; MAC-KAY, 2012).

As afasias são classificadas de diferentes modos: Afasia de Broca ou Motora ou Afasia de Expressão e Afasia de Wernick ou Sensorial ou de Compreensão. Há ainda autores que adotam classificações mais amplas e, assim, aplicam os termos Afasias Não Fluente e Fluente ou Afasias Anteriores e Posteriores. Há ainda descrições como Afasia Global caracteriza-se pela fala trabalhosa, não fluente, o sujeito pode apresentar problemas de compreensão; Afasia Transcortical motora ocorre pelo acometimento da área cerebral anterior esquerda envolvendo a área motora suplementar, tem como características fala espontânea reduzida com compreensão preservada. Afasia Transcortical sensorial tem como características, afasia do tipo fluente, parafasias, ecolalia, compreensão auditiva. Afasia Transcortical Mista, caracterizada pela redução acentuada da fala espontânea e deficiência da compreensão da linguagem, sendo a sua principal característica a perda dos aspectos voluntários da linguagem. Afasia de Condução apresenta as seguintes características, dificuldade de repetir palavras (principalmente as sem significado), a fala é fluente e com

significado, há presença de parafasias, com preservação da leitura e escrita (FEDOSSE, 2008). Afasia Anômica tem como características, a nomeação comprometida, a leitura e escrita são preservadas, fala é fluente, ausência de parafasias (MACKAY, 1997).

A classificação mais comum, possivelmente por ser a clássica, é a de Afasia de Broca e Afasia de Wernick (TEIVE; MUNHOZ; CARAMELLI, 2011).

A Afasia de Broca é uma condição resultante de danos das áreas anteriores do hemisfério esquerdo (FRIDRIKSSON et al., 2012). Do ponto de vista anatômico, a Afasia de Broca está relacionada a lesões na área de Broca, localizada no giro frontal inferior do hemisfério cerebral esquerdo, geralmente com extensão para a substância branca subcortical adjacente. Esta se caracteriza pela expressão verbal não fluente, em que as palavras são produzidas com grande esforço (articulação prejudicada). Outras características da Afasia de Broca são agramatismo (alteração na organização sintática), vocabulário restrito, dificuldades de nomeação, a escrita e a leitura em voz alta são usualmente tão prejudicadas quanto a fala. A Afasia de Broca é acompanhada de hemiplegia e apraxia à direita (TEIVE; MUNHOZ; CARAMELLI, 2011).

Na Afasia de Wernicke ocorrem lesões no lobo temporal do hemisfério cerebral dominante para a linguagem. Os sujeitos com Afasia de Wernicke têm grande dificuldade em compreender a linguagem falada e/ou escrita; a fala é fluente, a articulação e a produção da estrutura gramatical são “normais”, mas com o conteúdo anormal: são expressas palavras sem sentido, parafasias deformantes e neologismos (TEIVE, MUNHOZ, CARAMELLI, 2011).

A hemiplegia e a quadriplegia são déficits motores presentes em pessoas com LEA.

A hemiplegia caracteriza-se como paralisia muscular, podendo se manifestar como: fraqueza ou tensão local (PERRY, 2005; DORNELAS, 2011), distúrbio no mecanismo de reflexo postural normal, sequenciamento anormal da ativação muscular, presença da espasticidade, perda destreza e coordenação (WOLFE, 2000; COSTA; BEZERRA; OLIVEIRA, 2006).

O estado hemiplégico manifesta-se, inicialmente, como uma síndrome deficitária (hipotonia, arreflexia e fraqueza), podendo variar de pequenos intervalos até períodos de semanas ou meses. Este estado é, frequentemente, acompanhado pelo retorno parcial da função ou pelo aumento de tônus, caracterizado como hipertonia. (PERRY, 2005; DORNELAS, 2011; MOURA et al., 2012). Os sujeitos hemiplégicos tendem a uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o lado afetado e, conseqüente, transferência do peso corporal para o lado não afetado, ocasionando problemas posturais e/ou de deambulação (CHAGAS; TAVARES, 2001; SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT,

2002; COSTA; BEZERRA; OLIVEIRA, 2006; PERRY, 2005; DORNELAS, 2011; BRAUN; HERBER; MICHAELSEN, 2012).

Os sujeitos quadriplégicos<sup>1</sup> têm os quatro membros afetados. As limitações podem causar redução da força, paralisia e nos casos mais graves pode afetar a respiração, deixando-a mais difícil. Assim, podem decorrer de hemorragias cerebrais (no caso de traumas), de desordens da coagulação e, igualmente, no contexto de uma insuficiência vértebro-basilar, que consiste em um surto de isquemia aguda originária de uma carência de fluxo sanguíneo na artéria basilar (MACHADO; SCRAMIN, 2010; LIZ; ARENT; NAZÁRIO, 2012).

Os comprometimentos sensitivos ou sensoriais, também, decorrentes das LEA, podem comprometer a visão (diminuição da acuidade visual e diplopia, por exemplos), a capacidade olfatória, bem como podem produzir distúrbios auditivos e vestibulares. Os déficits de sensibilidade manifestar-se como: i) hipoestesia - diminuição da sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa (CECATTO, 2012; BARROS; PASSOS; NUNES, 2012); ii) comprometimento proprioceptivo - perda da capacidade de execução de movimentos de forma eficiente e controlada, afetando, também, a sensação e a noção de posição do corpo e realização de movimentos (CECATTO, 2012; CANCELA, 2008; BARROS; PASSOS; NUNES, 2012); iii) parestesias - sensações anormais, como formigamentos ou choques, ou seja, sensações cutâneas subjetivas que aparecem mesmo na ausência de estímulo (BARROS; PASSOS; NUNES, 2012) e, por fim, iv) as hiperestesias<sup>2</sup> - sensações exacerbadas a estímulos táteis, térmicos ou dolorosos (CECATTO, 2012).

O adoecimento causa transformações no cotidiano tanto do sujeito com LEA como dos seus familiares. Diante das inúmeras dificuldades impostas pela LEA citadas anteriormente, observa-se que estas podem atingir desde as tarefas mais simples e corriqueiras até tarefas mais complexas do cotidiano.

O cotidiano é a forma de um sujeito viver sua própria história e a de seu grupo social (SALLES; MATSUKURA, 2013). O ritmo da vida cotidiana é o mais profundo e primordial alimento para a existência de todos os seres humanos (HASSELKUS, 2006).

A cotidianidade é uma sucessão de acontecimentos vividos, que incluem espaços sociais, tempos diversos, pessoas e objetos (SALLES; MATSUKURA, 2013); o cotidiano é heterogêneo e varia conforme contexto, classe, gênero e idade (HELLER, 2000, 2002).

---

<sup>1</sup> Convém ressaltar que a quadriplegia pode resultar de doenças cerebrais, doenças da medula espinhal, doenças do sistema nervoso periférico, doenças neuromusculares e em casos mais raros, pode ser o resultado de doenças musculares (MACHADO; SCRAMIN, 2010).

<sup>2</sup> Na maioria das vezes de origem talâmica – existência de um foco irritativo talâmico que produz potenciais de ação anormais e a sensação dolorosa (CECATTO, 2012).

Galheigo (2003, p. 108) afirma que “a vida cotidiana do sujeito se revela no entroncamento da realidade exterior e da realidade psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras de autocuidado e automanutenção, nas manifestações de solidariedade”. Por sua vez, Salles e Matsukura (2015, p. 198), explicam que “É na vida cotidiana que as pessoas (...) fazem escolhas e participam dos processos produtivos. E é também na vida cotidiana que se desenvolvem os processos de saúde ou doença”.

Sendo assim, após o surgimento de uma patologia ou de sua consequência, os objetivos de vida que antes eram prioridades podem passar para segundo plano. O sujeito é exposto a novos desafios, pois as atividades que antes eram realizadas facilmente requerem novas aprendizagens e ou adaptações (SALLES; MATSUKURA, 2013). Esses autores concluem que após o processo de adoecimento:

“o sujeito terá que ressignificar suas experiências, buscar na vida antes do adoecimento sentido para sua vida, mas também encontrar novos caminhos de construção da sua subjetividade, de quem ele é, o que gosta de fazer, como participa dos modos de produção social e com quem se relaciona” (2013, p. 217).

Portanto, sujeitos com LEA podem apresentar muitas limitações causadas pela lesão, o que acaba por causar impactos significativos na sua constituição/condição de sujeito, no núcleo familiar, na atividade de trabalho, no convívio social, exigindo mudanças temporárias ou permanentes do sujeito e das pessoas com quem ele convive, bem como do ambiente físico que o cerca.

### **2.3 Atenção à saúde de sujeitos acometidos por Lesão Encefálica Adquirida**

O processo de reabilitação de sujeitos com LEA é uma necessidade - a medida mais importante no período de afastamento laboral. Os processos terapêuticos deveriam ser guiados por uma visão de homem e de saúde em seu contexto histórico, político e social. Para que esse “olhar do homem como um todo” ocorra, convém que os profissionais não atuem sozinhos (fechados em suas especialidades). Acreditamos na necessidade de haver atuação multiprofissional de natureza interdisciplinar ou transdisciplinar.

A atuação multiprofissional desenvolve-se sobre uma dinâmica de trabalho coletivo e recíproco entre múltiplas intervenções técnicas das diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 1998). “Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação” (PEDUZZI, 2001, p. 104).

A interdisciplinaridade caracteriza-se pela interação real das disciplinas dentro de um mesmo projeto, através de relações de interdependência e de conexões recíprocas, o que não deve ser confundido com simples trocas de informações (AMORIM; GATTÁS, 2007; COSTA, 2007). Enquanto que a transdisciplinaridade “diz respeito ao que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das disciplinas e além de toda disciplina. Sua finalidade é a compreensão do mundo atual, e um dos imperativos para isso é a unidade do conhecimento” (NICOLESCU, 2005, p. 52-53).

Feriotti (2009) explica que transdisciplinaridade não se limita apenas as discussões que contemplem as ciências exatas e humanas, ela expande-se entre ciência, arte, cultura, tradição, religião, experiência interior e pensamento simbólico; este conceito integra o conhecimento científico a outros modos de produção de conhecimento estabelecidos historicamente pela humanidade. “Contrária à neutralidade e objetividade da ciência tradicional, a transdisciplinaridade reconhece a importância da subjetividade humana na produção do conhecimento” (FERIOTTI, 2009, p. 186).

Os profissionais da saúde dedicados à reabilitação de pessoas com LEA, especialmente os terapeutas ocupacionais, precisam ampliar suas concepções sobre o cuidado dessas pessoas. Necessitam saber de fatos para além dos aspectos orgânico-funcionais produzidos pela lesão; necessitam, por exemplo, compreender que existem legislações específicas para completar o processo de reabilitação. As legislações visam a reinserção dos sujeitos em suas atividades sociais; incentivam o retorno às atividades laborais (anteriormente realizadas e/ou em outras atividades), de forma digna e segura. Porém, nem todas as profissões reabilitadoras, durante o processo formativo, discutem que, no Brasil, há uma legislação específica para trabalhador que adquire algum tipo de deficiência.

No capítulo IV da CF da Assistência Social, nos incisos III e IV, do Art. 203, contata-se a expansão dos direitos dos trabalhadores, independentemente da contribuição à seguridade social. Isso por que, conforme já citado, o Brasil adotou a Convenção 159 da OIT, de 01 de junho de 1983, sobre a Reabilitação Profissional e o Emprego de Pessoas Deficientes, bem como as Recomendações 99 e 168 da OIT, produzidas respectivamente nos anos 1955 e 1983 (GRAVINA; NOGUEIRA; ROCHA, 2003).

No que concerne à Previdência Social, órgão oficial voltado para os trabalhadores de todas as categorias profissionais, tem-se a garantia de benefícios por incapacidade, assim como para seus dependentes com deficiência menores de 16 anos. A Previdência Social inclui os aposentados espontaneamente por invalidez, ou quando, por ocasião da revisão do benefício, os técnicos consideram viável a aposentadoria. Também, podem receber benefícios

os dependentes pensionistas inválidos e as pessoas com deficiência sem vínculo com a Previdência, mediante convênio de cooperação técnico-financeira com instituições ou empresas (SIMONELLI et al., 2010).

A propósito do dito anteriormente, a Lei nº 8.213/91, em seu Art. 89, estabelece:

“A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação e de (re)adaptação profissional e social indicados para participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive” (BRASIL, 1991, p. 33).

Tem-se ainda o Decreto nº 3.048/99, que em seu Art. 77, afirma que:

“O segurado em gozo de auxílio-doença está obrigado, independentemente de sua idade e sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da previdência social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos.” (BRASIL, 1999, p. 39).

Há, atualmente, no Brasil, o Programa Reabilita, desenvolvido no âmbito do SUS, mas que não se responsabiliza unicamente pela reabilitação de trabalhadores (SIMONELLI et al., 2010). A reabilitação profissional, pelo Reabilita, resume-se ao encaminhamento do trabalhador de volta à empresa de vínculo para função compatível e/ou indica a realização de 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 (SIMONELLI et al., 2010).

Diante das limitações apresentadas pelos sujeitos acometidos por LEA, pode-se considera-los como pessoas com deficiência, portanto, tais sujeitos podem utilizarem-se das políticas públicas e das legislações que amparam as pessoas com deficiência, sobretudo a legislação das cotas trabalhistas.

As pessoas com deficiência fazem parte de um grupo populacional que, apenas em 1948, passou a integrar o conjunto de preocupações da Organização das Nações Unidas (ONU). Nesta data, foi proclamada, em Assembleia Geral, a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos define como princípio maior a condição de todos os homens nascerem livres e iguais em dignidade e direitos,

independentemente da raça, cor, sexo, religião, opinião política, origem social e que todos são iguais e tem direito, sem distinção, a igual proteção da Lei. (ONU, 1948). A partir desta Declaração, a pessoa com deficiência tornou-se foco constante de leis específicas que visam a garantia de direitos básicos de cidadania, tais como, direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e linguísticos.

Após cinquenta anos, em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>3</sup> propondo um conceito único para o termo deficiência: “Deficiências: são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou uma perda” (OMS, 2004, p13). Na CIF, o foco deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito, sendo assim, ela pode ser aplicada a qualquer pessoa, deixando de ser unicamente voltada para pessoas com deficiência, como era a ICIDH (OMS, 2003).

A CIF engloba fatores como o ambiente físico e social, as diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, a disponibilidade de serviços e a legislação (FARIA; BUCHALLA, 2005). Este modelo é baseado em dois conceitos: a funcionalidade - “termo que abrange todas as funções do corpo, atividade e participação [...], e a incapacidade é um termo que abrange deficiências, limitações de atividades ou restrição na participação” (OMS, 2008, p.13)<sup>4</sup>. A CIF tem uma perspectiva de multidirecionalidade, ou seja, é um modelo em que os fatores ambientais, sociais e pessoais não são menos importantes que a

---

<sup>3</sup> A primeira classificação criada pela OMS foi a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) em 1976. A versão foi traduzida em Portugal pelo Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa. Ao ser traduzida, a ICIDH ficou conhecida no Brasil como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que propunha uma sequência em que as alterações funcionais ocorriam devido a uma determinada doença (SAMPAIO et al., 2005; ARAUJO, BUCHALLA, 2010). Esta classificação baseava-se em três conceitos, *impairment* (deficiência) descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) caracterizando-se como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional (desempenho das atividades); *handicap* (desvantagem) considera a deficiência e incapacidade e sua adaptação ao meio ambiente (BUÑUALES, DIEGO, MORENO, 2002; FARIAS; BUCHALLA, 2005). No ano de 1993, a ICIDH sofreu uma revisão, sendo lançada a ICIDH-2 (BUCHALLA, 2003). Em 1997, elaborou-se uma versão preliminar ICIDH-2 alfa; as alterações eram baseadas em sugestões recolhidas nos anos anteriores. Esta nova versão foi liberada para estudos de campo em junho de 1997, após diversos estudo foi lançada uma nova versão preliminar ICIDH-2 beta - redigida entre janeiro e abril de 1999. Sendo lançada em Londres na reunião anular da ICIDH-2 em abril e 1999 e utilizada para estudos de campo em julho do mesmo ano (ARAUJO, BUCHALLA, 2010). Em novembro de 2000, após a versão Beta-2 ser aplicada em dezenas de países e os resultados foram apresentados. Antes da versão beta, alguns pontos negativos foram apontados, como a falta de abordagem dos aspectos sociais e ambientais e a falta de relação entre as dimensões da classificação (ARAUJO, BUCHALLA, 2010).

<sup>4</sup> A criação de modelos de classificação de incapacidades cumpre o objetivo de nortear as discussões e as pesquisas sobre funcionalidade e incapacidade. As discussões para a organização e criação das classificações da OMS basearam-se no modelo do sociólogo Saad Nagi, o primeiro a tentar descrever o processo de incapacitação e a realizar uma distinção conceitual entre patologia, deficiência, limitação funcional e incapacidade (WHO, 2001).

presença de doença na determinação da função, da atividade e da participação. Sendo assim, este novo modelo proposto pela OMS ganham grande importância epidemiológica, já que o fator social é determinante para o nível de saúde de uma população.

Ao discutir funcionalidade, a CIF explora os seus aspectos positivos e identifica o que o sujeito consegue fazer em sua vida cotidiana. A CIF é formada por duas partes, cada uma com dois componentes, a Parte 1 – Funcionalidade e Incapacidade (Funções e Estruturas do Corpo – Atividade e Participação) e Parte 2 – Fatores Contextuais (Fatores Ambientais – Pessoais). Trata-se de uma classificação hierarquizada e utiliza um sistema alfanumérico no qual as letras **b**, **s**, **d** e **e** indicam, respectivamente, funções do corpo (**b** – *body*), estruturas do corpo (**s** – *structure*), atividades e participação (**d** – *domínio*) e fatores ambientais (**e** – *environment*) (OMS, 2003; OMS, 2008; ARAUJO; BUCHALLA, 2011).

O uso da CIF não se restringe à área da saúde, outras áreas podem se beneficiar, como, por exemplo, a assistência social, previdência social, educação, advocacia (OMS, 2003); ela pode ser utilizada, também, para o “desenvolvimento geral da legislação e modificação ambiental” (OMS, 2003, p. 17).

Diante das modificações ocorridas na área da saúde, cientistas e profissionais se depararam com a necessidade de avaliação de mais um fator subjetivo: o conceito de Qualidade de Vida (QV) (FLECK, 2000; FLECK et al., 2000).

A QV foi definida pelo *WHOQOL Group* da OMS como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994, p. 28).

Foi criado, inicialmente um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (*WHOQOL-100*) que referem a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Esses domínios são divididos em 24 facetas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK, 2000). Mas, a necessidade de instrumento mais curtos para coleta de dados, fez com que o Grupo de QV da OMS desenvolvesse uma versão abreviada o *WHOQOL – Bref*. No *WHOQOL-Bref* cada faceta é avaliada por apenas uma questão<sup>5</sup>. No nível psicométrico, selecionou-se, então, a questão que mais altamente se correlacionasse ao escore total do *WHOQOL-100*, calculado pela média de todas as facetas (FLECK, 2000).

---

<sup>5</sup> Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países. No nível conceitual, foi definido que o caráter abrangente do instrumento original deveria ser preservado.

O *WHOQOL – Bref* mensura a percepção dos indivíduos a respeito de sua QV, baseia-se nos pressupostos de que QV é um construto subjetivo multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas (SILVA et al., 2009).

De acordo com Salles e Barros (2007, p. 76), a saúde é um fenômeno complexo, que “[...] intervém na forma como o homem vive determinado espaço e tempo; como cada pessoa constrói um significado para a vida”. A partir deste conceito de saúde pode-se entender que a vida cotidiana é um fator que influencia no processo saúde/doença, e para melhor entender este processo os profissionais da saúde podem utilizar-se da CIF e o *WHOQOL – Bref*, pois são instrumentos que possibilitam uma análise e uma reflexão ampliada das condições reais de saúde e do contexto social no qual esta inserido o sujeito. Portanto, embora a condição de saúde seja importante para a vida dos sujeitos, nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, questão médica ou sanitária (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012),

Note-se que, na atualidade, os profissionais de saúde dispõem de muitos conceitos e recursos para a prática do cuidado de sujeitos com LEA, foco deste estudo. E, ainda, contam com um extenso conjunto de legislações que visam garantir a condição de cidadão destes sujeitos, conforme será discutido na seção a seguir.

## **2.4 Direitos ao trabalho e a reinserção laboral de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida**

No período imediato à sobrevivência a uma LEA, o trabalhador (agora com deficiência) é encaminhado para uma rotina de avaliações médicas periciais cuja operacionalidade se traduz em um longo processo burocrático. O trabalhador afastado ocupa então um lugar fora dos processos produtivos, provocando uma ruptura nos elementos que o identificam como sujeito (GONÇALVES; BUAES, 2011). O afastamento do trabalho, segundo Ramos et al., (2008), produz marcas e efeitos na lógica da produtividade exacerbada: os trabalhadores afastados são tidos como incapazes e, necessariamente, como improdutivos, podendo ser privados dos direitos garantidos pela legislação.

No Brasil, os direitos e deveres sociais às pessoas com deficiência estão na Constituição Federal brasileira (CF), de 1988 (BRASIL, 1988). No Capítulo I (dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos), Art. 7 estão assegurados os direitos trabalhistas das pessoas com deficiência. Esta seção apresenta a proibição de quaisquer atos discriminatórios envolvendo questões salariais ou admissionais na atividade laboral da pessoa com deficiência.

No Capítulo VII (da Administração Pública) da CF, em sua seção I (Disposições Gerais), Art. 37 tem-se, a reserva de um percentual de cargos públicos destinados a esta

população (posteriormente estabelecidas na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990); no mesmo Capítulo VII, no Art. 201, § 1º, há referência sobre a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos beneficiários com deficiência, a qual é complementada pela Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005 (BRASIL, 1988).

No que concerne ao trabalho, a CF assegura um direito fundamental das pessoas com deficiência, inscrito em seu Art. 5, estabelecendo a igualdade entre os homens, assim acaba por romper com o modelo assistencialista, até então vigente, pois embora já houvesse aprovado na Convenção 159, em 1983, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), o Brasil ainda não havia organizado uma estrutura jurídica capaz de integrar a pessoa com deficiência no meio social e trabalhista. O estabelecimento da reserva de vagas no Art. 93, da Lei nº 8.213 (1991) foi o primeiro passo nesta direção. Mas, somente com a regulamentação da Lei 7.853 (1989), pelo Decreto 3.298 (1999), dez anos depois da edição da primeira, que se concretizaram, no ordenamento jurídico, os princípios de não discriminação e igualdade adotados na atual CF (SCHEUERMANN, 2012).

Ocupado com a inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, no ano de 2000, o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) criou uma definição utilizando os conceitos das recomendações nº 99 (OIT, 1955) e nº 168 (OIT, 1983) e aperfeiçoados pela Convenção nº 159 (OIT, 1983). Assim, para o MTE, pessoas com deficiência são aquelas que sofreram alguma perda ou que possuam anormalidades em estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, sejam elas: deficiência física, auditiva, visual, mental, permanente ou temporária, que restrinjam o desempenho de atividades no padrão considerado normal para o homem e para a sociedade (BRASIL, 2000; TÁVORA; TÁVORA, 2003). Esta definição, conforme dito anteriormente, foi indicada pela Resolução nº 3.447 (BRASIL, 1975) e no Decreto nº 3.298 (BRASIL, 1999), embasada na definição adotada pela OMS (BRASIL, 2006).

Autores como Teixeira e Guimarães (2006), com os quais concordamos, defendem que após uma lesão encefálica, o retorno ao trabalho deve ser estimulado, pois impulsiona a reconstrução da vida. A mudança de profissão é outra alternativa propulsora da própria existência.

No entanto, sabe-se que, na realidade brasileira há dificuldades de acesso da população deficiente à Previdência Social e o desconhecimento dos direitos garantidos pela legislação, por parte dos sujeitos e de seus familiares. Nesse sentido, a pessoa com LEA encontra dificuldades no momento do retorno a atividade a laboral. A primeira delas é o

processo de reabilitação, seguida da reinserção no mercado de trabalho (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006).

Se assim é, quando reinserido no mercado de trabalho, a pessoa com LEA se depara com outros obstáculos: a instituição/empresa não sabe como acolhê-lo, não somente pelas restrições de acesso físico, mas pelas barreiras atitudinais: os cuidados exacerbados ou o descuido exagerado camuflam a capacidade laborativa do empregado que retorna ao trabalho. As atividades de pequena significância lhe são atribuídas com o intuito de ocupar o tempo, desconsiderando as habilidades, competências e desejos que o sujeito com LEA possa ter (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2006).

Pelo exposto anteriormente, pode se dizer que há muito a ser discutido e produzido com relação à reinserção de trabalhadores com LEA no mercado de trabalho, sobretudo pelos núcleos da Terapia Ocupacional e da Fonoaudiologia. Ademais, há que se considerarem questões de ordem familiar envolvidas, as quais são discutidas a seguir.

## **2.5 Contexto familiar após episódio de Lesão Encefálica Adquirida de um de seus membros**

Conforme já dito, as limitações da LEA não se restringem somente à vida do sujeito acometido, estendem-se a todos do círculo familiar, pelo menos, nos primeiros momentos após a lesão. As sequelas podem variar de limitações motoras imperceptíveis, que não causam grande influência na vida do sujeito e de seus familiares, até sequelas mais graves que obrigam o sujeito a utilizar uma rede de serviços médico, hospitalares, de reabilitação e ainda depender de um cuidador (FARIAS et al., 2005). Ou seja, as restrições da autonomia e da independência do sujeito com LEA podem demandar auxílio de familiares e/ou de terceiros para cuidados pessoais, assim como podem exigir adaptações domiciliares, a utilização de equipamentos e realização de exercícios rotineiros para a reabilitação física e mental da pessoa (ARAÚJO, 2001; OLIVEIRA et al., 2012).

Sabe-se que a palavra cuidar origina-se do latim *coera* – “cura” e *cogitare/cogitatus* – “cuidado” (WALDOW, 1999). Segundo Farias e colaboradores (2005), cuidar representa um ato de doação, algo intrínseco ao ser humano; o cuidado é exercido em relação ao que o cerca e que lhe é importante, por exemplo, os filhos, os pais, o esposo/esposa, a casa, o carro, o jardim, os animais de estimação, as pessoas com limitações em seu cotidiano ou doentes *etc.* “O Homem cuida das coisas que o cerca, pois é uma forma de sobrevivência e uma necessidade social” (FARIAS et al., 2005, p. 114). Cuidar do ser

humano é algo natural e biológico, como comer ou dormir e sua origem está entrelaçado com natureza social do próprio ser (TAYLOR, 2004; WALDOW, 1999).

O cuidar de pessoas com LEA é, na maioria das vezes, realizado por familiares o que acaba por interferir diretamente na rotina do círculo familiar (FARIAS et al., 2005). As exigências do cuidado promovem uma brusca mudança no estilo de vida, forçam a família a conviver domiciliarmente com as sequelas de uma patologia que, não raras vezes, acarretam impactos financeiros, emocionais e sociais na vida de seus membros (ARAÚJO, 2001; OLIVEIRA et al., 2012).

A complexidade do cuidado altera, portanto, a dinâmica familiar: há uma reorganização dos papéis, ou seja, um pai que sempre cuidou de uma filha, agora, com limitações decorrentes da LEA, é cuidado por ela. Estas mudanças, em alguns momentos, tornam-se conflitantes e frustrantes (FARIAS et al., 2005), gerando situações de estresse e trazendo transtornos tanto para o familiares/cuidador como para o sujeito cuidado (OLIVEIRA et al., 2012; PINTO; NATIONS, 2012). Portanto, o novo estilo de vida imposto por um episódio lesional, de caráter permanente/crônicos trazidos pela LEA, exige tempo e adaptação de ambas as partes envolvidas – o sujeito acometido e sua família.

Cruz e colaboradores (2010) referem que alguns núcleos familiares apontam fatores positivos nesta nova relação/situação; alguns familiares/cuidadores relatam mudança de postura em relação à vida, relatam que esta passa a ser vivida de maneira mais flexível. Segundo os autores, o fortalecimento da capacidade pessoal frente às adversidades, também é outro ponto exposto por familiares/cuidadores, sendo considerado como fator que auxilia no desempenho desta tarefa de maneira mais adequada.

Sabe-se que as relações familiares, especificamente entre o familiar/cuidador e o sujeito cuidado, sofrem transformações que variam de acordo com a estrutura familiar, e, também, do contexto social e cultural da comunidade e da própria família (MICHELLI, 2009; MANOEL et al., 2013; RODRIGUES et al., 2013). Sendo assim, os hábitos, costumes, linguagens, crenças, (RODRIGUES et al., 2013) e a força e o valor das relações estabelecidas ao longo dos anos (MICHELLI, 2009; MANOEL et al., 2013) estão envolvidos na relação cuidador/sujeito cuidado. São tais fatores que determinam a qualidade das relações familiares e dos cuidados praticados e recebidos.

Note-se que os aspectos discutidos nas seções deste capítulo são fundamentais para responder aos objetivos deste estudo: analisar o cotidiano e as condições de vida/saúde e laborais de sujeitos com LEA, em idade produtiva, na cidade de Santa Maria/RS, bem como a QV destes sujeitos e de seus familiares/cuidadores.



### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

Pelas características das questões abordadas, o presente estudo, foi desenvolvido de modo descritivo, qualitativo e, também, quantitativo.

Convém ressaltar que uma pesquisa descritiva expõe as características de determinadas populações ou fenômenos; utiliza fatos colhidos da própria realidade, tendo a coleta de dados específicos como uma das suas tarefas principais (GIL, 2008). Segundo esse autor, as pesquisas descritivas se desenvolvem, principalmente, nas ciências humanas e sociais, mas, do nosso ponto de vista, são também aplicáveis às ciências da saúde, especialmente, quando se adota uma concepção ampliada de saúde (determinada e condicionada por fatores biológicos e socioculturais).

Por sua vez, estudos qualitativos, segundo Michel (2009), demonstram caráter subjetivo; implicam discussões e interpretações de situações, fatos e opiniões que podem ser apresentadas em formato de textos narrativos/corridos. Remetem práticas relativamente diversificadas e múltiplas e, ainda, possibilitam estudar os problemas sociais e as práticas profissionais e/ou institucionais, visando-se resolver os problemas (GROULX, 2010).

Por fim, a abordagem quantitativa, segundo Richardson (1999), caracteriza-se pela modalidade da coleta de informações e seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, das mais simples, às mais complexas. Também, Oliveira (2002) destaca que o enfoque quantitativo é frequentemente aplicado nos estudos descritivos que procuram descobrir e classificar a variação entre variáveis.

Este estudo se ocupou de conhecer como se dão os afastamentos do trabalho e/ou aposentadorias das pessoas com LEA, em idade produtiva, e suas repercussões na vida do trabalhador e de seus familiares. No caso dos sujeitos com LEA, os critérios de inclusão foram: i) a idade (deveriam estar em idade produtiva - entre 16 e 60 anos para o sexo feminino e 16 e 65 anos para o sexo masculino (BRASIL, 1943); ii) as sequelas da LEA (sujeitos deveriam apresentar afasia e/ou limitações motoras) e iii) a situação de acompanhamento terapêutico (deveriam estar vinculados a, pelo menos, um serviço de Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional existente na cidade de Santa Maria – RS). Tais serviços deveriam ser públicos, filantrópicos ou privados, prestadores de atendimentos pelo SUS. Foram excluídos da coleta os sujeitos com LEA menores que 16 anos, os que não apresentaram afasia e/ou limitações motoras. Incluiu-se no estudo familiares/cuidadores (familiares ou não) dos sujeitos com LEA, sendo excluídos os sujeitos e familiares/cuidadores que não concordaram com os objetivos e Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido – TCLE (Sujeitos com LEA – APÊNDICE A e Familiares/cuidadores – APÊNDICE B).

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a dezembro de 2014. Como já mencionado, ocorreu em serviços públicos, filantrópicos ou que prestam serviços de reabilitação à rede pública de saúde Santa Maria/RS.

Como todo projeto de pesquisa realizado em instituições prestadoras de serviço, este foi apresentado, primeiramente, às instituições envolvidas, para apreciação das mesmas, solicitando-se a assinatura do Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE C) e somente após tal autorização, deu-se prosseguimento ao registro do projeto. Todos os serviços convidados aceitaram colaborar com o estudo.

Convém esclarecer que a coleta foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSM (ANEXO A), obtendo aprovação, sob parecer número 680.520.

Deste modo, a pesquisa foi desenvolvida respeitando-se as normas que regulamentam as pesquisas com seres humanos, ou seja, cumprindo-se os princípios éticos aprovados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Ressalta-se que os nomes dos participantes são mantidos em sigilo, preservando-se suas identidade, sendo os sujeito com LEA identificados por S1, S2, S3 e assim, consecutivamente, e seus familiares são apresentados por F1, F2, F3 *ect*.

A coleta de dados ocorreu por meio de busca ativa, ou seja, cada serviço foi visitado por uma das pesquisadoras, de modo que ao chegar nas instituições era solicitada, ao responsável pelo serviço, a lista de todos os sujeitos com LEA em idade produtiva que estavam sendo atendidos no local e seu respectivo terapeuta. Após, a pesquisadora conversava com o terapeuta responsável para ter um conhecimento prévio da condição do sujeito. Todos os contatos com os sujeitos com LEA foram realizados nos serviços, por intermédio do terapeuta de referência do sujeito.

Junto aos sujeitos com LEA e familiares/cuidadores (quando existiam), a pesquisadora expunha os propósitos do estudo. No momento do convite, era esclarecido aos sujeitos com LEA e seus familiares/cuidadores que a coleta de dados seria realizada em outro dia, na residência dos mesmos, e que esta seria previamente agendada, de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Esclarecia-se, também, que os sujeitos com LEA responderiam a dois questionários - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (ANEXO B) e *World Health Organization Quality of Life* –

*WHOQOL – BREF* (ANEXO C) e a uma entrevista semiestruturada,<sup>6</sup> especialmente, elaborada para este estudo (APÊNDICE D), e que os familiares/cuidadores responderiam a um questionário (*World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF*) e a uma entrevista semiestruturada para este fim (APÊNDICE E). Também foram informados que haveria gravação em áudio destas entrevistas e que estes tinham total liberdade para participarem ou não da pesquisa. Todos os sujeitos com LEA e familiares/cuidadores convidados concordaram em participar do estudo.

Antes de iniciar a aplicação dos questionários e realizar a entrevista era realizada a leitura do TCLE com os participantes, explicando-se cada ponto do documento e esclarecendo-se todas as dúvidas que surgiam.

A entrevista semiestruturada dos sujeitos com LEA levantou os seguintes dados: sexo, idade da lesão, idade atual, diagnóstico, sequelas, escolaridade, categoria de segurado, situação diante da previdência social, profissão, carga horária de trabalho, tempo de afastamento, foi realizada alguma tentativa de retorno ao trabalho, tempo de afastamento, permaneceu na mesma função ou foi remanejado de cargo, orientações para o retorno ao trabalho, adaptações no local de trabalho, dificuldade no retorno ao trabalho, barreiras atitudinais, alterações no cotidiano após a lesão (APÊNDICE D). A entrevista realizada com os familiares/cuidadores dos sujeitos com LEA foi composta pelos seguintes questionamentos: sexo, idade, profissão, escolaridade, parentesco, cuidador principal, alterações na estrutura familiar e no cotidiano (APÊNDICE E).

Quanto à CIF, convém esclarecer que ela é uma classificação desenvolvida pela OMS, caracterizada como neutra em relação à etiologia, diferentemente da Classificação Internacional de Doença – CID-10 (OMS, 2003)<sup>7</sup>.

Na estrutura da CIF (ANEXO B), os itens relacionados a funções e estruturas corporais estão em duas seções distintas. O item “função do corpo” refere-se às questões fisiológicas dos sistemas orgânicos, como, por exemplo, as funções respiratórias, cardíacas, urinárias, mentais, dentre outras. As estruturas corporais correspondem às partes da anatomia, ou seja, aos órgãos, membros e seus componentes (OMS, 2008). Ao qualificar as funções corporais considera-se o grau de deficiência, ou seja, as alterações funcionais/disfunções (ARAUJO, 2011).

---

<sup>6</sup> Ressalta-se que as entrevistas são recursos que possibilitam compreender dados da realidade (pessoal e social) (GROULX, 2010). A entrevista semiestruturada conta com questões ordenadas/encadeadas, mas não precisa ser seguida de forma rigorosa (HAGEDORN, 2007).

<sup>7</sup> Apesar de serem classificações totalmente independentes, a CIF e a CID-10 são complementares; o uso das duas classificações pode refletir informações mais detalhadas e completas sobre o estado de saúde da população (OMS, 2003; FARIA, BUCHALLA, 2005; PENKAL, 2014).

As deficiências são qualificadas por graus, variando de 0 (zero) a 4 (quatro). O 0 (zero) – nenhuma deficiência – indica a ausência de problema de saúde; o grau 1 (um) – deficiência leve – a presença do problema em menos de 25% do tempo, sendo sua interferência tolerável no cotidiano; 2 (dois) – deficiência moderada – presente em menos de 50% do tempo, interferindo nas AVD; 3 (três) – deficiência grave – presente em mais de 50% do tempo, prejudicando/rompendo, parcialmente, as AVD; 4 (quatro) – deficiência grave – presente em mais de 95% do tempo, comprometendo, totalmente, as atividades cotidianas. Há, ainda, os qualificadores 8 (oito) e 9 (nove), usados, respectivamente, para situações – não especificado – no caso de as informações passadas serem insuficientes para especificar a gravidade da deficiência; e — não aplicável – quando o código é inapropriado para o sujeito envolvido (OMS, 2003; OMS, 2008) (ANEXO B).

As estruturas do corpo são qualificadas a partir de três qualificadores, o primeiro refere-se à extensão da lesão (utiliza as mesmas especificações das deficiências utilizadas anteriormente); o segundo indica o tipo de alteração estrutural - 0 (zero) aponta a ausência de alteração; 1 (um) – ausência total; 2 (dois) – ausência parcial; 3 (três) – parte adicional; 4 (quatro) – dimensões aberrantes; 5 (cinco) – descontinuidade; 6 (seis) – posição desviada; 7 (sete) – mudança na estrutura, incluindo acúmulo de líquido; 8 (oito) – não especificado; e 9 (nove) – não aplicável. O terceiro qualificador é opcional, um complemento, indica a localização: 0 (zero) mais de uma região; 1 (um) – direita; 2 (dois) – esquerda; 3 (três) – ambos os lados; 4 (quatro) – parte frontal; 5 (cinco) parte dorsal; 6 (seis) – parte proximal; 7 (sete) parte distal; 8 (oito) – não especificado; e 9 (nove) – não aplicável (OMS, 2003; OMS, 2008) (ANEXO B).

O item Atividade corresponde à execução de uma ação/tarefa desempenhada por um sujeito; portanto, quando um sujeito apresenta desempenho insatisfatório, pode-se indicar limitações de atividades. O item Participação é caracterizado pelo envolvimento do sujeito em uma situação da vida diária; quando há dificuldades para tal envolvimento, o direito de participação se torna restrito (OMS, 2003; OMS, 2008; ARAUJO, 2011). Para qualificar estes itens são utilizados dois qualificadores, utilizando a mesma ordem dos qualificadores das funções corporais. O primeiro qualificador refere-se ao desempenho, extensão da restrição à participação, enquanto que o segundo indica a capacidade (sem assistência), apontando a limitação de atividade (OMS, 2003; OMS, 2008) (ANEXO B).

Os Fatores Contextuais possibilitam identificar o histórico da organização e do estilo de vida das pessoas; são divididos em dois componentes: Fatores Ambientais e Pessoais. Os fatores ambientais são externos ao sujeito, podendo agir como facilitadores ou como barreiras

em seu cotidiano, o ambiente físico, social e atitude de pessoas são exemplos de fatores ambientais (OMS, 2003; OMS, 2008). Os fatores pessoais organizam-se em dois níveis distintos – individual e social. O individual tem o seu foco voltado para o ambiente imediato (local de trabalho, domicílio, escola, por exemplo) do sujeito, assim como para o contato direto com outro (família, conhecidos, colegas, amigos, por exemplo). Os fatores sociais referem-se às estruturas sociais, formais e informais, regras de conduta ou sistemas da comunidade que tem o seu impacto sobre o sujeito (ANEXO B).

Para qualificar estes itens são utilizados os qualificadores de barreiras e facilitares: 0 (zero) – nenhuma barreira; 1 (um) barreira leve; 2 (dois) – barreira moderada; 3 (três) – barreira grave; 4 (quatro) – barreira completa; 0 (zero) – nenhum facilitador; +1 (mais um) – facilitador leve; +2 (mais dois) – facilitador moderado; +3 (mais três) – facilitador considerável; +4 (mais quatro) – facilitador completo (OMS, 2003; OMS, 2008) (ANEXO B).

O *WHOQOL – Bref* (ANEXO C) é uma avaliação de QV; foi validado, no Brasil, por Fleck e colaboradores (2000), conta com 26 questões, sendo duas questões gerais de QV. Sua estrutura compreende quatro domínios: Físico (avalia dor, desconforto, fadiga, sono, mobilidade, dependência de medicamentos e capacidade para o trabalho); Psicológico (sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, autoestima, imagem corporal, espiritualidade); Relações Sociais (relações pessoais, apoio social e atividade sexual); e Meio Ambiente (segurança física, ambiente físico, recursos financeiros, cuidados de saúde, informação, recreação e lazer e transporte); além de um escore global. Cada item é pontuado em uma escala de 1 a 5, em que pontuações maiores indicam melhor QV (FLECK et. al, 2000; WITTMANN-VIEIRA; GOLDIM, 2012).

Convém dizer que os sujeitos com LEA e seus familiares/cuidadores responderam aos questionamentos separadamente, buscando evitar constrangimentos ou melindres diante das questões. As gravações com os sujeitos com LEA tiveram duração de aproximadamente 60 minutos, e a dos familiares/cuidadores durou aproximadamente 40 minutos. Ressalta-se que alguns sujeitos com LEA não necessitam de cuidadores, então, estes sujeitos integram o estudo, mas sem cuidador responsável.

Estiveram envolvidos neste estudo sete serviços de Fisioterapia (identificados como FT-1, FT-2, FT-3, FT-4, FT-5; FT-6, FT-7); dois de Fonoaudiologia (identificados como FO-1 e FO-2) e dois de Terapia Ocupacional (TO-1 e TO-2), contemplando-se um total de 48 sujeitos com LEA e 27 cuidadores/familiares.

Nas clínicas de Fisioterapia foram coletados dados de 36 pessoas com LEA e de 20 cuidadores/familiares; nas de Fonoaudiologia coletaram-se dados de sete sujeitos com LEA e

três familiares/cuidadores e nas de Terapia Ocupacional, foram coletados dados de cinco sujeitos com LEA e quatro familiares/cuidadores (confira no Quadro 1, detalhamento das informações anteriormente referidas).

**Quadro1-** Prestadores de serviço e número de sujeitos atendidos nos serviços de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional do referido município e sujeitos participantes da coleta de dados de cada serviço.

Serviço	Prestador	Sujeitos com LEA	Sujeito com LEA em idade produtiva	Familiar/Cuidador	
Fisioterapia	Clínica FT-1	Clínica particular prestadora de serviço a Secretaria Municipal de Saúde.	9	7	3
	Clínica FT-2	Clínica particular prestadora de serviço a Secretaria Municipal de Saúde.	5	0	0
	Clínica FT-3	Clínica particular prestadora de serviço a Secretaria Municipal de Saúde.	15	7	4
	Clínica FT-4	Serviço Municipal de Fisioterapia.	5	2	2
	Clínica FT-5	Organização Não Governamental, sem fins lucrativos, que atende pessoas com deficiência intelectual e deficiências associadas.	27	7	3
	Clínica FT-6	Serviço Filantrópico.	24	2	2
	Clínica FT-7	Extensão Universitária/Estágio e o Programa de Extensão Universitária com fomento	26	11	6
Fonoaudiologia	Clínica FO-1	Extensão Universitária – Estágio.	1	1	0
	Clínica FO-2	Extensão Universitária – Programa de Extensão com fomento.	17	6	3
Terapia Ocupacional	Clínica TO-1	Extensão Universitária – Estágio.	12	3	2
	Clínica TO-2	Serviço Filantrópico.	6	2	2
Total			147	48	27

Fonte: Dados coletados por meio de busca ativa nos serviços.

A partir do uso dos instrumentos de coleta, anteriormente identificados, foram realizados os tratamentos quantitativos (CIF e *WHOQOL – Bref*) e qualitativos (entrevistas semiestruturadas) dos dados.

Os dados quantitativos foram armazenados no Microsoft Office Excel 2010 e a análise foi processada no *Software Statistica 9.1*. Realizou-se uma análise descritiva (de frequência), o teste de correlação de *Spearman* (tratamento os dados da CIF *WHOQOL – Bref* dos sujeitos com LEA) e o Teste Não Paramétrico U de *Mann-Whitney* (tratamento dos dados da QV dos sujeitos com LEA e dos familiares/cuidadores), considerando um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

A análise dos dados qualitativos seguiu os preceitos da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Para Bardin (2011, p. 47), o termo análise de conteúdo designa:

“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção variáveis inferidas) destas mensagens.”

Para realizar análises de conteúdo, o pesquisador deve compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás das expressões/mensagens. Devendo então, entender o sentido da comunicação, buscando as significações possíveis por meio ou ao lado daquilo que foi falado (BARDIN, 2011).

Após a realização das entrevistas semiestruturadas junto aos sujeitos com LEA e dos seus familiares/cuidadores, os enunciados foram transcritos de forma literal/ortográfica (criação de duas unidades de registro – 1) Banco de Dados dos Sujeitos com LEA e 2) Banco de Dados dos Familiares/Cuidadores). A partir destes bancos, os dados foram categorizados em tópicos de análise, procurando responder aos objetivos do presente estudo.

Os tópicos de análises da entrevista semiestruturada dos sujeitos com LEA apresenta os seguintes itens: reinserção laboral, alterações no cotidiano (alterações na atividade de trabalho, sentimentos em relação ao afastamento, alterações nas AVD e AIVD, limitações nas atividades de lazer). A semiestruturada dos familiares/cuidadores conta com os seguintes itens: alteração na estrutura familiar (inversão de papéis no círculo familiar, afastamento e/ou aproximação de familiares), sobrecarga (física, psicológica, emocional) aceitação das mudanças pela família, percepção do familiar/cuidador sobre o afastamento da atividade laboral do sujeito com LEA e os impactos que este afastamento trouxe para a vida do sujeito.

A partir dos tópicos realizou-se a interpretação e análise dos dados; nesta fase cada categoria foi explorada a fim de identificar nos relatos dos sujeitos com LEA e de seus familiares/cuidadores as peculiaridades dos contextos nos quais estão inseridos os grupos.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 ARTIGO – Caracterização de sujeitos em idade produtiva com Lesão Encefálica Adquirida acompanhados nos serviços públicos/filantrópicos de reabilitação de um município gaúcho<sup>8</sup>

**Characterization of individuals in working age with Acquired Brain Injury assisted in public/philanthropic services of rehabilitation programs in a city of Rio Grande do Sul**

Aline Sarturi Ponte<sup>1</sup>, Elenir Fedosse<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Fonoaudióloga, Docente do Curso de Fonoaudiologia e do Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Aline Sarturi Ponte. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH - Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS.

**E-mail** - alinesarturi@hotmail.com

Área: Saúde Coletiva

Tipo de manuscrito: artigo original de pesquisa

Fonte de auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Conflito de Interesse: inexistente.

---

<sup>8</sup> Este artigo será encaminhado para a Revista CEFAC, endereço eletrônico [http://www.revistacefac.com.br/instrucoes\\_pt.php](http://www.revistacefac.com.br/instrucoes_pt.php).

**4.1.1 Resumo:** Objetivo: analisar as condições sociodemográficas, as condições de saúde (inclusive agravos neurológicos) de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida em idade produtiva, bem como suas condições pregressas e atuais de trabalho. Metodologia: É um estudo de natureza descritiva de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados entre junho e dezembro de 2014, por meio de uma entrevista semiestruturada. Resultados: Participaram do estudo 48 sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida; incidência entre o sexo masculino (52,1%) e feminino (47,9%) foi equilibrada; média de idade, no momento da lesão, foi de 48,7 anos; 64,5% eram casados; 62,5% tinham o Ensino Fundamental Incompleto; ocupação anteriormente à Lesão Encefálica Adquirida, mais frequente, foi doméstica (18,7%); 47,9% dos sujeitos pós-lesão foram aposentados, apenas 6,3% voltaram ao trabalho e 93,7% gostariam de retornar. Quanto aos comprometimentos neurológicos, 41,1% foram acometidos por Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (52,1% apresentaram afasia e 52,2% hemiplegia direita). A condição de saúde física de 60,4% foi considerada moderada; 58,3% consideraram a saúde mental ruim, 60,4% nunca fumaram e 93,7% pararam de ingerir álcool pós-lesão. 62,5% eram acompanhados somente em Fisioterapia; 54,2% usavam algum recurso assistivo. As atividades de lazer de 58,4% dos sujeitos estavam prejudicadas. Conclusão: A média de idade dos sujeitos deste estudo é inferior a outros nacionais; o nível de escolaridade é baixo; as ocupações anteriores a Lesão Encefálica Adquirida eram de baixo rendimento financeiro e o índice de aposentadoria é alto pós-lesão; as sequelas neurológicas impactam negativamente na vida/saúde dos sujeitos, que precisam de cuidadores e os recursos terapêuticos são incompletos.

**Palavras-Chave:** Sistema Único de Saúde, Afasia, Hemiplegia, Retorno ao Trabalho.

**4.1.2 Abstract:** Purpose: to analyze the socio-demographic conditions, health conditions (including neurological diseases) of individuals with Acquired Brain Injury in working age, as well as their previous and current working conditions. Methods: It is a descriptive study with a quantitative approach. Data were collected between June and December 2014, using a semi-structured interview. Results: The study included 48 subjects with Acquired Brain Injury. The incidence among males (52.1%) and female (47.9%) was balanced; the average age at the time of injury was 48.7 years; 64.5% were married and 62.5% had incomplete elementary school; the occupation before the Acquired Brain Injury oftenly was domestic (18.7%); 47.9% of post-injury individuals were retired, only 6.3% returned to work and 93.7% would like to return. Concerning neurological impairments, 41.1% were affected by ischemic stroke (52.1% had aphasia and 52.2% right-sided hemiplegia). Physical health condition of 60.4% was considered moderate, while 58.3% considered the mental health as bad. 60.4% had never smoked and 93.7% stopped drinking alcohol after the injury. 62.5 % were accompanied only on physiotherapy; 54.2% used some assistive resource. 58.4% of the leisure activities of the individuals were harmed. Conclusion: The average age of the individuals of this study is inferior to other national studies; the level of education is low; the previous occupations in relation to the Acquired Brain Injury were low financial income and the post-injury retire rate is high; neurological sequelae negatively impact on life/health of individuals need caregivers, and therapeutic resources are incomplete.

**Keyword:** Unified Health System, Aphasia, Hemiplegia, Return to Work.

### 4.1.3 Introdução

A globalização é um fenômeno iniciado, no final do século XVI, com os grandes descobrimentos e as viagens de exploração dos europeus à África, Ásia e Américas, tomando força nas duas ou três últimas décadas do século XX. Este fenômeno influenciou, sobremaneira, o modo de vida das pessoas, inclusive na atualidade. A globalização se configura, pois, como um processo econômico, social e cultural que atinge de forma direta ou indireta qualquer ser humano ou local do planeta; porém, suas consequências não repercutem da mesma forma para todas as pessoas e lugares<sup>1</sup>.

Os impactos advindos da globalização resultam em riscos à saúde, devido a fatores como: as novas organizações trabalhistas que, muitas vezes, exigem dos trabalhadores atuação sob condições sanitárias e de segurança indesejáveis e insalubres; a constatare degradação do meio ambiente; as mudanças nos hábitos alimentares; o consumo excessivo de álcool e tabaco; a disseminação de doenças infecciosas; a prevalência de patologias como a depressão e suas variações (transtornos mentais)<sup>1</sup>.

Pode-se dizer que, devido aos aspectos anteriormente mencionados, a saúde passou a ser considerada, nas últimas décadas, um bem público global, condição necessária para o avanço do processo de globalização, ou seja, para o crescimento econômico mundial<sup>1</sup>. No entanto, as influências da globalização podem contribuir, significativamente, para o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), gerando elevado número de mortes prematuras e, para os sobreviventes, perda na qualidade de vida, ocasionando impactos econômicos negativos para suas famílias e a sociedade em geral<sup>1, 2</sup>.

Diante de tais constatações, o Brasil, estabeleceu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - 2011 a 2022, incluindo neste plano a prevenção do Acidente Vascular Cerebral (AVC), do infarto, da hipertensão arterial sistêmica, do câncer, da diabetes *mellitus* e das doenças respiratórias crônicas, entre outras<sup>2, 3, 4</sup>.

As Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA), principalmente as decorrentes de patologias cardiovasculares (como os AVC) e os Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE) são causa de incapacidade funcional em adultos em idade produtiva<sup>5</sup>.

No estado do Rio Grande do Sul (RS), no período de um ano (janeiro a dezembro de 2014) foram notificados 5.294 casos de AVC (não especificado, hemorrágico ou isquêmico) e 3.564 casos de TCE de sujeitos em idade produtiva. No mesmo período, em uma cidade da região central deste estado onde se realizou este estudo, foram notificados 72 casos de AVC e 65 casos de TCE em pessoas, em idade produtiva<sup>6</sup>.

Sabe-se que os sobreviventes de uma LEA encontram diversos obstáculos após o período hospitalar. O primeiro enfrentamento do sujeito em idade produtiva pós-LEA é o de ressignificar o conceito de saúde/doença, visto que agora ele apresenta sequelas transitórias ou, na maioria das vezes, permanentes da lesão; essa condição exige dele uma reconstrução de si enquanto sujeito<sup>7</sup>. Podem estar presentes alterações físicas e/ou linguístico/cognitivas e, mais ainda, o sujeito vivencia a restrição de seus direitos e seus deveres diante da sociedade, ou seja, percebe que sua condição de igualdade, instituída pela Constituição Federal brasileira<sup>8</sup>, está prejudicada. Neste sentido, os sujeitos com LEA se deparam com limitadores consideráveis em suas Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), quais sejam, as atividades sociais, de lazer e de trabalho.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo caracterizar as condições sociodemográficas e de saúde (inclusive os agravos neurológicos) de sujeitos com LEA em idade produtiva, e ainda as suas condições pregressas e atuais laborais.

#### 4.1.4 Métodos

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e quantitativa. A coleta dos dados foi realizada entre junho e dezembro de 2014, por meio de busca ativa nos diferentes serviços de reabilitação de Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia Ocupacional. Tais serviços são públicos, filantrópicos e privados (prestadores de atendimento pelo SUS), de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul.

Este estudo contou com a colaboração de 12 serviços de reabilitação, sendo oito de Fisioterapia, dois de Fonoaudiologia e dois de Terapia Ocupacional. Participaram deste estudo 48 sujeitos com LEA em idade produtiva (entre 16 e 60 anos para o sexo feminino e 16 e 65 anos de idade para o sexo masculino<sup>9</sup>), com sequelas de LEA (afasia e/ou limitações motoras) e em acompanhamento terapêutico em serviços públicos, filantrópicos ou privados de reabilitação. Os sujeitos com LEA, menores de 16 anos, sem afasia e/ou limitações motoras foram excluídos desta pesquisa.

Os participantes responderam a uma entrevista semiestruturada (elaborada, pelas autoras, exclusivamente para este estudo), em que foram levantados dados referentes à idade (atual e no momento da lesão), sexo, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, situação laboral anterior e após a LEA, diagnóstico e sequelas, tempo de lesão, tempo de afastamento, número de perícias, retorno ao trabalho, barreiras ao retornar a atividade laboral, vontade de retornar ao trabalho, bem como condições de saúde física, mental e de lazer atuais.

Para o tratamento dos dados coletados, realizou-se análise descritiva, utilizando-se o *Software Statistica 9.1*.

#### 4.1.5 Resultados

Este estudo revelou um número de homens, ligeiramente maior que o de mulheres. A média de idade dos sujeitos, no momento da lesão, foi de 48,7 anos, sendo a média de idade atual de 54,8 anos, ou seja, o tempo médio de lesão é de 6,2 anos. Quanto ao estado civil, constatou-se que a maioria dos sujeitos era casada, seguida dos divorciados, solteiros e viúvos (TABELA 1).

O nível escolar apresentado pelos sujeitos participantes do estudo foi relativamente baixo, sendo a maioria com Ensino Fundamental Incompleto e apenas dois sujeitos com Ensino Superior Completo (um deles com Pós-Graduação) (TABELA 1). O que acaba contribuindo para um nível menor na qualificação profissional como se apresentam: 18,7% eram domésticas; 12,5% autônomos, 12,5% trabalhavam com serviços gerais; 10,4% eram motoristas de transportes coletivos; 8,3% eram funcionários rurais; 6,2% professor universitário, 6,2% trabalhavam como vigilantes; 4,1% eram metalúrgicos e 21,1% outras profissões (topógrafo, balconista, porteiro de edifício, marceneiro, técnicos de enfermagem e contábil, corretora de imóveis, cuidadora, costureira e vendedora). No que se refere à atividade laboral, identificou-se que os participantes apresentam uma baixa qualificação profissional.

No que se refere aos dados da lesão encefálica, a maioria dos participantes não souberam informar o tipo de AVC e tampouco dispunham de exames que o informasse. Dos sujeitos que souberam informar sobre a lesão, prevaleceu o AVC

isquêmico. Após a LEA, apresentaram sequelas de linguagem (afasias) e motoras (TABELA 1).

Ao serem questionados sobre o consumo de tabaco, observou-se que grande parte dos sujeitos não fumava antes da lesão. O consumo de bebidas alcoólicas foi bastante modificado após a LEA: a maioria dos sujeitos suspendeu completamente o consumo de bebidas alcoólicas, uma minoria segue consumindo bebidas alcoólicas (TABELA 1).

Na avaliação das condições de saúde atual, 12 sujeitos consideraram sua saúde física boa, 29 a consideraram moderada e sete ruim; quanto à saúde mental/emocional um sujeito a considerou muito boa, 13 boa, 28 moderada e seis ruim. Note-se o predomínio de avaliação moderada para ambas as condições de saúde. Os sujeitos com LEA sofreram alterações em suas atividades de lazer.

Quanto à utilização de recursos assistivos após a lesão, 16,7% usam muletas; 14,5% utilizam cadeira de rodas; 10,4% utilizam dois ou mais recursos assistivos (óculos, muleta e órtese; bengala e óculos; muleta e óculos; e órtese e óculos); 8,3% utilizam óculos; e 4,3% usam bengala.

Pelas condições de desenvolvimento deste estudo (busca ativa em serviços de reabilitação), todos os sujeitos com LEA estavam vinculados a um serviço público (municipal, estadual ou federal), filantrópico ou privado - prestador de serviços ao sistema público municipal - de reabilitação. Constatou-se que a maioria dos sujeitos realizava somente tratamento fisioterapêutico; outros realizavam tratamentos associados (fisioterapêutico e fonoaudiológico, fisioterapêutico e terapêutico ocupacional, fonoaudiológico e terapêutico ocupacional ou nas três áreas). Apenas um sujeito era acompanhado por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, e outro acompanhado somente em Terapia Ocupacional (FIGURA 1).

Anteriormente à LEA, maioria dos sujeitos tinha vínculo empregatício/empregados, poucos não tinham trabalho fixo/trabalhadores avulsos e outros poucos eram autônomos/contribuintes individuais. Convém ressaltar que após a lesão, todos os sujeitos passaram por perícia médica (o número médio de perícias foi de 2,3 por pessoa - 50% dos sujeitos realizaram uma perícia). A maioria dos participantes foi aposentada após a lesão, sendo apenas três sujeitos reinseridos na atividade laboral (TABELA 2) (o tempo médio que tais sujeitos permaneceram afastados de seus postos de trabalho foi de 3,7 anos [mínimo = 1 e máximo = 6]).

Todos os sujeitos deste estudo demonstraram desejo/expectativa de retorno ao trabalho; porém, tal expectativa se concretizou para uma minoria: um sujeito permaneceu na função que exercia (recebeu orientações e adaptações necessárias para o retorno ao seu posto de trabalho), e dois trocaram de função (sem orientações e/ou adaptações ao posto de trabalho) (TABELA 2).

#### **4.1.6 Discussões**

Os resultados encontrados, neste estudo, corroboram outros; um ocupado da caracterização de internações hospitalares por AVC, realizado na cidade de Passo Fundo (RS), que observou uma ligeira prevalência (53,6%) de AVC em homens<sup>10</sup>. Outro, dedicado ao TCE, realizado em nível nacional, constatou acometimento em homens, duas a três vezes maiores, que em mulheres<sup>11</sup>.

Ressalta-se que a média de idade dos sujeitos deste estudo, na ocasião da lesão, foi de 48,7 anos, fato consonante a outros estudos, os quais afirmam que pessoas em idade produtiva são mais acometidas por LEA - AVC e TCE<sup>12, 11</sup>. A

propósito, um estudo realizado em nível nacional revelou que o AVC é responsável por 40% das aposentadorias precoces no Brasil<sup>13</sup>.

A condição de casados é predominante neste estudo, tal como a encontrada em três estudos. Um, tal como este, ocupado de pessoas (289) que tiveram AVC em idade produtiva, atendidas pelo Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife (PE)<sup>14</sup>; outro realizado em Natal (RN), com um grupo de 45 pessoas com AVC de idade variada<sup>15</sup> e, o terceiro, realizado em Jequié (BA), que envolveu um grupo de 20 pessoas<sup>16</sup>.

No que se refere ao TCE, encontrou-se um estudo, realizado em São José do Rio Preto (SP), com um grupo de 56 pessoas, que mostrou que 56% dos sujeitos eram solteiros, seguidos de casados (40%)<sup>17</sup>.

O nível escolar dos participantes deste estudo foi relativamente baixo. A baixa escolaridade é apontada como um fator de vulnerabilidade nas discussões sobre as DCNT<sup>18</sup>, é um fator que está estreitamente associada a maior prevalência de maus hábitos de saúde<sup>19</sup>, como, por exemplo, o não consumo de alimentos saudáveis, o sedentarismo e a maior influência do marketing que estimula o uso do tabaco e do álcool<sup>2</sup>. Outros estudos também referem que condições ruins de saúde<sup>20</sup> e de DCNT<sup>21</sup> são mais frequentes entre sujeitos com menor escolaridade.

Há estudos<sup>22, 23, 24</sup> dedicados ao cuidado de sujeitos com LEA, que afirmam que a atividade laboral desses sujeitos tende a ser de pouca qualificação profissional, caracterizada por ações mais "braçais" que requerem mais desempenho físico do que envolvimento intelectual. Este tipo de atividade corresponde a atividades domésticas ou autônomas como as apresentadas neste estudo. Santana e colaboradores<sup>22</sup>, Medina e colaboradores<sup>24</sup>, e Falcão e colaboradores<sup>14</sup>, indicam que o baixo nível escolar é um fator negativo para a recuperação dos sujeitos acometidos por LEA. Segundo tais autores, um maior nível de escolaridade pode contribuir para o aumento da sobrevivência dos sujeitos com LEA, contribuindo para o retorno ao trabalho.

Outros estudos indicam que a causa mais frequente de LEA são os AVC, sendo os derivados de eventos isquêmicos (AVCi) os mais recorrentes<sup>25, 26</sup>, corroborando com os dados encontrados neste estudo (41,1% dos sujeitos foram acometidos por lesões isquêmicas). O AVCi tem como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a Diabetes Mellitus (DM), a hipercolesterolemia (colesterol alto), o tabagismo e os fatores genéticos<sup>27</sup>; sendo que a maioria destes é passível de prevenção e tratamento por meio de bons serviços de Atenção Básica<sup>28</sup>.

As sequelas das LEA, apresentadas pela maioria dos sujeitos deste estudo, são as afasias e os comprometimentos nos hemisférios, as quais influenciando negativamente na saúde física e mental/emocional dos sujeitos, trazendo-lhes limitações para as atividades básicas do cotidiano (autocuidado e mobilidade, por exemplo) e para as mais complexas como o trabalho e o lazer, o que gera impactos econômicos, sociais e familiares<sup>29</sup>.

O consumo de tabaco não foi um fator predominante neste estudo; o mesmo não se pode dizer com relação ao consumo de bebida alcoólica (93,7% deixaram de ingerir bebida alcoólica após a LEA). Sabe-se que a associação de tabaco e bebidas alcoólicas é um dos principais fatores que contribuem para o aumento do risco de AVC, mais particularmente o AVCi, aumentando consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade na população adulta<sup>30</sup>. No que se refere aos TCE, pode-se dizer que sua principal causa está relacionada aos acidentes de trânsito (provocados

pelo uso de álcool e outras drogas), resultando em altas taxas de morbidade e mortalidade em adultos jovens<sup>11</sup>.

As morbidades, produzidas pela LEA, podem ser minimizadas pela utilização de recursos assistivos (óculos, muleta, bengala, cadeira de rodas, por exemplo). A propósito, o Decreto 3.296, de dezembro de 1999, em seu Art. 19, descreve os recursos assistivos como os elementos que minimizam uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais das pessoas com deficiência. Afirma que o objetivo destes recursos é auxiliar na superação de barreiras da comunicação e da mobilidade, possibilitando a plena inclusão social das pessoas com deficiência<sup>31</sup>. Os recursos assistivos visam reabilitar ou melhorar o desempenho das funções, que podem ser perdidas ou gravemente afetadas após a lesão encefálica<sup>32</sup>.

Ao lado dos recursos assistivos, os processos terapêuticos/reabilitadores são essenciais para melhoria das condições de sobrevivência das pessoas com LEA. Pode-se constatar, neste estudo, que o modelo de atenção em reabilitação, oferecido pelo município, aos sujeitos com LEA apresenta algumas lacunas; são serviços independentes, que se configuram de forma fragmentada, ou seja, com pouca ou nenhuma articulação entre os profissionais. Essa configuração obriga os sujeitos com LEA a se deslocarem de um serviço para outro, constata-se que o "itinerário de reabilitação" é organizado pelo próprio sujeito e não pelo sistema de saúde local, o que compromete sua recuperação física, linguístico/cognitiva, laboral e social.

Acredita-se que os processos de reabilitação integrados/articulados são fundamentais para que os sujeitos com LEA retomem suas condições de autonomia e independência nas AVD, AIVD, atividades de lazer e de trabalho. Apesar da compreensão da importância de equipes multiprofissionais para garantia do processo de reabilitação, acredita-se que ainda existem barreiras para a efetivação e ampliação das mesmas. As barreiras para a formação de tais equipes podem estar associadas à hierarquização dos saberes nucleares em relação aos saberes periféricos, à sobreposição de papéis profissionais, à falta de autonomia e de responsabilização coletiva<sup>33</sup>.

Com relação aos dados referentes às condições de trabalho - pré e pós LEA - não foram encontrados estudos nacionais ou internacionais. Chama atenção o expressivo índice de sujeitos com LEA, em idade produtiva, aposentados (47,9%) e o reduzido percentual de sujeitos reinseridos no trabalho (6,3%). Pode-se dizer que na realidade da cidade onde este estudo foi realizado, os sujeitos com LEA foram afastados das atividades trabalhistas (aposentados) e expostos a um sistema de reabilitação pouco eficiente (direcionado apenas para as sequelas), apesar de submetidos a uma rotina de perícias (pouco comprometida com o processo de reinserção laboral).

O retorno ao trabalho após a LEA das pessoas deste estudo foi muito inferior ao encontrado na literatura não recente. Em um estudo realizado por Neau e colaboradores<sup>34</sup> com um grupo de sujeitos com LEA, entre 15 e 45 anos, 70%, em média, após oito meses da lesão retornaram às atividades laborais, embora tenha havido necessidade de ajustes na ocupação de, cerca de 26%. Outro estudo encontrou 60% de retorno ao trabalho<sup>22</sup>. Por outro lado, o desejo de retorno ao trabalho foi unânime (93,7% dos sujeitos - total dos não reinseridos), mesmo considerando que as atividades laborais destes sujeitos, em sua maioria, eram de pouca remuneração, todos gostariam de retornar às funções que exerciam antes da lesão.

Segundo Scopel<sup>35</sup>, a intensa rotina de perícias é um fator que desanima os sujeitos, pois a cada nova perícia agendada o sujeito tem há necessidade de novas

comprovações devido a não ser o mesmo médico da perícia anterior. Para tal comprovação os sujeitos submetem-se a uma peregrinação de consultas médicas em busca de especialistas para as análises de diagnósticos dos quadros clínicos. Alguns trabalhadores descrevem as perícias como uma situação desagradável, pois estes sujeitos submetidos a uma série de questionamentos, alguns passaram por situações de descaso com a lesão, o que acaba por contribuir com o agravamento de sentimentos de impotência e inutilidade, e o desenvolvimento de quadros depressivos<sup>36</sup>.

O retorno à atividade laboral deve ser incentivado pelos profissionais de saúde; o trabalho ocupa lugar central na vida de muitas pessoas e apresenta múltiplos significados pessoais e sociais. É um elemento chave na formação das coletividades humanas, uma vez que a vida coletiva se organiza, em geral, em torno do trabalho<sup>37</sup>.

Possivelmente, o baixo índice de retorno ao trabalho dos sujeitos com LEA deste estudo, reflete o conjunto de fatores apontados pelo estudo de Falcão e colaboradores<sup>14</sup> as limitações na linguagem (afasias), a depressão, os comprometimentos motores e de sensibilidade, o local de trabalho sem possibilidade de adaptação no posto ou na função, a não orientação pelos órgãos responsáveis em relação ao acolhimento deste trabalhador.

#### **4.1.7 Conclusão**

Este estudo evidenciou um número equilibrado entre homens e mulheres, em idade produtiva, acometidos por LEA. A média de idade dos sujeitos, no momento da lesão, foi de 48,7 anos, assim sendo relativamente menor que a média nacional que é de 50 anos.

O estado civil da maioria dos sujeitos foi casado; o nível de escolaridade prevalente foi o Ensino Fundamental Incompleto e as ocupações mais frequentes foram as de natureza braçal. Muitos trabalhadores foram aposentados após a lesão e pouquíssimos voltaram ao trabalho, apesar de todos manifestarem desejo de retorno às suas atividades laborais. A aposentadoria precoce é um fator que pode gerar conflitos de identidade social, sentimentos de inutilidade, de desqualificação, revolta, expondo o trabalhador a outras patologias. A rotina de peregrinação em busca de reabilitação e as inúmeras perícias médicas da Previdência Social acabam gerando desgaste e sofrimento para o sujeito com LEA.

Os limites impostos pela LEA impactam negativamente na vida/saúde dos sujeitos, que precisam de cuidadores, de recursos assistivos e terapêuticos para garantirem reabilitação. Sugere-se que outros estudos sejam realizados com essa temática a fim de serem produzidas mais evidências acerca das necessidades dos sujeitos com LEA, sobretudo, as relativas à reabilitação e reinserção laboral.

#### **4.1.8 Referências**

1 Forte PAC, Ribeiro H. Saúde Global em tempos de globalização. Saúde Soc. [periódico na Internet], 2014 [acesso em 04 de abril de 2015]; 23(2): 366-375. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0366.pdf>.

2 Malta DC. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, um grande desafio da sociedade contemporânea. Ciência & Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2014

[acessado em 07 de abril de 2015]; 19(1):4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00004.pdf>.

3 Costa MLG, Fedosse E, Lefèvre AP. Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Cuidado em Fonoaudiologia. In: Marchesan IQ, Silva HJ, Tomé MC. Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia. 1 ed. – São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. p. 806-13.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF, 2011. [acessado em: 01 de maio de 2015]. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917\\_cartilha\\_dcnt.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/917_cartilha_dcnt.pdf).

5 Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menizes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: carga e desafios atuais. *The Lancet*. [periódico na Internet]. 2011. [acessado em 07 de abril de 2015]; [14 páginas]. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>.

6 DataSUS. Departamento de Informática do SUS. [acessado em: 02 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>.

7 Teixeira AM, Guimaraes L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. *Rev. Mal-Estar Subj*. [periódico na Internet]. 2006 [acessado em: 07 de abril de 2015]; 6(1):182-200. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v6n1/10.pdf>.

8 Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. [acessado em: 02 de março de 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).

9 Brasil, Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Brasília, 1943. [acessado em 04 de março de 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm).

10 Schuster RC, Polese JC, Silva SLA, Perin V, Seben YP. Caracterização de internações hospitalares por acidente vascular encefálico na cidade de Passo Fundo – RS. *Con Scientiae Saúde* [periódico na Internet]. 2009 [acessado em: 10 de abril de 2015]; 8(4): [6 páginas]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92912706006>.

11 Gaudêncio TG, Leão GM. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc*. [periódico na Internet]. 2013 [acessado em: 22 de maio de 2015]; 21(3):427-434. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2103/revisao/814revisao.pdf>.

12 Medeiros JD, Granja KSB, Pinto APS. Avaliação do impacto do acidente vascular cerebral sobre a população acometida: revisão sistemática. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde [periódico na Internet]. 2013 [acessado em 15 de maio de 2015]; 1(3):131-146. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1036/613>.

13 Abramczuk B, Villela E. A luta contra o AVC no Brasil. ComCiência, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=582&tipo=0>. Acesso em: 25 jun. 2015.

14 Falcão IV, Carvalho EMF, Lessa FJ D, Leite VMM. Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicação para o adulto em idade produtiva Atendidos no sistema Único de Saúde. Rev Bras Matern Infantil [periódico na Internet]. 2004 [acessado em 15 de maio de 2015]; 4(1):95-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>.

15 Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. Rev. esc. Emferm. USP [periódico na Internet]. 2011 [acessado em: 17 de maio de 2015]; 45(5):1083-1088. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a08.pdf>.

16 Teles MD, Gusmão C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. Rev Neurocienc, [periódico na Internet]. 2012 [acessado em: 17 de maio de 2015]; 20(1):42-49. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2001/originais%2020%2001/602%20original.pdf>.

17 Neto JSM, Tognola WA, Spotti AR, Morais DF. Análise de pacientes com trauma raquimedular associado a traumatismo cranioencefálico. Coluna/Columna. [periódico na Internet]. 2014 [acessado em 19 de maio de 2015]. 13(4):302-305. Disponível em: [http://www.plataformainterativa2.com/coluna/html/revistacoluna/volume13/coluna\\_v13n4\\_p302-305.pdf](http://www.plataformainterativa2.com/coluna/html/revistacoluna/volume13/coluna_v13n4_p302-305.pdf).

18 Malta DC, Neto OLM, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol. Serv. Saúde, [periódico na Internet]. 2011 [acessado em: 20 de maio 2015]; 20(4):425-438. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>.

19 Martin RSS, Godoy I, Franco RJS, Martin LC, Martins AS. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. JBM. [periódico na Internet]. 2014 [acessado em: 20 de maio de 2015]; 102(2):34-37. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4193.pdf>.

20 Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Cienc Saude Coletiva. [periódico na Internet]. 2006 [acessado em: 21 de maio de 2015]; 11(4):911-926. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>.

21 Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saude Publica*. [periódico na Internet]. 2009 [acessado em: 21 de maio de 2015]; 43(Supl.2):38-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao800.pdf>.

22 Santana BAS, Fukujima MM, Oliveira RMC. Características sócio-econômicas de pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr*. [periódico na Internet]. 1996 [acessado em: 20 de maio de 2015]; 53(3):428-432. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v54n3/11.pdf>.

23 CHING-LIN H, MONG-HONG L. Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. *Scand J Rehabil Med*. [periódico na Internet]. 1997 [acessado em: 20 de maio de 2015]; 29(2):113-120. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9198261>.

24 Medina MCG, Shirassu MM, Goldefer MC. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH UMS. *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC, 1998, p 199-214.

25 Cecatto RB. Aspectos clínicos: lesão encefálica adquirida. In: Moura EW, Lima E, Borges D, Silva PAC. *Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação*. 2ed. São Paulo: Artes Médicas, 2010, p.237-393.

26 Cecatto RB. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: Cruz DMC. *Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico*. São Paulo: Santos, 2012, p. 3 – 18.

27 Petermann X B, Machado IS, Pimentel BN, Miolo SB, Martins LR, Fedosse E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. *Saúde (Santa Maria)* [periódico na Internet]. 2015 [acessado em: 17 de maio de 2015]. 41(1):49-56. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/index>.

28 Lopes JM, Medeiros JLA, Oliveira KBA, Dantas FG. Acidente vascular cerebral isquêmico no Nordeste brasileiro: uma análise temporal de 13 anos de casos de hospitalização. *ConScientiae Saúde*. [periódico na Internet]. 2013 [acessado em: 12 de maio de 2015]. 12(2):321-328. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92928018019>.

29 Rangel ESS, Belasco AGS, Diccini S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paul. enferm*. [periódico na Internet]. 2013 [acessado em: 12 de maio de 2015]. 26(2):205-212. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16.pdf>.

30 Lavor IG, Agra G, Nepomuceno CM. Perfil dos casos de acidente vascular cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em Campina Grande – PB. *Revista Eletrônica de Ciências* [periódico na Internet]. 2011 [acessado em: 12 de maio de 2015]. 12(17): [12 páginas]. Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/view/88/105>.

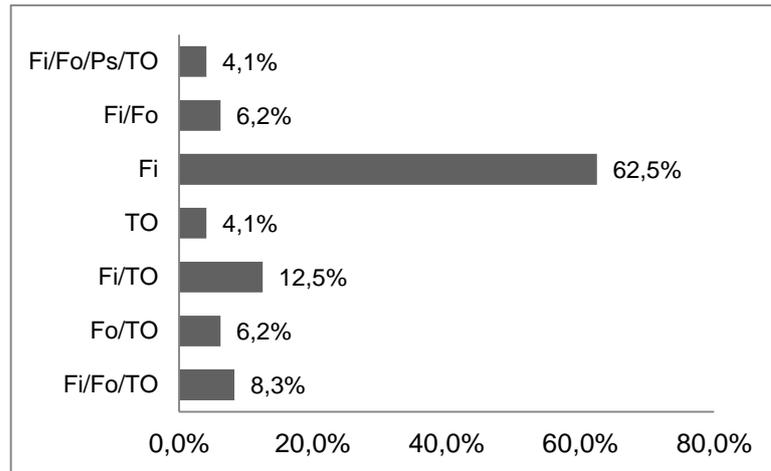
- 31 BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. 1999 [acessado em: 07 de junho de 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm).
- 32 Cruz DMC, Toyoda CY. Terapia ocupacional no tratamento do AVC. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico. [periódico na Internet]. 2009 [acessado em: 01 de maio de 2015]; 109: [5 páginas]. Disponível em: [http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-76542009000500026&lng=pt&nrm=iso](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500026&lng=pt&nrm=iso).
- 33 Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev. esc. enferm. USP. [periódico na Internet]. 2013 [acessado em: 01 de maio de 2015]; 47(4):977-983. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>.
- 34 Neau JP, Ingrand P, Mouille-Brachet C, Rosier MP, Couderq C, Alvarez UM, Gil R. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. Cerebrovasc Dis. [periódico na Internet]. 1998 [acessado em: 01 de maio de 2015]; 8(5):296-302. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9712928>.
- 35 Scopel MJ. Retorno ao trabalho: trajetória de trabalhadores metalúrgicos portadores de LER/DORT. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- 36 Ramos MZ, Merlo ARC, Poersch AL, Veeck C, Heisler SZ, Vieira JA. Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras de indústria calçadista. Estudos de Psicologia. [periódico na Internet]. 2010 [acessado em: 01 de maio de 2015]; 15(2):207-215. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v15n2/10.pdf>.
- 37 Heloani JR, Lancman S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. Revista Produção [periódico na Internet]. 2004 [acessado em: 03 de maio de 2015]; 14(3):77-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a08.pdf>.

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica dos sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida – LEA (n = 48)

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	23	47,9%
Masculino	25	52,1%
<b>Situação/Estado Civil</b>		
Casado	31	64,5%
Solteiro	4	8,3%
Viúvo	2	4,3%
Divorciado	11	22,9%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	30	62,5%
Ensino Fundamental Completo	5	10,4%
Ensino Médio Incompleto	1	2,1%
Ensino Médio Completo	10	20,8%
Ensino Superior Completo	1	2,1%
Pós-Graduação	1	2,1%
<b>Diagnóstico</b>		
Acidente Vascular Cerebral isquêmico	20	41,1%
Acidente Vascular Cerebral hemorrágico	7	15,3%
Não soube especificar o tipo de AVC	18	37,4%
Traumatismo Crânio Encefálico	3	6,2%
<b>Sequelas</b>		
<b>Afásico</b>		
Sim	25	52,1%
Não	23	47,9%
<b>Hemiplégico</b>		
Sem sequelas motoras	1	2,1%
Quadriplégico	2	4,1%
Hemiplegia direita	25	52,2%
Hemiplegia esquerda	20	41,6%
<b>Condições de Saúde Atual</b>		
<b>Avaliação de Saúde Física</b>		
Boa	12	25,1%
Moderada	29	60,4%
Ruim	7	14,5%
<b>Avaliação de Saúde Mental/Emocional</b>		
Muito Boa	1	2,1%
Boa	13	27,2%
Moderada	28	58,3%
Ruim	6	12,5%
<b>Interferências na atividade de lazer após a lesão</b>		
Sim	28	58,4%
Não	20	41,6%
<b>Consumo de Tabaco</b>		
Sim	6	12,5%

Não	29	60,4%
Parou de fumar	13	27,1%
<b>Consumo de Bebida Alcoólica</b>		
Sim	2	4,2%
Não	1	2,1%
Parou de consumir	45	93,7%
<b>Uso de Recuso Assistivo</b>		
Sim	26	54,2%
Não	22	45,8%

Os dados foram apresentados em n (percentual), as variáveis idade e tempo de lesão por média.



**Figura 1:** Acompanhamento terapêutico dos sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida - LEA

Fi: Fisioterapia; Fo: Fonoaudiologia; Ps: Psicologia; TO: Terapia Ocupacional  
Os dados foram apresentados em n (percentual)

**Tabela 2:** Condição laboral dos sujeitos pré e pós Lesão Encefálica Adquirida (n=48)

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<b>Categoria de segurado</b>		
Empregado em diferentes setores	31	64,5%
Empregada doméstica	9	18,7%
Autônomo/Contribuinte individual	6	12,5%
Trabalhador Avulso	2	4,2%
<b>Carga horária diária de trabalho</b>		
4h	1	2,1%
8h	32	66,6%
12h	14	29,2%
Mais de 12h	1	2,1%
<b>Situação atual na Previdência Social</b>		
Afastado com benefício previdenciário	14	29,2%
Afastado sem benefício previdenciário	8	16,6%
Aposentado precocemente	23	47,9%
Reinserido no trabalho	3	6,2%
<b>Retorno ao trabalho</b>		
Sim	3	6,3%
Não	45	93,7%
<b>Gostaria de retornar ao trabalho</b>		
Sim	45	93,7%
Não	0	0,0%
Retornou	3	6,3%
<b>Você gostaria de retornar para a mesma atividade de trabalho</b>		
Sim	45	93,7%
Não	0	0,0%

Os dados foram apresentados em n (percentual) e a variável tempo que permaneceram afastados do trabalho por média

## **4.2 ARTIGO – Lesão Encefálica Adquirida: impacto na atividade laboral e na Qualidade de Vida de sujeitos em idade produtiva e de seus familiares<sup>9</sup>**

**Acquired Brain Injury: impacts on labor activity and on quality of life of individuals in working age and their relatives**

**Aline Sarturi Ponte** - Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana; Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

**Elenir Fedosse** - Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; Adjunta do Curso de Fonoaudiologia; Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

**Órgão(s) financiador(es):** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Aline Sarturi Ponte, Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Secretaria do PPGDCH - Prédio 26, sala 1418, 4º andar. Cidade Universitária, CEP 97.105-900, Santa Maria, RS. **E-mail** - alinesarturi@hotmail.com

---

<sup>9</sup> Este artigo será encaminhado para a Revista Saúde e Sociedade, endereço eletrônico <http://www.revistas.usp.br/sausoc>

### 4.2.1 Resumo

**Objetivo:** este estudo correlacionou o impacto da Lesão Encefálica Adquirida (LEA) na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva a sua Qualidade de Vida (QV) e de seus familiares/cuidadores. **Procedimentos Metodológicos:** pesquisa quali-quantitativa. Sujeitos com LEA em idade produtiva. Os dados qualitativos foram tratados por Análise de Conteúdo e os quantitativos descritivamente, Teste de Correlação de *Spearman* e Não Paramétrico U de *Mann-Whitney*;  $p < 0,05$ . **Resultados:** Foram entrevistados 48 sujeitos com LEA e 27 familiares/cuidadores. A correlação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - *World Health Organization Quality of Life-Bref* dos primeiros (52,1% homens; média de idade 48,7 anos, no momento da lesão; nível escolar baixo; doméstica [18,7%] ocupação mais frequente) revelou que as Funções Mentais comprometidas pela LEA interferiram nos quatro domínios da QV; Funções do Coração e Pressão Sanguínea acometeram o domínio Social; a lesão Cerebral interferiu nos domínios Psicológico e Ambiental. Identificou-se, interferência da LEA nos Aspectos de Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento, Tarefas e Demandas Gerais, Comunicação, Áreas Principais da Vida. Quanto aos familiares/cuidadores (77,7% mulheres; 96,3% informais e esposas os principais cuidadores [51,8%]; média de idade 52,6 anos; e nível escolar baixo), observaram-se alterações na rotina de trabalho e na estrutura familiar (85,2%). O surgimento de uma LEA desorganiza o sujeito lesionado e sua família, afetando a QV em todos os seus domínios, especialmente, nos domínios físicos, psicológicos e ambientais dos sujeitos com LEA e os domínios físicos e ambientais de familiares/cuidadores.

**Descritores:** Qualidade de Vida, Cuidadores, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

### 4.2.2 Abstract:

**Objective:** This study correlated the impact of Acquired Brain Injury (ABI) in labor activity of individuals of working age to their quality of life (QOL) and their relatives/caregivers. **Methodological procedures:** qualitative and quantitative research. Individuals in ABI age. Qualitative data were analyzed by content analysis and quantitative, descriptively, Spearman Correlation Test and Non-Parametric Mann-Whitney U Test;  $p < 0.05$ . **Results:** We interviewed 48 individuals with ABI and 27 relatives/caregivers. The correlation of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF of the individuals with ABI (52.1% men; mean age 48.7 years at the time of the injury, poor school level; domestic [18,7%] most frequent activity) revealed that the Mental Functions compromised by the ABI interfered in the four domains of QOL; Heart Functions and Blood Pressure compromised the social domain; Cerebral injury interfered with the Psychological and Environmental domains. We identified interference of ABI in Learning Aspects and Knowledge Application, General Tasks and Demands, Communication, Major Life Areas. Concerning relatives/caregivers (77.7% women; 96.3% informal caregivers and wives, primary caregivers [51.8%]; mean age 52.6 years, and low school level), we observed changes in the work routine and family structure (85.2%). The emergence of an ABI disrupts the injured individuals and their families, affecting QOL in all domains, especially in the physical, psychological and environmental domains of individuals with ABI and the physical and environmental domains of relatives/caregivers.

**Keywords:** Quality of Life, Caregivers, International Classification of Functioning, Disability and Health.

### 4.2.3 Introdução

Há claras indicações de que o nível de independência e autonomia de uma pessoa reflete na sua condição de uso linguístico/comunicativo, nas Atividades de Vida Diária (AVD) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Uma Lesão Encefálica Adquirida (LEA) pode causar dificuldades de comunicação ou ruptura de interações sociais, aumento da dependência nas atividades cotidianas, alterações do humor, o que pode resultar numa importante diminuição da Qualidade de Vida (QV) de sujeitos lesionados encefálicos (Abaquim e col. 2012). Neste sentido, as diferentes condições de vida associadas às incapacidades tendem a alterar o potencial do sujeito para manter um senso positivo de bem-estar subjetivo (Smith e col. 2002).

As sequelas decorrentes de uma LEA exigem do sujeito grande esforço adaptativo - enfrentamento de desafios, provenientes de um evento não desejado, que causam desequilíbrio no funcionamento físico, social, psicológico e ambiental (Fortes e Neri, 2004). O sucesso na adaptação às demandas impostas por uma LEA é um importante indicador do estado de bem-estar e do senso de ajustamento pessoal.

Autores como Panhoca e Gonçalves (2009) esclarecem que as pessoas acometidas por LEA são afetadas não apenas pelas incapacidades que limitam suas atividades básicas, mas também pela dificuldade que encontram para voltar ao trabalho, o que determina forte declínio no bem-estar global, dada a importância que o trabalho tem, não só para a sobrevivência, como também para o autoconceito, o status social e as relações sociais.

Este estudo ocupou-se das sequelas da LEA nas estruturas e funções corporais, nas atividades básicas cotidianas e atividades trabalhistas, analisando o impacto de tais sequelas nos domínios da QV de sujeitos acometidos pela LEA e de seus familiares. Em outras palavras, este estudo correlacionou o impacto da LEA na atividade laboral de sujeitos em idade produtiva a suas QV, bem como à de seus familiares.

### 4.2.4 Métodos

Este estudo é de natureza quali-quantitativa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, da Universidade onde se realizou a pesquisa, sob parecer número 680.520.

O período de coleta de dados foi entre junho e dezembro de 2014. Participaram deste estudo sujeitos em idade produtiva (16 a 60 anos de idade para mulheres e 16 a 65 anos de idade para homens [Brasil, 1943]), de ambos os sexos, com LEA (afásicos e/ou com sequelas motoras), inseridos em serviços de reabilitação de Fisioterapia, Fonoaudiologia e/ou Terapia

Ocupacional que integram o sistema público (serviços municipais, federais, privados e filantrópicos que prestam atendimentos pelo Sistema Único de Saúde) de uma cidade da região central do Rio Grande do Sul. Também participaram familiares/cuidadores, de ambos os sexos (acima de 18 anos de idade). Os sujeitos com LEA foram identificados como S1, S2, S3 *etc* e seus familiares/cuidadores F1, F2, F3 *etc*, preservando-se, assim, a identidade dos participantes.

O primeiro contato da pesquisadora com os sujeitos e seus familiares/cuidadores foi realizado por intermédio de um terapeuta da clínica responsável pelo atendimento, ocasião em que se realizava o convite para participarem da pesquisa e se marcava um encontro, no domicílio dos sujeitos, quando, então, os sujeitos com LEA e seu familiares/cuidadores eram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a responderem a um questionário semiestruturado (elaborado especialmente para esta pesquisa), à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e ao *World Health Organization Quality of Life –Bref (WHOQOL – Bref)*; os familiares/cuidadores, após consentirem com a pesquisa, respondiam a um questionário semiestruturado (também elaborado para fins desta pesquisa) e ao *WHOQOL – Bref*. Contou-se com o auxílio de um gravador Sony Icd-Px240 para a coleta de dados.

O questionário semiestruturado aplicado aos sujeitos com LEA continha questões relacionadas à sexo, idade da lesão, idade atual, diagnóstico, sequelas, escolaridade, categoria de segurado, situação diante da previdência social, profissão, carga horária de trabalho, tempo de afastamento, foi realizada alguma tentativa de retorno ao trabalho, tempo de afastamento, permaneceu na mesma função ou foi remanejado de cargo, orientações para o retorno ao trabalho, adaptações no local de trabalho, dificuldade no retorno ao trabalho, barreiras atitudinais, alterações no cotidiano após a lesão. A entrevista semiestruturada realizada com os familiares/cuidadores dos sujeitos com LEA foi composta pelos seguintes questionamentos: sexo, idade, profissão, escolaridade, parentesco, cuidador principal, alterações na estrutura familiar e no cotidiano.

A CIF está dividida em duas partes, subdivididas em dois componentes cada. A primeira aborda os aspectos da Funcionalidade e Incapacidade - Funções e Estruturas do Corpo, e a segunda destaca os Fatores Contextuais – Fatores Ambientais e Pessoais. Devido ao fato de o foco da CIF ser nos aspectos funcionais, esta avaliação (por assim dizer) adquire um caráter multidisciplinar, o que permite ser aplicada em todas as culturas, valorizando assim o contexto no qual o sujeito está inserido (Di Nubila e Buchalla, 2008).

O *WHOQOL – Bref* avalia a qualidade de vida pela percepção do próprio sujeito, considerando, pois, aspectos subjetivos, e ainda o contexto cultural e social da pessoa. É composto por 26 itens distribuídos em quatro domínios – i) físico ; ii) psicológico; iii) relações sociais e iv) meio ambiente (Castro e col. 2013).

Para a análise dos dados qualitativos dos sujeitos com LEA e de seus familiares, utilizou-se a Análise de Conteúdo - um conjunto de técnicas de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas comunicações, tem por finalidade a interpretação destas (Bardin, 2009). Para a realização de tal análise, os dados foram primeiramente transcritos, criando-se unidade/tópicos de registros; após foram criadas categorias.

No caso dos sujeitos com LEA foram criadas duas categorias: reinserção laboral e condições atuais de vida cotidiana (alterações na atividade de trabalho, sentimentos em relação ao afastamento, alterações nas AVD e AIVD, limitações nas atividades de lazer). No caso dos familiares/cuidadores foram criadas três categorias: mudança na estrutura familiar (inversão de papéis no círculo familiar, aceitação das mudanças pela família, afastamento e/ou aproximação de familiares), sobrecarga - física, psicológica e emocional – decorrente da existência de um membro com LEA na família e percepção do familiar/cuidador sobre o afastamento da atividade laboral do sujeito com LEA e seus impactos sobre a vida do sujeito e dos familiares.

A interpretação dos dados, explorou cada categoria.

Os dados quantitativos foram analisados pelo *Software Statistica 9.1*, da seguinte forma: i) Teste de Correlação de *Spearman*, correlacionando-se cada variável da CIF com cada domínio do *WHOQOL – Bref*; dos sujeitos com LEA; ii) Teste Não Paramétrico U de *Mann-Whitney* para comparar os resultados do *WHOQOL – Bref* dos sujeitos com LEA com os de seus familiares/cuidadores e iii) análise descritiva de frequência dos dados dos questionários semiestruturados. Todos os testes estatísticos realizados neste estudo consideraram o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **4.2.5 Resultados**

Participaram deste estudo 48 sujeitos com LEA em idade produtiva, sendo, 47,9% do sexo feminino e 52,1% do sexo masculino; a idade média, no momento da lesão, foi de 48,7 anos.

Quanto à condição civil, identificou-se que 64,5% eram casados, 22,9% divorciados, 8,3% solteiros e 4,3% viúvos.

O nível escolar foi baixo: 62,5% tinham o Ensino Fundamental Incompleto, 10,4% Ensino Fundamental Completo; 2,1% tinham o Ensino Médio Incompleto; 20,8% tinham o Ensino Médio Completo; 2,1% tinham o Ensino Superior Completo; e 2,1% tinham Pós-Graduação.

Quanto ao diagnóstico, 41,1% foram acometidos por Acidente Vascular Cerebral isquêmico (AVCi) e 15,3% por Acidente Vascular Cerebral hemorrágico (AVCh), 37,4% não souberam informar o tipo de AVC e 6,2% sofreram Traumatismo Crânio Encefálico (TCE). Dos sujeitos participantes, 52,1% eram afásicos, 52,2% apresentavam hemiplegia direita, 41,6% hemiplegia esquerda, 4,1% quadriplegia e 2,1% não apresentavam sequelas motoras.

Considerando que a CIF oportuniza uma grande compilação de dados, optou-se por apresentar, neste estudo, os dados das variáveis correspondentes à Funcionalidade e Incapacidade (Funções e Estruturas do Corpo) e aos Fatores Contextuais (Fatores Ambientais e Pessoais) que apresentaram significância estatística, quando correlacionadas com os domínios do *WHOQOL – Bref* (confira as Tabelas 1 e 2). A Tabela 1 representa as Funções e Estruturas do Corpo, observando-se as alterações causadas pela LEA que influenciaram significativamente os domínios do *WHOQOL – Bref*. Constatou-se que as alterações causadas pela LEA nas Funções Mentais interferem em todos dos domínios da qualidade de vida dos sujeitos com lesão neurológica.

O sujeito acometido por uma LEA apresenta, na maioria das vezes, comprometimentos nas funções linguísticas/cognitivas que acarretam limites em suas condições de organizar, planejar e executar as tarefas cotidianas de seu desejo. Estes déficits têm influência direta na condição de comunicação e organização do cotidiano, fragilizando, assim, seus domínios sociais, conforme evidenciado no excerto a seguir, extraído do discurso do S13.

É, memória, é... que mais afetou; eu pego as coisa aqui de... dentro, ferramenta, coisa assim .... levo lá pra fora pra fazer ... e depois esqueço... Não lembro onde eu guardei ou se eu guardei, simplesmente some da minha memória, some.

(S13; em 11/09/2014, no domicílio do sujeito).

As Funções do Sistema Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório mostraram-se significantes nas Funções do Coração (b410) e na Pressão Sanguínea, fatos que interferem no domínio social (Tabela 1).

Quanto as Estruturas do Sistema Nervoso Central, o cérebro (s110), principal estrutura lesada em uma LEA (Tabela 1), apresentou interferência nos domínios psicológico ( $p < 0,032$ ) e ambiental ( $p < 0,012$ ).

**Tabela 1:** Os aspectos da Funcionalidade e Incapacidade - Funções e Estruturas do Corpo correlacionados com os Domínios do *WHOQOL – BREF* (n=48)

Variáveis	Coefficiente (r)	p-valor
<b>b1Funções Mentais</b>		
b1140 Orientação em relação ao tempo X Domínio Físico	-0,312	0,032
b130 Funções da energia e de impulsos X Domínio Físico	-0,444	0,002
b130 Funções da energia e de impulsos X Domínio Psicológico	-0,511	0,002
b130 Funções da energia e de impulsos X Domínio Ambiental	-0,532	0,002
b134 Sono X Domínio Físico	-0,412	0,003
b1403 Compartilhar a atenção X Domínio Ambiental	-0,357	0,012
b144 Memória X Domínio Físico	-0,386	0,006
b1440 Memória de curto prazo X Domínio Ambiental	-0,304	0,035
b152 Funções emocionais X Domínio Psicológico	-0,444	0,002
b152 Funções emocionais X Domínio Social	-0,302	0,036
b156 Funções da percepção X Domínio Ambiental	-0,308	0,033
b164 Funções cognitivas superiores X Domínio Ambiental	-0,357	0,012
b167 Funções mentais da linguagem X Domínio Social	-0,357	0,012
<b>b4Funções do Sistema Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório</b>		
b410 Funções do coração X Domínio Social	-0,316	0,028
b420 Pressão Sanguínea X Domínio Social	-0,355	0,013
<b>s1Estrutura do Sistema Nervoso</b>		
s110 Cérebro X Domínio Psicológico	-0,308	0,032
s110 Cérebro X Domínio Ambiental	-0,366	0,012

Coefficiente de correlação de Spearman; Significância estatística:  $p < 0,05$

As alterações causadas pela LEA nos Fatores Ambientais (Tabela 2) refletem nas atividades cotidianas dos sujeitos; há comprometimento em todas as áreas da vida prática/cotidiana em decorrência da lesão, a saber: nos Aspectos de Aprendizagem e Aplicação do Conhecimento (d1), nas Tarefas e Demandas Gerais (d2), na Comunicação (d3), na Mobilidade (d4), no Cuidado Pessoal (d5), nas Atividades Domésticas (d6), Interações Interpessoais (d7) e Áreas Principais da Vida (d8).

Nos aspectos de d1, correlacionados ao *WHOQOL – Bref*, foram constatadas limitações nos quatro domínios. Algumas atividades como ler (d166), escrever (d170) e calcular (d172) comprometem de modo importante os domínios da qualidade de vida; o comprometimento da leitura afetou os domínios psicológicos ( $p < 0,021$ ) e sociais ( $p < 0,002$ ); as dificuldades de escrita apresentaram interferência sobre os domínios sociais ( $p < 0,002$ ) e o

ato de calcular afetou os domínios físicos ( $p<0,047$ ), psicológicos ( $p<0,005$ ) e sociais ( $p<0,002$ ).

Tais limitações também são referidas pelos sujeitos, conforme constatado no discurso de S30, que ao ser questionado se consegue ler, escrever e calcular, disse:

É... não... não... toca.... troca as... as... palavra; errado... sai tudo errado (leitura).

Não... depois... não dá mais (escrita).

Bah... nada.. nada... a... cabeça fico fraca (cálculo).

(S30; em 22/10/2014, no domicílio do sujeito).

As tarefas e demandas gerais (d2) limitam-se a dois domínios - o psicológico e o social. A comunicação (d3), fator importante para as relações humanas, apresentou maior interferência no domínio social (Tabela 2).

As alterações na mobilidade (d4) mostraram-se significantes apenas na variável andar (Tabela 2) afetando os domínios físicos ( $p<0,006$ ), psicológico ( $p<0,042$ ) e social ( $p<0,010$ ).

O cuidado pessoal (d5) foi afetado em quase todas as suas variáveis, demonstrando as limitações enfrentadas pelos sujeitos após a LEA em atividades básicas do cotidiano, como: tomar banho, alimentar-se e vestir-se. As limitações nas atividades de higiene, como o banho (d510), interferiram nos domínios físicos ( $p<0,034$ ) e ambiental ( $p<0,012$ ); o cuidado das partes do corpo (d520) e os cuidados relacionados à excreção (d530) comprometeram o domínio físico. As atividades domésticas (d6) influenciaram nos domínios psicológicos e ambientais das pessoas com LEA.

A vida doméstica é um fator importante de ser lembrado; neste estudo houve correlação de duas variáveis: as sequelas causadas no cuidado da própria saúde (que acaba por atingir os domínios psicológicos [ $p<0,018$ ]) e a aquisição de bens e serviços (afetando os domínios psicológicos [ $p<0,018$ ] e o ambiental [ $p<0,016$ ]).

Nas relações e interações interpessoais (d7), observou-se que as relações mais afetadas pela LEA são as íntimas (d770), causando transtornos no domínio social ( $p<0,015$ ). As alterações nas áreas principais da vida (d8) causam grandes transtornos; as atividades de trabalho remunerado (d850) encontraram-se alteradas em todos os domínios do *WHOQOL – Bref*, ou seja, no físico ( $p<0,002$ ), psicológico ( $p<0,032$ ), social ( $p<0,037$ ) e ambiental ( $p<0,009$ ) - (Tabela 2). O trabalho (d850), atividade de extrema importância para um sujeito

em idade produtiva, apresentaram-se como sequelas mais graves após a LEA, seja pelo afastamento parcial ou total.

Nos domínios físicos ( $p < 0,002$ ), as sequelas funcionais causaram limitações na mobilidade e na capacidade de trabalho. Os domínios psicológicos ( $p < 0,032$ ) foram afetados pelas sequelas linguísticas/cognitivas e pelos comprometimentos emocionais. Os rompimentos causados, nos domínios sociais ( $p < 0,037$ ), estiveram presentes nas relações (familiares, amizades e íntimas). Os domínios de ambiente ( $p < 0,009$ ) foram afetados pelas sequelas que limitaram o sujeito a atuar sobre o contexto em que estava inserido, não permitindo sua plena interação com todos os aspectos que o circunda (confira os relatos de S6 e S36):

Não voltei mais a trabalhar... vontade eu tenho ... muito; qualquer função; sim ... que não seja muito pesado, eu consigo fazer.  
(S6; em 31/07/2014, no domicílio do sujeito).

Eu queria voltar a trabalhar, mas a parte que eu trabalho é corte e costura lá na fábrica... eu trabalho cortando. Aí fui na médica ... pedi para voltar, mas ela me falou que se eu quisesse voltar ela lavava as mãos dela... porque é perigoso eu voltar agora... Eu sinto muita falta e quero muito voltar a trabalhar... não aguento mais ficar em casa  
(S36; em 30/10/2014, no domicílio do sujeito).

**Tabela 2:** Fatores Contextuais – Fatores Ambientais X Domínios do *WHOQOL – Bref* (n=48)

Variáveis	Coefficiente (r)	p-valor
<b>d1Aprendizagem e aplicação do conhecimento</b>		
d166 Ler X Domínio Psicológico	-0,333	0,021
d166 Ler X Domínio Social	-0,443	0,002
d170 Escrever X Domínio Social	-0,454	0,002
d172 Calcular X Domínio Físico	-0,293	0,047
d172 Calcular X Domínio Psicológico	-0,402	0,005
d172 Calcular X Domínio Social	-0,458	0,002
d175 Resolver problemas X Domínio Social	-0,417	0,004
<b>d2Tarefas e demandas gerais</b>		
d210 Realizar uma única tarefa X Domínio Psicológico	-0,284	0,049
d210 Realizar uma única tarefa X Domínio Social	-0,312	0,030
d220 Realizar tarefas múltiplas X Domínio Psicológico	-0,329	0,022
<b>d3Comunicação</b>		
d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais X Domínio Físico	-0,345	0,016
d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais X Domínio Social	-0,311	0,031
d330 Fala X Domínio Social	-0,384	0,007
d350 Conversação X Domínio Social	-0,337	0,019
d350 Conversação X Domínio Social	-0,309	0,032
<b>d4Mobilidade</b>		

d450 Andar X Domínio Físico	-0,397	0,006
d450 Andar X Domínio Psicológico	-0,294	0,042
d450 Andar X Domínio Social	-0,364	0,010
<b>d5Cuidado Pessoal</b>		
d510 Lavar-se X Domínio Físico	-0,305	0,034
d510 Lavar-se X Domínio Ambiental	-0,358	0,012
d520 Cuidado das partes do corpo X Domínio Físico	-0,309	0,032
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção X Domínio Físico	-0,391	0,005
d540 Vestir-se X Domínio Físico	-0,388	0,006
d540 Vestir-se X Domínio Psicológico	-0,329	0,022
d540 Vestir-se X Domínio Ambiental	-0,363	0,010
d550 Comer X Domínio Físico	-0,449	0,002
d550 Comer X Domínio Psicológico	-0,361	0,011
d550 Comer X Domínio Ambiental	-0,341	0,017
d560 Beber X Domínio Físico	-0,433	0,003
d560 Beber X Domínio Psicológico	-0,375	0,008
<b>d6Vida Doméstica</b>		
d570 Cuidar da própria saúde X Domínio Psicológico	-0,338	0,018
d620 Aquisição de bens e serviços X Domínio Psicológico	-0,310	0,031
d620 Aquisição de bens e serviços X Domínio Ambiental	-0,335	0,016
<b>d7Relações e Interações Interpessoais</b>		
d770 Relações íntimas X Domínio Social	-0,346	0,015
<b>d8Áreas principais da vida</b>		
d850 Trabalho remunerado X Domínio Físico	-0,442	0,002
d850 Trabalho remunerado X Domínio Psicológico	-0,309	0,032
d850 Trabalho remunerado X Domínio Social	-0,301	0,037
d850 Trabalho remunerado X Domínio Ambiental	-0,370	0,009

Coefficiente de correlação de Spearman; Significância estatística:  $p < 0,05$

No atual momento de vidas dos sujeitos deste estudo, constataram-se perdas em relação aos seus papéis ocupacionais, ainda em um período produtivo de suas vidas; a inatividade em relação ao trabalho foi constatada por afastamentos ou por aposentadorias precoces (por invalidez).

Dos 27 familiares/cuidadores, 77,7% são mulheres. Os familiares/cuidadores entrevistados apresentam uma média de idade de 52,6 anos, sendo a menor 23 anos e a maior 80 anos. Constatou-se que 96,3% dos cuidadores eram informais, apenas um era profissional contratado pela família. A distribuição do cuidado constatada, neste estudo, foi de 51,8% por esposas e 7,4% por esposos; 11,1% por filhos; 25,9% por pais e irmãos e 3,8% por cuidador formal (Tabela 3).

Foi evidenciado que os familiares/cuidadores sofreram alterações em sua rotina de trabalho após a lesão neurológica de seus familiares (68,7% param de trabalhar, 20,2% continuaram exercendo suas atividades trabalhistas e 11,1% não trabalhavam) (confira Tabela

3). Dos cuidadores/familiares informais, 48,6% eram empregadas domésticas, 32,9% tinham outras ocupações, tais como: cabeleireira, auxiliar de fábrica, motorista, técnico de enfermagem, funcionário rural, servente de pedreiro, servidor público, estudante, servente merendeira; 14,8% eram do lar.

Constatou-se, também, que o nível de escolaridade dos familiares/cuidadores foi relativamente baixo: a maioria tinha Ensino Fundamental Incompleto e Completo (48,1%) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Caracterização dos familiares/cuidadores de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida – LEA (n=27)

Variável	Frequência (n)	Percentual (%)
<b>Familiares/cuidadores</b>		
Mulheres	21	77,7%
Homens	6	22,3%
<b>Tipo de Cuidador</b>		
Formal	26	96,3%
Informal	1	3,7%
<b>Parentesco</b>		
Esposa	14	51,8%
Esposo	2	7,4%
Filhos	3	11,1%
Cuidador Formal	1	3,8%
Pais e irmãos	7	25,9%
<b>Alteração na atividade profissional familiar*</b>		
Não trabalhava fora	4	11,1%
Parou de trabalhar após a lesão de seu familiar	16	68,7%
Continuou trabalhando após a lesão de seu familiar	6	20,2%
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Incompleto	13	48,1%
Ensino Fundamental Completo	7	25,9%
Ensino Médio Incompleto	1	3,7%
Ensino Médio Completo	4	14,8%
Ensino Superior Completo	1	3,7%
Ensino Fundamental Incompleto	1	3,7%
<b>Alteração na estrutura familiar</b>		
Sim	23	85,1%
Não	4	14,8%
<b>Alterações no Cotidiano familiar</b>		
Sim	23	85,1%
Não	4	14,8%

\*Na variável alteração na atividade profissional familiar, desconsiderou-se o cuidador formal.

Ao serem questionados sobre alterações na estrutura familiar, 85,2% dos familiares responderam que houve mudanças após a lesão e, o mesmo percentual foi obtido com relação

às alterações no cotidiano (Tabela 3). A propósito, na Tabela 4, encontra-se a comparação da QV de sujeitos acometidos por LEA e dos familiares/cuidadores participantes, sendo possível afirmar que a interferência da LEA ocorre nos quatro domínios da QV (físico, psicológico, social e ambiental), de ambos os grupos. Os comprometimentos nos domínios físicos dos sujeitos com LEA apresentam uma mediana de 46,4 e a dos familiares/cuidadores foi de 60,7. Os comprometimentos nos domínios físicos, por sobrecarga física, não foram muito mencionados pelos familiares/cuidadores em seus relatos. As alterações que os familiares/cuidadores relataram foram nos domínios psicológicos, sociais e ambientais.

**Tabela 4** – Mediana dos domínios de qualidade de vida de sujeitos com Lesão Encefálica Adquirida (n=48) e seus familiares/cuidadores (n=27)

	Mediana		p-valor
	Sujeitos com LEA	Familiares/Cuidadores	
<b>Domínio Físico</b>	46,4	60,7	<0,01
<b>Domínio Psicológico</b>	58,3	70,8	<0,01
<b>Domínio Social</b>	66,6	75,1	<0,01
<b>Domínio Ambiental</b>	53,1	59,3	<0,01
<b>Qualidade de Vida</b>	54,5	66,2	<0,01

Teste Não Paramétrico de *Mann-Whitney*; Significância estatística:  $p < 0,05$

Ao analisar os domínios psicológicos, constatou-se interferência em ambos os grupos. Os sujeitos com LEA apresentam mediana 58,3 para este domínio da QV e seus familiares/cuidadores de 70,8 para o mesmo domínio da QV; confira na Tabela 4, assim como no discurso de F14.

Tudo! Tudo! Imagina tudo! A gente era muito triste; a gente não aceitava, agora não, agora a gente sabe conviver com a situação, sabe? Mas foi agora, de um ano para cá que, daí... assim. Tudo mudou, né? bah! Levamos muito tempo para aceitar essa situação, mas hoje eu já aceito, quer dizer... aceitar a gente nunca aceita... mas, pelo menos, a gente não chora mais, não sofre mais.

(F14; em 24/09/2014, no domicílio do sujeito).

As limitações nos domínios sociais acometeram de forma significativa os sujeitos com LEA (66,6); os familiares/cuidadores (75,1) também apresentam interferências (confira o relato de F9, por exemplo, mostrando o afastamento de algumas atividades que antes eram prazerosas para o casal e a (Tabela 4).

(...) ficou mais dificultoso de sair, a gente podia... né? Sair mais e tudo, né? A gente podia ir visitar mais os conhecidos, os parentes e tudo. Agora a gente faz menos isso. Um bailezinho também agora fica mais difícil, ela não dança mais e coisa. A gente gostava se divertir assim, de sair normal, então... fica mais difícil, né?

(F9; em 27/08/2014, no domicílio do sujeito).

As transformações nos domínios ambientais, interferiram na QV de ambos os grupo; na relação deste domínio observou-se que os sujeitos com LEA apresentam uma mediana de 53,1 e para os familiares/cuidadores a interferência foi de 59,3. Ao analisar os relatos dos familiares/cuidadores constatou-se que o contexto doméstico sofreu as principais alterações sendo, muitas vezes, associadas com a alteração das atividades trabalhistas dos familiares/cuidadores (confira os excertos de discursos de F27 e F12:

É! Eu tive que deixar de trabalhar para cuidar dele. Agora ele só fica em casa, coisa que antes não acontecia, por que ele trabalhava para fora... ai, ele vinha só aos finais de semana. Então... É isso; agora eu fico mais em função dele!

(F27; em 27/10/2014, no domicílio do sujeito).

(...) Eu fazia todo o meu serviço e ainda trabalhava para fora... fazia faxina nas casas, sempre ganhado o meu troquinho e... agora não! Parou tudo (...). É! Eu tive que deixar de fazer muitas coisas, depois da lesão dele.

(F 12; em 11/09/2014, no domicílio do sujeito).

A análise da QV, em seus quatro domínios, revelou que os sujeitos com LEA apresentaram mediana de 54,5 na QV e seus familiares/cuidadores a de 66,2. Tais valores revelam que tanto os sujeitos com LEA, quanto os seus familiares/cuidadores apresentaram índices medianos de QV.

#### **4.2.5 Discussões**

A LEA uma das principais causadoras de incapacidades em pessoas em idade produtiva (Smith, 2002), e acomete principalmente sujeitos do sexo masculino (Schuster e col., 2009; Gaudêncio e Leão, 2013). Assim como em outros estudos realizados por Falcão e col., 2004, observou-se neste a predominância de sujeitos casados acometidos por LEA, fator que pode atingir a estrutura familiar. Sabe-se também que a LEA é responsável por 40% das aposentadorias precoces no Brasil (Abramczuk e Villela, 2009), sendo assim, a lesão neurológica gera consequências negativas no sujeito e seus familiares (Smith, 2002).

O nível escolar dos sujeitos com LEA, deste estudo pode ser considerado baixo (Ensino Fundamental Incompleto); um fator agravante associado a hábitos precários de saúde (alimentação pobre em nutrientes, negligência de práticas de atividades físicas, consumo de drogas lícitas [álcool e tabaco], por exemplo) (Martin e col., 2014).

Sujeitos acometidos por LEA podem apresentar dificuldades cognitivas (Fava e col. 2013), as quais foram apresentadas na Tabela 1 e no relato do S13. Distúrbios nas Funções Mentais interferiram nos quatro domínios da QV, causando impactos significativos nas relações familiares e/ou sociais, nas AVD, e ainda, foram responsáveis por um grande número de afastamentos das atividades laborais, tal como estudo realizado por Oliveira e Silveira (2011).

As Funções do Coração e da Pressão Sanguínea foram referidas pelos sujeitos deste estudo como limitadoras dos domínios físicos e sociais, visto que enfrentam o impacto da descoberta de um comprometimento crônico, o rótulo da patologia e suas consequências negativas sobre o bem estar, além da medicalização contínua. A perda do bem estar social repercute expressivamente no estilo de vida desses sujeitos; as patologias do coração e da pressão sanguínea causam diversas transformações na vida do sujeito, modificando sua relação consigo mesma e com o mundo, exigindo reconstrução de sua identidade (Fava e col. 2013).

As complicações relacionadas à Pressão Sanguínea atingem os aspectos psicológico, familiar, social e/ou econômico, devido à probabilidade de complicações no longo prazo. Deste modo, reforçam-se as discussões que defendem uma análise ampliada do sujeito, em que a patologia e suas complicações orgânicas não devem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida (Langdon e Wiik, 2010).

O cérebro é a principal Estrutura Corporal afetada pela LEA (conforme explicitado na Tabela 1), assim suas disfunções podem comprometer as capacidades funcionais em todas as esferas da vida (Farias e col. 2005), por exemplo: prejuízos nas atividades de leitura, escrita, cálculo e resolução de problemas, e nos processos de comunicação oral (Oliveira e Silveira, 2011). Os comprometimentos cerebrais e as limitações causadas na qualidade de vida envolvem: orientação espaço-temporal, memória, atenção, linguagem e funções executivas, havendo intrínseca relação com o desempenho nas atividades cotidianas (Ferro e col. 2013).

As restrições na mobilidade (andar) afetam os domínios físico, psicológico e social do sujeito com LEA, pois não limitam somente ao ato de ir e vir, mas se estendem às atividades de cuidado pessoal, de vida doméstica e de trabalho. Para Rangel e col. (2013), a LEA pode

prejudicar as atividades mais simples e íntimas (como as atividades de higiene), até as mais complexas (as de trabalho).

As atividades profissionais são interrompidas no período imediato a LEA, sendo as incapacidades motoras e linguístico/cognitivas as mais comuns e visíveis (Adams e col. 1998). O impacto psicológico gerado pelo prejuízo funcional pode disparar respostas emocionais depressivas, as quais, numa dinâmica de retroalimentação, podem dificultar aquisições funcionais (Terroni e col. 2003).

Com intuito de evitar prejuízos linguístico/cognitivas, funcionais e agravantes psico/emocionais, causadas pelo afastamento da atividade laboral, Teixeira e Guimarães (2006), defendem o retorno ao trabalho; explicam que tal condição é uma oportunidade que o sujeito com LEA tem de reconstruir a sua vida após a lesão. O sujeito com LEA pode retornar a mesma função que exercia antes da lesão (caso esta não exponha a riscos de acidentes trabalhistas) ou mudar de função/profissão, a partir de cursos de qualificação profissional, exercendo assim atividades que não o exponham a riscos.

O processo de reinserção laboral, no Brasil, é dificultado pelas barreiras previdenciárias e pelo desconhecimento dos direitos garantidos pela legislação brasileira (Teixeira; Guimarães, 2006). Sabe-se dos direitos que garantem a reabilitação, (re)educação e (re)adaptação profissional e social e reinserção no mercado de trabalho (Brasil, 1991), porém os profissionais da reabilitação não os incentivam e os sujeitos com LEA não os desfrutam (vide o caso da maioria dos sujeitos deste estudo).

Do nosso ponto de vista, além das barreiras citadas anteriormente, os sujeitos com LEA, quando reinserido no trabalho, têm de enfrentar o despreparo das empresas, muitas vezes, relacionadas a barreiras físicas (arquitetônicas, ergonômicas) e atitudinais (discriminação, estigmas, estereótipos e preconceitos). Sabe-se também que a nova condição de vida do sujeito com LEA exige transformações importantes e significativas no ambiente domiciliar, entre elas, aparece a figura do familiar/cuidador.

Este estudo revelou a predominância de cuidadores/familiares do sexo feminino (77,7%), em concordância com outros estudos Lemos e col. (2006), Araújo e col. (2012), Pinto e Nations, 2012, Martins e col. 2003. O percentual é muito próximo do estudo de Araújo e colaboradores (2012) que apontou 80% de mulheres cuidadoras e 20% de homens. Evidenciou-se que o ato de cuidar é fundamentalmente desempenhado por familiares, sendo a esposa a principal cuidadora. Ao lado de outro estudo 19, este aponta que o papel de cuidador desempenhado pela esposa, apesar de todas as alterações estruturais ocorridas na família nas últimas décadas, as mulheres da família continuam a ser as principais responsáveis pelo

cuidado informal dos sujeitos que apresentam algum tipo de incapacidade (Martins e col. 2003).

Conforme o estudo de Araújo e colaboradores (2012), tal condição, limita a vida social dos cuidadores/familiares, reduzindo os encontros com parentes e amigos.

Os familiares/cuidadores deste estudo relataram alterações no cotidiano e na estrutura familiar, assim como constatado no estudo de Pinto e Nations (2012). Tais autores evidenciaram um percentual ligeiramente mais alto (92,6%), que o deste estudo. Concluem que os familiares/cuidadores estão expostos a mudanças no estilo de vida, resultantes do trabalho extra e da perda de independência, por exemplo, o que pode acarretar depressão, frustração, sentimentos de inutilidade e de solidão. A sobrecarga do familiar/cuidador pode gerar complicações físicas, mentais, emocionais e financeiras (Costa e col. 2014). A estrutura familiar pode sofrer alterações como inversões de papéis, gerando situações estressoras, desgastantes e frustrante (Farias e col. 2005).

O nível de escolaridade dos familiares/cuidadores deste estudo foi baixo e, segundo Cavalcante (2010), a escolaridade influencia os sentimentos dos familiares/cuidadores - a pouca aprendizagem escolar dificulta a compreensão do que acontece com o sujeito lesionado neurológico. Concordamos com o referido autor que afirma que os sentimentos dos cuidadores são consequências de uma interação complexa de fatores como convivência, medo e empatia, associado à condição de absorver informações sobre a LEA e suas consequências.

Convém considerar que o desempenho do “papel de cuidador” é, na maioria das vezes, realizado sem o preparo adequado, fato que pode gerar conflitos pessoais, familiares e até mesmo no trabalho, caso os responsáveis/cuidadores desempenhem outras funções no dia-a-dia (Martins e col. 2003). Tais autores encontraram que 48,2% dos participantes, de seu estudo, dividem o seu tempo entre o trabalho e o cuidado e que 51,8% pararam de trabalhar após a lesão de seu familiar. Geralmente, o familiar/cuidador tem problemas com o emprego, abandonando-o ou reduzindo a jornada de trabalho, o que acaba repercutindo na situação financeira familiar (Martins e col. 2003, Araújo e col. 2012) e na qualidade de vida do familiar/cuidador.

Os familiares/cuidadores deste estudo não citaram muitas alterações em seus domínios físicos, mas, no estudo realizado por Gonçalves e colaboradores (2011) os cuidadores reconheceram a tarefa como estressante, dado ao excesso de atenção dedicado ao sujeito com LEA, o que implica pouco tempo para cuidar de si mesmos e menos tempo de descanso.

A sobrecarga emocional, também mencionada neste estudo, interfere na qualidade de vida do familiar/cuidador; é ameaçada pelo estresse gerado pela responsabilidade de cuidar

(Araújo e col. 2011). Outro fator que pode gerar sobrecarga emocional é o afastamento do sujeito com LEA do trabalho, fator que não é visto pelos familiares/cuidadores como temporária para tratar de uma doença adquirida; é vista, na maioria das vezes, como definitiva, situação carregada de valores e sentimentos negativos (BRASIL, 2001).

Estudo realizado por Di Giulio e Chun (2014) aponta que as afasias, sequelas da LEA, geram estresse aos familiares/cuidadores pela dificuldade de comunicação; discutem a influência no cotidiano de cuidadores informais (cônjuges, filhos, pais, irmãos, parentes mais próximos) e cuidadores formais (técnicos de enfermagem, enfermeiros), destacando as consequências das sequelas na atividade de cuidado.

Outros fatores da qualidade de vida que são comprometidos após uma LEA são os domínios ambientais, principalmente, o doméstico. O domicílio do sujeito com LEA, muitas vezes, necessita de adaptações que proporcionem autonomia; estas podem proporcionar conforto e segurança para os sujeitos com LEA e mais liberdade para os familiares/cuidadores (Gindri e col. 2010). Porém, podem ser um agravante na situação econômica familiar, pois algumas mudanças são dispendiosas; somado a isso tem-se o afastamento das atividades laborais, a dedicação aos processos de reabilitação, gerando-se assim diminuição da renda doméstica (Silveira e col. 2006).

Note-se que este estudo confirmou um conjunto de efeitos causado pela LEA na vida do sujeito por ela acometido e na sua dinâmica familiar. Os achados remetem a novas demandas de ambos os grupos – sujeitos e famílias - bem como impelem os profissionais a novos paradigmas de como lidar com a realidade de sujeitos com LEA e seus familiares.

#### **4.2.7 Conclusão**

Pôde-se concluir que o surgimento de uma LEA, de forma súbita, causa sequelas incapacitantes: desorganiza o sujeito e sua família, afetando a sua qualidade de vida em todos os aspectos, assim, exigindo que destes adote uma ação imediata de enfrentamento.

Este estudo evidenciou que a CIF e o *WHOQOL – BREF* são ferramentas importantes para analisar as condições de saúde e qualidade de vida de sujeitos acometidos por LEA, bem como a de seus familiares. Constatou-se a íntima relação entre os aspectos da Funcionalidade e Incapacidade (Funções e Estruturas do Corpo) dos Fatores Contextuais – Fatores Ambientais com os Domínios do *WHOQOL – BREF*.

Nas funções do corpo observou-se que as alterações nas Funções Mentais refletem significativamente nos domínios da qualidade de vida. As Funções do Sistema Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório, mais especificadamente as

funções do coração e pressão sanguínea demonstraram interferências na vida do sujeito. A principal Estrutura Corporal lesada que atinge os domínios da qualidade de vida é o cérebro. Nos Fatores Contextuais – Fatores Ambientais as áreas de aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, relação e Interações Interpessoais e áreas principais da vida, foram as mais comprometidas nos quatro domínios de qualidade de vida no sujeito pós LEA, assim pode-se notar as intensas alterações que a LEA trás para a vida profissional do sujeito acometido, o qual após a lesão passa processos de reabilitação e de ressignificação pessoal e profissional, buscando a identidade abalada pela lesão, ou seja, buscando encontrar novos sentidos diante do novo contexto que se apresenta.

Este estudo chamou a atenção para as condições de vida dos familiares/cuidadores que, também, são “atropelados” por uma nova realidade. Destacou a conveniência de os profissionais se ocuparem de uma atenção integral a estes usuários e suas famílias, por meio da observação das necessidades reais destes sujeitos, visando a diminuição do impacto da LEA para uma melhor qualidade de vida e para o retorno dos mesmos as atividades de trabalho.

Devido à importância do tema, acredita-se que estudos posteriores possam aprofundar conhecimentos relativos aos tratamentos de reabilitação.

#### 4.2.8 Referências

ABAQUIM, M. L. M.; LIMA, M. P.; CIASCA, S. M. Avaliação neuropsicológica de sujeitos com lesão cerebral: uma revisão bibliográfica. *Rev. psicopedag.* São Paulo, v. 28, n. 89, p. 236-243, 2012.

ABRAMCZUK, B.; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. *ComCiência*, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=582&tipo=0>> Acesso em: 25 mai. 2015.

ADAMS, R. J.; MCKIE, V. C.; HSU, L.; FILES, B.; VICHINSKY, E.; PEGELOW, C. Prevention of a first stroke by transfusions in children with sickle cell anemia and abnormal results on transcranial Doppler ultrasonography. *N Engl J Med.* Massachusetts, v. 11, n. 5, p. 5-11, 1998.

ARAÚJO, J. S.; SILVA, S. E. D.; CONCEIÇÃO, V. M.; SANTANA, M. E.; VASCONCELOS, E. V. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores. *Revista Mineira de Enfermagem.* Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 98-105, 2011.

ARAÚJO, J. S.; SILVA, S. E. D.; SANTANA, M. E.; CONCEIÇÃO, V. M.; VASCONCELOS, E. V. O perfil representacional dos cuidadores de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Brasília, n. 3, v. 3, p. 852-864, 2012.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. *Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943*. Brasília, 1943.

BRASIL. *Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991*. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, Brasília, 1991.

BRASIL. *Lesões por esforços repetitivos (LER)*. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Brasília, 2001.

CASTRO, M. M. L. D.; HÖKERBERG, Y. H. M.; PASSOS, S. R. L. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1357-1369, 2013.

CAVALCANTE LF. *Gênero, família e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV; 2010.

COSTA, M. L. G.; FEDOSSE, E.; LEFÈVRE, A. P.; Doenças Crônicas Não Transmissíveis – Cuidado em Fonoaudiologia. In: MARCHESAN, I. Q.; SILVA, H. J.; TOMÉ, M. C. *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. 1 ed. – São Paulo, SP: Guanabara Koogan, 2014. pp. 806-13.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev. Bras. Epidemiol.* São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-35, 2008.

DI GIULIO, R. M.; CHUN, R. Y. S. Impacto da afasia na perspectiva do cuidador. *Distúrb Comun*, São Paulo, n. 26, v. 3, p. 541-549, 2014.

FARIAS, H. H. Q.; VALL, J.; OLIVEIRA, D. C.; BRAGA, V. A. B. O ser cuidador da pessoa idosa com lesão cerebral: um estudo teórico. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 112-119, 2005.

FAVA, S. M. C. L.; ZAGO, M. M. F.; NOGUEIRA, M. S.; DÁZIO, E. M. R. Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: um estudo etnográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, n. 21, v. 5, p. 1-7, 2013.

FERRO, A. O.; LINS, A. E. S.; TRINDADE FILHO, E. M. Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, n. 21, v. 3, p. 521-527, 2013.

FORTES, A. C. G.; NERI, A. L. Eventos de vida e envelhecimento humano. In NÉRI, A. L.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* Campinas: Papyrus. 2004. pp. 51-70.

Gaudêncio TG, Leão GM. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. *Rev Neurocienc*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 427-434, 2013.

GINDRI, G.; ARGIMON, I. I. L.; FONSECA, R. P. O cuidado após um acidente vascular cerebral: reflexões do indivíduo à saúde pública. *Revista Grifos*, Chapecó, v. 19, n. 28, p. 89-105, 2010.

GONÇALVES, L. H. T.; COSTA, M. A. M.; MARTINS, M. M.; NASSAR, S. M.; ZUNINO, R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 458-66, 2011.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 1-9, 2010.

LEMOS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 170-9, 2006.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicol Saude Doencas*. Lisboa, v. 4, v. 1, p. 131-48, 2003.

MARTIN, R. S. S.; GODOY, I.; FRANCO, R. J. S.; MARTIN, L. C.; MARTINS, AS. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de risco cardiovascular. *JBM*. Rio de Janeiro, v. 102, n. 2, p. 34-37. 2014.

OLIVEIRA, A. I. C.; SILVEIRA, K. R. M. Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC. *Rev Neurocienc*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 653-662, 2011.

PANHOCA, I.; GONÇALVES, C. A. B. Afasia e qualidade de vida – consequências de um acidente vascular cerebral na perspectiva da fonoaudiologia. *Arq. Ciênc. Saúde*, São José do Rio Preto, v. 13, n. 2, p. 147-153, 2009.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-528, 2012.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paul. Enferm*, São Paulo, n. 26, v. 2, p. 205-212, 2013.

SCHUSTER, R. C.; POLESE, J. C.; SILVA, S. L.A.; PERIN, V.; SEBEN, Y. P. Caracterização de internações hospitalares por acidente vascular encefálico na cidade de Passo Fundo – RS. *Con Scientia e Saúde*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 581-5, 2009.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 22, v. 8, p. 1629-1638, 2006.

SMITH, J.; BORCHELT, M.; MAIER, H.; JOPP, D. Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, Hoboken, v. 58, n. 4, p. 715-732, 2002.

TEIXEIRA, A. M.; GUIMARAES, L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. *Rev. Mal-Estar Subj*, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 182-200, 2006.

TERRONI, L. M. N.; LEITE, C. C.; TINONE, G.; FRÁGUAS JUNIOR, R. Depressão pós-avc: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 450-9, 2003.



## 5 DISCUSSÃO GERAL

Este estudo, conforme descrito anteriormente, ocupa-se de adultos em idade produtiva com LEA. As LEA têm forte relação com maus hábitos de saúde, desencadeantes de muitas DCNT.

As DCNT representam uma ameaça para a saúde e desenvolvimento a todas as nações; o aumento crescente das DCNT - ou como tem sido denominada a "epidemia de DCNT" - afeta principalmente as pessoas com menor renda e escolaridade (WHO, 2011). Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (MS) apontam baixos níveis de cuidados da população adulta brasileira para com sua saúde; apenas 15,0% realizam atividades físicas ou de lazer; 18,2% tem o hábito de consumir frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana; 34,0% dos adultos consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28,0% tomam refrigerantes cinco ou mais dias por semana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Este estudo contou com uma população de 48 sujeitos com LEA e 27 familiares/cuidadores. Destes 45 (93,8%) sofreram AVC e 3 (6,2%) TCE.

Estudos realizados por Silva e colaboradores (2014) apresenta uma prevalência de AVC em homens (53,6%); o mesmo se pode dizer em relação aos TCE (de duas a três vezes mais em homens que em mulheres - GAUDÊNCIO; LEÃO, 2013).

Medeiros, Granja e Pinto (2013) encontraram maior incidência de AVC em pessoas em idade produtiva, sendo a principal causa os maus hábitos alimentares e de cuidado com a saúde. Estudos como o de Oliveira, Ikuta, Regner (2008) e de Gaudêncio, Leão (2013) revelaram que esta mesma população também são acometida por TCE, apresentam os acidentes de trânsito e acidentes por arma de fogo como os principais causadores do TCE.

Os resultados encontrados neste estudo corroboram com três estudos realizados com sujeitos acometidos por AVC na região nordeste do Brasil; o primeiro contou com uma amostra de 289 casos de AVC, em que prevaleceu estado civil casado ou união estável (FALCÃO et al., 2004). O segundo contou com um grupo de 20 sujeitos, sendo que 50% eram casados (TELES; GUSMÃO, 2012). E o terceiro estudo, ocupou-se de 45 sujeitos, sendo 57,8% casados (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011). Quanto aos TCE, estudo realizado por Neto e colaboradores (2014), ocupado de 56 sujeitos, revelou 56% solteiros, no momento da lesão.

O nível de educação escolar dos sujeitos deste estudo foi considerado baixo, bem como a qualificação profissional dos mesmos, tal como constatado nos estudos de Medina, Shirassu, Goldefer (1998) e Falcão e colaboradores (2004).

Pessoas com pouca qualificação educacional e profissional são mais acometidas por LEA, justamente por serem mais expostas a fatores de risco (alimentação desregrada, consumo de tabaco e bebida alcoólica, acidentes de trabalho) e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde (WHO, 2011). A propósito, chama a atenção o baixo consumo de tabaco pelos sujeitos deste estudo (60,4% nunca fumaram), e o alto índice (93,7%) de sujeitos que suspenderam completamente o consumo de bebidas alcoólicas. Tabaco e bebidas alcoólicas são fatores que contribuem para o aumento do risco de AVC, mais particularmente o AVCi, aumentando consideravelmente as taxas de morbidade e mortalidade nesta população (LAVOR; AGRA; NEPOMUCENO, 2011).

As doenças cardiovasculares podem resultar em LEA (principalmente AVC) que, por sua vez, resultam em mortalidade ou incapacidades crônicas (GOULART, 2011). Por isso, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, englobando três eixos fundamentais - Vigilância, Informação e Monitoramento; Promoção da Saúde e Cuidado Integral aos doentes crônicos (BRASIL, 2011), visando, entre outros aspectos, minimizar os custos da assistência à saúde.

Entre as sequelas remanescentes das LEA, têm-se as afasias, hemiplegias e quadriplegias; sendo, as duas primeiras, presentes nos sujeitos deste estudo. Os comprometimentos de saúde física e de saúde mental/emocional foram referidos como moderados; assim como referiram prejuízos nas atividades de lazer (FERNANDES, 2009).

Sabe-se que os déficits podem ser parciais ou totais, repercutindo negativamente nos relacionamentos com familiares e na sociedade em geral, ou seja, levando a um declínio na QV de sujeitos com LEA e seus familiares (BRASIL, 2008; BLOOM et al., 2011; WHO, 2013).

Os limites físicos interferem nas AVD (auto cuidado, alimentação, higiene pessoal, vestir, por exemplo) e AIVD (utilizar telefone, ir as compras, cozinhar, utilizar transporte, por exemplo), assim como também as atividades laborais (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013).

A utilização de recursos assistivos como órteses, óculos, muletas, bengalas, cadeira de rodas, por exemplo, é comum nos casos de lesionados encefálicos; equipamentos ou parte deles, produtos ou sistemas (fabricados em série ou sob medida) utilizados para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais das pessoas com deficiências. Podem variar de uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado e são indicados, segundo os critérios do Art. 19, do Decreto 3.296, de dezembro de 1999, que os apresentam como recursos que visam a superação de barreiras da comunicação e da mobilidade, possibilitando a

plena inclusão social da pessoa com deficiência (BRASIL, 1999). Ao lado dos recursos assistivos, tem-se os processos terapêuticos, viabilizados pelos serviços de reabilitação.

A maioria dos sujeitos deste estudo realizava somente acompanhamento fisioterapêutico; uma minoria realizava acompanhamento em Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, apesar de o cuidado integral a trabalhadores com LEA ser recomendado pela Previdência Social (Lei nº 8.213/91, em seu Art. 89 - BRASIL, 1991) e pelo Decreto nº 3.048/99, em seu Art. 77 (BRASIL, 1999).

Infelizmente, os dados deste estudo dizem respeito a acompanhamentos terapêuticos não integrados/multifacetados, condição que pouco contribui para a reabilitação efetiva dos sujeitos com LEA e, menos ainda, para sua reinserção no mercado de trabalho. A propósito, todos os sujeitos deste estudo foram submetidos a perícias médicas após a LEA, sendo que a maioria foi aposentado por invalidez e apenas 6,2% foram reinseridos no trabalho (um sujeito permaneceu na função que exercia e dois trocaram de função). O retorno ao trabalho das pessoas deste estudo é muito inferior ao encontrado na literatura, pois em um estudo realizado por Neau e colaboradores (1997) constatou-se que em média 70% dos sujeitos acometidos por LEA em idade produtiva retornaram a atividade laboral, após oito meses pós lesão, Ching-Lin; Mong-Hong (1997), encontraram uma incidência de retorno um pouco menor (60%).

Quanto ao desejo de retorno ao trabalho, o índice foi absoluto - todos os sujeitos desejavam retornar aos seus empregos; porém não passaram por orientações e adaptações necessárias para efetivação de suas expectativas.

A partir deste ponto, passa-se a discutir a correlação entre os dados fornecidos pela CIF e os possibilitados pelo *WHOQOL-Bref*.

Constatou-se que as Funções e Estruturas do Corpo influenciaram significativamente os domínios do *WHOQOL – BREF*; assim como ficou evidente que as alterações causadas pela LEA nas Funções Mentais interferiram em todos os domínios da qualidade de vida dos sujeitos com LEA. O cérebro (s110), a principal estrutura lesada em uma LEA, apresentou interferência nos domínios psicológico e ambiental.

O sujeito acometido por uma LEA apresenta na maioria das vezes comprometimentos nas funções linguísticas/cognitivas, acarretando em déficits que limitam suas condições de organizar, planejar, e executar as tarefas cotidianas. Estes déficits têm influência direta na condição de o sujeito se comunicar e de autogerenciar o seu cotidiano, fragilizando os domínios sociais das pessoas acometidas por LEA. O estudo de Freitas e colaboradores (2006) referem interferência das disfunções cognitivas nas capacidades funcionais, em todas as esferas da vida, social e interpessoal, trabalho, lazer e atividades de vida diária.

As Funções do Sistema Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório mostraram-se significantes nas Funções do Coração (b410) e na Pressão Sanguínea, fatos que interferiram no domínio social. Outro agravante do comprometimento das funções anteriormente referidas é a ingestão e o cuidado com os medicamentos (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

As alterações das atividades cotidianas dos sujeitos restringem as áreas da vida prática, os aspectos de aprendizagem e aplicação do conhecimento (d1), tarefas e demandas gerais (d2), comunicação (d3), na mobilidade (d4), cuidado pessoal (d5), atividades domésticas (d6), interações interpessoais (d7) e áreas principais da vida (d8). Os aspectos de aprendizagem e aplicação do conhecimento repercutiram em limitações nos quatro domínios do questionário de qualidade de vida. As alterações linguístico/cognitivas envolveram: orientação espaço-temporal, memória, atenção, linguagem e funções executivas, havendo intrínseca relação com o desempenho nas atividades cotidianas (FERROS; LINS; TRINTADE FILHO, 2013).

Os sujeitos deste estudo, após a LEA, apresentaram limitações nas atividades de cuidado pessoal (tomar banho, alimentar-se, vestir-se, por exemplo) tendo afetados os domínios físicos, psicológicos e ambientais do *WHOQOL – Bref* (as atividades domésticas apresentam mais limitações nos domínios psicológico e ambiental ao serem correlacionadas com o *WHOQOL – BREF*).

Uma LEA pode causar sequelas desde as atividades mais simples e íntimas do cotidiano (como as atividades de higiene), até as mais complexas (as atividades de trabalho) (RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). As atividades de trabalho remunerado, correspondente as áreas principais da vida, são muito afetadas após a LEA. As restrições causadas a esta atividade e o afastamento, em algumas vezes parcial ou total, acarretou transtornos em todos os domínios da qualidade de vida do sujeito pós LEA.

Nos domínios físicos, as sequelas funcionais causaram limitações na mobilidade e na capacidade de trabalho. Os domínios psicológicos foram afetados pelas sequelas linguísticos/cognitivos e pelos comprometimentos emocionais dos sujeitos. O rompimento causado nos domínios sociais afetaram as relações familiares, de amizades e íntimas. Os domínios de ambiente foram afetados, à medida que limitam o sujeito de atuar sobre o contexto que está inserido. Constatou-se inatividade em relação ao trabalho, seja por afastamento ou aposentadoria, revelando uma perda significativa do papel de trabalhador, ainda em um momento produtivo da vida dos sujeitos.

Sabe-se que ao serem acometidos por uma LEA, os sujeitos em idade produtiva são afastados imediatamente de suas atividades produtivas, sendo a vida destes sujeitos intensamente modificada, principalmente a volta à atividade laboral (TERRONI et al., 2003).

Além das transformações na vida/nas atividades cotidianas, de trabalho e de lazer do sujeito com LEA, acontece também restrições na vida dos familiares, que, na maioria das vezes, assumem o papel de cuidador (como se constata neste estudo - 96,3% dos cuidadores eram familiares). 31,4% dos sujeitos com LEA são cuidados pelas esposas, 8,3% pelos esposos, 12,5% pelos filhos, 14,5% pela esposa e filhos, 10,4% por outros familiares (pais e/ou irmãos) e 2,1% por cuidador formal.

Assim como em outros estudos (BORGES, 2003; SIMPIONATO, 2005; FONSECA; PENNA, 2008; BOCCHI; ANGELO, 2005; LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2009; ARAÚJO et al., 2012), observou-se a predominância de familiares/cuidadores do sexo feminino e, na maioria das vezes, esse papel é desempenhado pela esposa (PINTO; NATIONS, 2012). Apesar de todas as alterações estruturais ocorridas na família, nas últimas décadas, as mulheres ainda são as principais responsáveis pelo cuidado informal dos sujeitos que apresentam algum tipo de incapacidade (MARTINS; RIBEIRO; GARRET, 2003).

Os familiares/cuidadores deste estudo sofreram alterações em sua rotina laboral após a LEA de seus familiares; muitos param de trabalhar e outros acumulam a função de cuidador com sua antiga atividade laboral (do lar, empregada doméstica, cabeleireira, auxiliar de fábrica, motorista, técnico de enfermagem funcionário rural, servente de pedreiro, servidor público, estudante, servente, merendeira). O nível de escolaridade dos cuidadores deste estudo é relativamente baixo.

Outro ponto relatado pelos cuidadores foram as alterações na estrutura e no cotidiano familiar; houve mudança no estilo de vida (trabalho extra, perda da independência, por exemplo), o que pode gerar depressão, frustração, sentimentos de inutilidade e de solidão, este sentimento pode ser expressado pelo familiar/cuidador, assim como também pelo sujeito com LEA (PINTO; NATIONS, 2012).

A mediana nas análises dos domínios físicos, de um familiar/cuidador foi 60,7; observou-se que o cuidador/familiar tem uma sobrecarga física gerada pela LEA de seu familiar. A sobrecarga física está mais relacionada aos sujeitos mais dependentes, principalmente, quanto ao transporte e deambulação, visto que os familiares/cuidadores geralmente têm de auxiliar em atividades cotidianas simples com, por exemplo, o banho, a alimentação, o vestir e outros cuidados pessoais (BOCCHI, 2004).

A sobrecarga mental/emocional também é um agravante na vida dos familiares/cuidadores; a mediana foi de 70,8 nos domínios psicológicos. A sobrecarga mental/emocional, nem sempre é expressa, espontaneamente, pelos familiares/cuidadores, em parte pelos sentimentos de culpa, mas também por causa da atenção que, geralmente, está voltada para o sujeito acometido pela LEA. Segundo Bochi (2004), os familiares/cuidadores apresentam ansiedade sobre o futuro e apreensão com outros problemas de saúde que podem vir a agravar o quadro do seu familiar com LEA ou neles próprios.

Os domínios sociais são outros fatores que são acometidos nos familiares/cuidadores; na avaliação de QV apresenta uma mediana de 75,1 referentes ao domínio social. Os domínios ambientais também são afetados; um dos familiares/cuidadores, deste estudo, avaliou o seu domínio ambiental com mediana 59,3. O estudo realizado por Pedreira e Oliveira (2012), revelou que o familiar/cuidador permanece restrito ao ambiente domiciliar, reduzindo seus momentos de lazer a poucos ou nenhum evento, dos quais antes podia participar. Os familiares e amigos, geralmente, estão presentes no início do processo, mas com o tempo se afastam, e o cuidador se vê sozinho, mantido apenas na esfera doméstica, com distanciamento dos círculos de amizade.

A ausência de lazer, aliada ao confinamento no ambiente doméstico constante, leva o cuidador familiar, muitas vezes, a se sentir sobrecarregado emocionalmente. As doenças que levam a incapacidade impõem limitações ao sujeito com LEA e cuidador, resultando sentimentos de isolamento, alterações no estilo de vida e insatisfações na vida social, proporcionando um cotidiano restrito apenas às atividades domésticas (BOCCHI, 2004). Autores apontam que esse isolamento com sobrecarga é maior quando se trata de dependentes por transtornos mentais (PINTO et al., 2009).

Os resultados encontrados neste estudo demonstram os efeitos causados pela LEA na vida do sujeito e na dinâmica familiar no pós-LEA. Esta condição de sujeito acometido, influencia diretamente as relações entre ele, seus familiares e sua atividade de trabalho.

## 6 CONCLUSÃO

A partir deste estudo pode-se conhecer a situação laboral a qual estão expostos sujeitos pós-LEA em idade produtiva e seus familiares/cuidadores. Os sujeitos com LEA participantes deste estudo tinham média de idade de 48,7 anos no momento da lesão, em sua pequena maioria eram homens, casados, com nível escolar relativamente baixo (Ensino Fundamental Incompleto).

O diagnóstico mais recorrente foi o AVCi seguido de sequelas linguísticas (Afasia) e sequelas motoras (Hemiplegia e Quadriplegia), que interferem diretamente nas condições de saúde física e mental/emocional dos sujeitos com LEA, muitos passam a utilizar recursos assistivos para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas pós-lesão, o que de ser um fator de grande impacto na vida destes sujeitos. Ao buscarem serviços terapêuticos especializados os sujeitos com LEA desejam minimizar as limitações impostas pela lesão, bem como da prevenção de agravos, mas este desejo encontra limitações, pois o município estudado não disponibiliza um serviço de atendimento integral em reabilitação, o que acaba por gerar acesso que impactam negativamente na vida/saúde dos sujeitos com LEA.

As profissões mais recorrentes neste estudo foram as de natureza braçal, ou seja, com baixa qualificação profissional, fator este que pode ter contribuído para que muitos destes sujeitos com LEA fossem afastados de seus postos de trabalho e logo após aposentados precocemente, mesmo havendo o desejo/expectativa de retorno a atividade laboral, percebeu-se que pouquíssimos retornaram ao trabalho. A aposentadoria precoce é um fator que pode expor os sujeitos a outro tipo de doenças, principalmente patologias mentais/emocionais, pois após o episódio de LEA o sujeito pode desenvolver conflitos de identidade social, onde não se vê mais como um ser trabalhador, alguns começam a perceber-se como um fardo, como um ser inútil, o que acaba por atingir diretamente a recuperação e a QV destes sujeitos.

Constatou-se a íntima relação entre os aspectos da Funcionalidade e Incapacidade (Funções e Estruturas do Corpo) dos Fatores Contextuais – Fatores Ambientais com os Domínios do *WHOQOL – BREF*.

Nas funções do corpo observou-se que as alterações nas Funções Mentais refletiram significativamente nos domínios da QV. As Funções do Sistema Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório, mais especificadamente as funções do coração e pressão sanguínea demonstraram interferências na vida do sujeito. A principal Estrutura Corporal lesada que atinge os domínios da QV é o cérebro. Nos Fatores Contextuais – Fatores Ambientais as áreas de aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais, comunicação,

mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, relação e Interações Interpessoais e áreas principais da vida, foram as mais comprometidas nos domínios de QV no sujeito pós LEA.

Os comprometimentos as sequelas da lesão causam grandes comprometimentos em todas as funções orgânicas e atividades práticas do cotidiano, causando alterações nos domínios da QV. As atividades de trabalho apresentaram comprometimento nos quatro domínios da QV, trazendo assim transtornos que afetam os sujeitos gravemente. Observa-se que pelas complexidades das sequelas os sujeitos com LEA são afastados das suas atividades produtivas fator estes que compromete a QV destes sujeitos.

Este trabalho também chama a atenção para os familiares/cuidadores que, também, são “atropelados” por uma nova realidade. O ato de cuidar é desenvolvido principalmente pelas mulheres (esposas), de meia idade e com reduzido nível escolar. Mesmo com as intensas transformações que vem ocorrendo na sociedade mundial, ainda percebe-se que assim como no século passado as mulheres, continuam sendo as principais cuidadoras após um episódio patológico no círculo familiar.

Após o episódio de LEA familiares/cuidadores se deparam com alterações significativas no cotidiano e estrutura familiar; observa-se principalmente que as alterações trabalhistas não se limitam somente ao sujeito acometido pela LEA, o familiar/cuidador também tem que alterar a sua jornada de trabalho ou abandonar o seu emprego para poder dedicar-se ao cuidado de forma integral. As alterações anteriormente citadas acarretam em alterações na QV do familiar/cuidador, pois estes tem que muitas vezes assumir um papel que não é seu nas atividades cotidianas familiares o que acaba por gerar sobrecarga física, mental/emocional, social e ambiental, podendo levar estes familiares/cuidadores ao início de processo de adoecimento.

Fica, portanto, explicitada a necessidade de ações de saúde de atenção integral e apoio social aos sujeitos com LEA e seus familiares/cuidadores. Além de implantação de políticas públicas direcionadas para os sujeitos com LEA e seu familiares/cuidadores, com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos, bem como na possibilidade de minimizar a sobrecargas na QV familiares/cuidadores relacionada ao processo de cuidar. Estas devem observar as reais necessidades dos sujeitos e de familiares/cuidadores, contribuindo com a diminuição do impacto da LEA, para uma melhor qualidade de vida e para o retorno dos sujeitos acometidos as atividades de trabalho.

Devido à importância do tema, espera-se que estudos posteriores possam aprofundar o conhecimento sobre o assunto, discutindo meios que venham a somar com os tratamentos de reabilitação tradicional e assim evitar os declínios observados na qualidade de vida dos

sujeitos com LEA e de seus familiares/cuidadores. Observa-se que este assunto ainda tem muitos pontos a serem explorados, sugerindo-se assim novos estudos que busquem esclarecer os motivos pelos quais estes sujeitos estão sendo aposentados precocemente, causando assim uma interrupção brusca na sua atividade laboral.



## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ABRAMCZUK, B; VILLELA, E. A luta contra o AVC no Brasil. **ComCiência**, Campinas, n. 109, 2009. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=47&id=582&tipo=0>>. Acesso em: 25 mai. 2015.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho?**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

ALENCAR, M. C. B.; OTA, N. H. O afastamento do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo v. 22, n. 1, p. 60-67, 2011.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/manual\\_promoprev\\_web.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/manual_promoprev_web.pdf)>. Acessado em: 25 mai. 2015.

ALONSO, G. S. O.; SILVEIRA, V. C. Lesões encefálicas adquiridas. In: FERNANDES, A. C; RAMOS, A. C. R; CASALIS, M. E. P; HEBERT, S. K. **Medicina e reabilitação: princípios e prática**. São Paulo: Artes Médicas; 2007.

AMORIM, D. S.; GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Rev Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n.1, p. 82-4, 2007.

ANDRADE, C. Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. **Análise Psicológica**, Lisboa, 2 (XXVIII), p.255-267, 2010.

ARAÚJO, R. P. Z. Contribuição às propostas de reabilitação psicossocial (atenção a crianças e adolescentes). **Cadernos de Terapia Ocupacional**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 39-49, 1999.

ARAÚJO P. B. **Alzheimer: o idoso, a família e as relações humanas**. Rio de Janeiro: WSK; 2001.

ARAUJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF: Histórico e Objetivos. In: ARAUJO, E. S. **CIF e o Diagnóstico em Fisioterapia**. Rio de Janeiro. Kirios Gráfica, 2010.

ARAUJO, E. S. **Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional**. São Paulo: Andreoli, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARROS, S. L. A.; PASSOS, N. R. S.; NUNES, M. A. S. N. Estudo inicial sobre Acidente Vascular Cerebral e serious games para aplicação no projeto “AVC” do núcleo de tecnologia assistiva da UFS. **Revista GEINTEC**, São Cristóvão, v. 3, n. 1, p.121-143, 2012.

BLOOM, D. E.; CAFIERO, E. T.; JANÉ-LLOPIS, E.; ABRAHAMS-GESSEL, S.; BLOOM, L. R.; FATHIMA, S. The global economic burden of non-communicable diseases: report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. **World Economic Forum**, Geneva p.47, 2011. Disponível em: [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_011.pdf/](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_011.pdf/). Acessado em: 20 de abril de 2015.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 12, n. 1, p. 115-21, 2004.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciências e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.10, n.3, p.729-738, 2005.

BORGES CF. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 8, n. 1 p.21-9, 2003.

BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, uncialidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 10, n. 1 p. 29-31, 2003.

BUÑUALES, M. T. J, DIEGO, P. G, MORENO, J. M. M. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) 2001. **Rev Esp Salud Publica**, Paseo del Prado, v. 76, n. 4, p. 271-9, 2002.

BRAGA, J. L; ALVARENGA, R. M. Acidente vascular cerebral. **Rev. Bras Med**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 88-94, 2003.

BRASIL, Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1943. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>. Acessado em: 04 mar. 2015.

BRASIL, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acessado em: 02 mar. 2015.

BRASIL, Lei n° 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** Brasília, 1989. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm)>. Acessado em 02 mar. 2015.

BRASIL. Lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário**

**Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/110098.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm)>. Acessado em: 02 mar. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1991. Disponível em: <[http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Lei\\_8213\\_MPAS\\_22092014.pdf](http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Lei_8213_MPAS_22092014.pdf)>. Acessado em: 02 mar. 2015.

BRASIL a. Decreto 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, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acessado em: 02 mar. 2015.

BRASIL b. Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999, Regulamento da Previdência Social, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999. Disponível em: <<http://web.agendaassessoria.com.br/wp-content/uploads/2014/12/DECRETO-N-3048-1999.pdf>>. Acessado em 02 mar. 2015.

BRASIL. 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, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/110098.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm)>. Acessado em 22 mar 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 47, de 5 de julho de 2005. Altera os arts. 37, 40, 195 e 201 da Constituição Federal, para dispor sobre a previdência social, e dá outras providências, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm#art1)>. Acessado em 02 mar. 2015.

BRASIL. **Guia dos Direitos das Pessoas com Deficiência**. São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/defesa-direitos-pessoas-especiais/cartilhas/guia\\_direito.pdf](http://www.oabsp.org.br/comissoes2010/defesa-direitos-pessoas-especiais/cartilhas/guia_direito.pdf)>. Acessado em: 02 mar. 15.

BRASIL. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/cronicas/pdf/2006-Diretrizes%20e%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20para%20o%20cuidado%20integral-BRASIL-MS.pdf>>. Acessado em: 12 abr. 2015.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Substitui a Resolução 196/96, **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em: 04 mar. 2015.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf)>. Acessado em: 12 de abril de 2015.

BRAUN, A.; HERBER, V.; MICHAELSEN, S. M. Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia. **Rev. bras. med. Esportes**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 30-34, 2012.

CANCELA, D. M. G. O Acidente Vascular Cerebral: classificação, principais consequências e reabilitação. **O Portal dos Psicólogos**, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CANIGLIA, M. **Terapia Ocupacional, Objeto e Metodologia**. Belo Horizonte, MG: Expressa Arte Gráficas e Editora Ltda, 1994.

CASTRO, E. D. A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 24-32, 1992.

CASTRO, E. D. Arte, corpo e Terapia Ocupacional: aproximação, intervenção e desdobramentos. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7-12, 2000.

CECATTO, R. B. Aspectos clínicos: lesão encefálica adquirida. In: MOURA, E. W.; LIMA, E.; BORGES, D.; SILVA, P. A. C. **Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação**. 2ed ed. São Paulo: Artes Médicas, 2010, p.237-393.

CECATTO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos Clínicos. In: CRUZ, D. M. C. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico**. São Paulo: Santos, 2012, p. 3 – 18.

CHAGAS, E. F.; TAVARES, M. C. G. C. F. A simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação essa condição com o desempenho de suas atividades funcionais. **Rev.Fisioter. Univ**, São Paulo, v 8, n. 1 p. 40-50, 2011.

CHING-LIN, H, MONG-HONG, L. Factors influencing vocational autcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. **Scand J Rehabil Med**, Sweden, v. 29, n. 2 p. 113-20, 1997.

COSTA, M. C.; ALMEIDA, M. V. M. Esquiza-ocupação: uma ferramenta de análise da instituição Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo v. 15, n. 1, p. 11-16, 2004.

COSTA, M. C. F.; BEZERRA, P. P.; OLIVEIRA, A. P. R. Impacto da hemiparesia na simetria e na transferência de peso: repercussões no desempenho funcional. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.14, n. 2, p. 10-13 2006.

COSTA, F. A; SILVA, D. L. A; ROCHA, V. M. Estado neurológico e cognição de pacientes pós-acidente vascular cerebral. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1083-1088, 2011.

CRUZ, D. C. M.; LOUREIRO, H. A. M.; FERNANDES, M. M.; SILVA, M. A. N. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Revista Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 2, p.127-136, 2010.

DEVIDO-SANTOS, M.; GAGLIARDI R. J.; MAC-KAY A. P. M. G. Language disorders and brain lesion topography in aphasics after stroke. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 70, n. 2, p. 129-133, 2012.

DOMINGUES, J. M. Aspectos da intervenção de Terapia Ocupacional no ambulatório de ginecologia de adolescentes. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 3, n. 1-2, p. 65-71, 1992.

DORNELAS, L. F. Fisioterapia aquática associada á Toxina Botulínica Tipo A na hemiparesia: relato de caso. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.115-118. 2011.

FALCÃO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicação para o adulto em idade produtiva Atendidos no sistema Único de Saúde. **Rev Bras Matern Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, pp. 95-102, 2004.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FARIAS, H. H. Q.; VALL, J.; OLIVEIRA, D. C.; BRAGA, V. A. B. O ser cuidador da pessoa idosa com lesão cerebral: um estudo teórico. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 112-119, 2005.

FEDOSSE, E. **Processos alternativos de significação de um poeta afásico**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Lingüística da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: 2008.

FERIGATO, S. H. O agir criativo em Terapia Ocupacional: uma reflexão filosófica a partir dos paradoxos da contemporaneidade. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 15, n. 2, p. 131-198, 2007.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. **Vínculo**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 179-190, 2009.

FERNANDES, P. T. Aspectos Psicossociais do AVC. **ComCiência**. N. 109, 2009. Disponível em:<[http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-76542009000500027&lng=pt&nrm=iso](http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500027&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 06 mai. 2015.

FERRO, A. O.; LINS, A. E. S.; TRINDADE FILHO, E. M. Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de acidente vascular encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 521-527, 2013.

FERREIRA, M. S.; SALLES, I. C. D.; BRANCO, D. G.; GASPAR, A. P. Reabilitações nas lesões encefálicas Adquiridas (LEA). In: FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P.; HEBERT, S. K. **Medicina e reabilitação: princípios e prática**. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.174-88.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.33-38, 2000.

FLECK, M. P. A.; 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”. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 34,n. 2, p. 178-83, 2000.

FOEX, P.; SEAR, J. W. Blockers and cardiac protection: 5 yr on from. **Br. J. Anaesth**, Altrincham, v. 112, n. 2, p. 206-10, 2014.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. 2ªed. rev. e atual. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

FREITAS, E. V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FRIDRIKSSON, J.; RICHARDSON, J.; FILLMORE, P; CAI, B. Left hemisphere plasticity and aphasia recovery. **Neuroimage**, v. 60, n.2, p. 854-63, 2012.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003.

GAUDÊNCIO, T. G.; LEÃO, G. M. A Epidemiologia do Traumatismo Crânio Encefálico: Um Levantamento Bibliográfico no Brasil. **Rev. Neurocienc**, São Pauli, v. 21, n. 3, p. 427-434, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONZAGA, P. **Perícia médica da Previdência Social**. São Paulo: LTr, 2000.

GONÇALVES, J.; BUAES, C. S. Sentidos do trabalho e do afastamento por problemas de saúde mental para motoristas de transporte coletivo urbano: um estudo de caso. **Cad. psicol. soc. trab**, São Paulo, v.14, n.2, p.195-210, 2011.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília, 2011. Disponível em:<[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)>. Acessado em: 16 jun. 15.

GOULART, F. A. A. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios e para os Sistemas De Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em:<[http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf)>. Acessado em 12 de abril de 2015.

GRAVINA, M. E. R.; NOGUEIRA, D. P.; ROCHA, L. E. Reabilitação profissional em um banco: facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 19-26, 2003.

GROULX, L. H. Contribuição da Pesquisa Qualitativa à Pesquisa Social. In: POUPART, J.; DESLAURIRS, J-P.; GROULX, L-H.; LÀPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, Á. P. A. **Pesquisa Qualitativa: Enfoque Epistemológico e Metodológico**. 2. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

HAGEDORN, R. **Ferramentas para a prática em terapia ocupacional: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais**. – São Paulo: Roca, 2007.

HASSELKUS, B. R. The world of everyday occupation: real people, real lives. **American Journal of Occupational Therapy**, Bethesda, v. 60, n. 6, p. 627-640, 2006.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HELLER, A. **Sociología de la vida cotidiana**. Barcelona: Ed. Península, 2002.

LAVOR, I. G.; AGRA, G.; NEPOMUCENO, C. M. Perfil dos casos de acidente vascular cerebral registrados em uma instituição pública de saúde em Campina Grande – PB. **Rev. Tema**, Campina Grande, v. 12, n. 17; p. 1-12, 2011.

LEAL, G.; MARTINS, I. P. Avaliação da Afasia pelo Médico de Família. **Rev. Port. Clin. Geral**, Lisboa, v.21, n. 4 p. 359-64. 2005.

LEMOS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.170-9. 2006.

LIMA, E. M. F. A. **Clínica e Criação: a utilização de atividades em instituições de Saúde Mental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

LIMA, M. V. C.; GUIMARÃES, R. M. O.; SILVA, G. P. F.; MONT'ALVERNE, D. G. B. Perfil Clínico e Desmame Ventilatório de Pacientes Acometidos por Traumatismo Crânio-Encefálico. **Rev Neurocienc**, São Paulo, v. 20, n. , p. 354-359, 2012.

LIZ, N. A.; ARENT, A.; NAZÁRIO, N. O. Características clínicas e análises dos fatores preditivos de letalidade em pacientes com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) admitidos em Unidades de Tratamento Intensivo. **ACM arq. Catarin. Med**, Florianópolis v. 41, n. 1, p. 10-15, 2012.

MACHADO, W. C. A.; SCRAMIN, A. P. Functional (in) dependence in the dependent relationship of quadriplegic men with their (un) replaceable parents/caregivers. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-60, 2010.

MACKAY, A. P. M. G. Linguagem e os distúrbios neurogênicos. In: I Congresso Brasileiro de Voz, Audição e Linguagem, 1997, Curitiba. Anais do I Congresso Brasileiro de Voz, Audição e Linguagem, 1997.

MAR, J.; ARROSPIDE, A.; BEGIRISTAIN, J. M.; LARRANAGA, I.; ELOSEGUI, E.; OLIVA-MORENA. J. The impact of acquired brain damage in terms of epidemiology, economics and loss in quality of life. **BMC Neurol**, London, v. 11 n. 46, p. 1-11 2011.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRET, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicol Saúde Doenças**. Lisboa, v.4, n.1, p.131-48, 2003.

MARTINS, L. M.; EIDT, N. M. Trabalho e atividade: categorias de análise na psicologia histórico-cultural do desenvolvimento. **Psicol. Estud**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 675-683. 2010.

MEDEIROS, J. D.; GRANJA, K. S. B.; PINTO, A. P. S. Avaliação do impacto do acidente vascular cerebral sobre a população acometida: revisão sistemática. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v.1, n.3, p. 131-136, 2013.

MEDINA, M. C. G.; SHIRASSU, M. M.; GOLDEFER, M. C. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: KARSCH, U. M. S.; (org). **Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores**. São Paulo: EDUC, 1998. p. 199-214.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. – 2º. ed. – São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1p. 7-19, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19. 2001.

MOURA, R. M. B.; MOTA, W. G.; MOURA, G. J. B.; LOPES, D. P.; DAHER, C. R. M. A importância da imagem corporal na assimetria da postura em pacientes hemiplégicos e hemiparéticos. **Scire Salutis**, Aquidabã, v. 2, n. 2, p.16-28, 2012.

NEAU, J. P.; INGRAND, P.; MOUILLE-BRACHET, C.; ROSIER, M. P.; COUDERQ, C.; ALVAREZ, U. M.; GIL, R. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. **Cerebrovasc Dis**, v. 8, n. 5, p. 296-302, 1998.

NEGRÃO, A. M. G.; BARILE, M. A. C. Afasia: uma Interface entre a Fonoaudiologia e a Psicologia. **Lato & Sensu**, Belém, v. 4, n. 1, p. 3-5, 2003.

NETO, J. S. M.; TOGNOLA, W. A.; MORAIS, SPOTTI, A. R.; MOARIS, D. F. Análise de pacientes com trauma raquimedular associado a traumatismo cranioencefálico. **Coluna/Columna**, São Paulo, v. 13, n.4, p. 302-5, 2014.

NEVES, R. F; NUNES, M. O. Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 30, p. 55- 56, 2009.

NICOLESCU, B. **The transdisciplinary evolution of learning**. Disponível em: <[http://www.learndev.org/dl/nicolescu\\_f.pdf](http://www.learndev.org/dl/nicolescu_f.pdf)>. Acesso em: 8 mai. 2015.

NOVAES-PINTO, R.C. Cérebro, linguagem e funcionamento cognitivo na perspectiva sócio-histórico-cultural: inferências a partir do estudo das afasias. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 55-64, 2012.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 2002.

OLIVEIRA, L; M. **Afasia e o modelo interacional de comunicação**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Lingüística da Universidade Federal Juiz de Fora (UFJF). 2008.

OLIVEIRA, W. T.; ANTUNES, F.; INOUE, L.; REIS, L. M.; ARAÚJO, C. R. M. A.; MARCON, S. S. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1 p. 129-137, 2012.

OLIVEIRA, A. L. A.; GONÇALVES, M. A. Breves observaciones sobre la centralid del trabajo y su importancia en el contexto de la globalización de la crisis estructural del capital. **Revista Pegada**, São Paulo, v. 14 n. 2, p. 25-48, 2013.

OLIVEIRA, C. O.; IKUTA, N.; REGNER, A. Biomarcadores prognósticos no traumatismo crânio-encefálico grave. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 411-21, 2008.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**: Classificação Detalhada com definições Todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões. 2003. Disponível em: <<http://arquivo.esep.ips.pt/esep/cursos/edespecial/CIFIS.pdf>>. Acessado em: 10 mar. 2015.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos**. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br>> Acessado em 02 mar. 2015.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas. Resolução ONU n.º 3.447, de 09 de dezembro de 1975**. Disponível em: <<http://www.portaldeacessibilidade.rs.gov.br/portal/index.php?cat=6&cod=40&id=legislacao>>. Acessado em: 02 mar. 2015.

OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendação 99 de 1955. Dispõe sobre a habilitação e Reabilitação Profissional do deficiente**. Disponível em: <<http://www.proreabilitacao.com.br/publicacoes/OIT.pdf>> Acessado em: 02 mar. 2015.

OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendação nº 168 de 1 de junho de 1983.** Disponível em: <<http://www.senai.br/legislacao/?opcao=detalhe&cod=170>>. Acessado em 02 mar. 2015.

OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Convenção 159 de 1983.** Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/w6oit159.htm>>. Acessado: em 02 mar. 15.

PANHOCA, I.; GONÇALVES, C. A. B. Afasia e qualidade de vida – consequências de um acidente vascular cerebral na perspectiva da fonoaudiologia. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama**, v. 13, n. 2, p. 147-153, 2009.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A. M. S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 65, n.5, p. 730-736, 2012.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PENKAL, S. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde:** “relatos de experiência de inclusão social.” Joinville, SC: ABRATO, 2014.

PESSOA, J. C. S.; CARDIA, M. C. G.; SANTOS, M. L. C. Análise das limitações, estratégias e perspectivas dos trabalhadores com LER/DORT, participantes do grupo PROFIT-LER: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 821-830, 2010.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-50, 2012.

PERES, A. C. D.; ASANO, C.; CARVALHAES, C. L. L.; CESAR, M. F.; Alterações clínicas dos pacientes com Lesão Encefálica Adquirida que interferem no tratamento odontológico. **Acta Fisiátr.** São Paulo, v. 18, n. 3, p. 119-123, 2011.

PERRY, J. **Marcha Patológica.** São Paulo: Manole, 2005.

PINTO, M. F.; BARBOSA, D. A.; FERRETI, C. E. L.; SOUZA, L. F.; FRAM, D. S.; BELASCO, A. G. S. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paul. de enferm**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-7, 2009.

PINTO, J. M. S.; NATIONS, M. K. Cuidado e doença crônica: visão do cuidador familiar no Nordeste brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 521-530, 2012.

RAMOS, M. Z.; TITTONI, J.; NARDI, H. C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cad. psicol. soc. trab*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 209-221, 2008.

RANGEL, E. S. S.; BELASCO, A. G. S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paul. enferm*, São Paulo, v. 26, n.2, p. 205-212, 2013.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RIBEIRO, C. V. S.; LÉDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 2, p. 76-83, 2004.

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; KUSUMOTA, L.; SANTOS, E. B.; FHON, J. R. S.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, 21(Spec): P. 1-9 2013.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional na literatura de língua inglesa. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 1, p. 197-210, 2015.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; GONÇALVES, G. G. P.; BITTENCOURT, N. F. N.; MIRANDA, A. D.; FONSECA, S. T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Prática Clínica do Fisioterapeuta. **Rev. bras. fisioter**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 129-136. 2005.

SILVA, C. B.; DYLEWSKI, V.; ROCHA, J. S.; MORAIS, J. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com trauma craniocéfálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 4, p.311-5, 2009.

SILVA, M. C. L.; POLESE, J. C.; STARLING, J. M. P.; PEREIRA, L. S. M. Caracterização clínica e motora-funcional de idosos hospitalizados pós-Acidente Vascular Cerebral. **Rev Neurocienc**. São Paulo, v. 22, n. 3, p.337-343, 2014.

SIMONELLI, A. P.; CAMAROTTO, J. A.; BRAVO, E. S.; VILELA, R. A. G. Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 35, n.121, p. 64-73, 2010.

SIMPIONATO, E. **A enfermagem familiar na promoção da saúde de famílias de crianças com insuficiência renal crônica**. (Dissertação). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

SPACCAVENTO, S.; CRACA, A.; DEL PRETE, M.; FALCONE, R.; COLUCCI, A.; DI PALMA, A.; LOVERRE, A. Quality of life measurement and outcome in aphasia. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**,v. 10, p. 27-37, 2014.

SCHEUERMANN, T. H. A inclusão do deficiente físico no mercado de trabalho. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XV, n. 99, 2012. Disponível em: <<http://www.ambito->

juridico.com.br/site/?n\_link=revista\_artigos\_leitura&artigo\_id=11372>. Acessado em 02 mar. 2015.

SHUMWAY-COOK, A.; WOOLLACOTT, M. H. **Controle Motor: Teoria e aplicações práticas**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2002.

SUNG-HYOUN, C.; JUNG-HO, L. Comparison of the Amplitudes of the H-reflex of Post-stroke Hemiplegia Patients and Normal Adults during Walking. **J. Phys. Ther. Sci. USA**, v. 25, n6, p. 729–732, 2013.

TÁVORA, L. T.; TÁVORA, P. H. **Pessoas Portadoras de Deficiência no Direito Brasileiro**. São Paulo: Editora Juarez de Oliveira, 2003.

TAYLOR S. **Laços vitais: a biologia dos relacionamentos**. Rio de Janeiro: Objetiva; 2004.

TEIVE, H. A. G.; MUNHOZ, R. P.; CAMELLI, P. Historical aphasia cases “Tan-tan”, “Vot-vot”, and “Cré nom!”. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 69, n. 3, p.555-558, 2011.

TEIXEIRA, A. M.; GUIMARAES, L. Vida revirada: deficiência adquirida na fase adulta produtiva. **Rev. Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 182-200, 2006.

TELES, M. D.; GUSMÃO, C. Avaliação funcional de pacientes com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl-Meyer. **Rev Neurocienc**, São Paulo, SP, v. 20, n. 1, p. 42-49, 2012.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.3, p. 3615-3624, 2010.

TOLFO, S. R; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, Edição Especial 1, p. 38-46, 2007.

VÁSQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. 2ªed.. Rio de janeiro: Paz e Terra, 1977.

YONG-KYU, C.; CHAN-WOO, N.; JUNG-HO, L.; YOUNG-HAN, P. The Effects of Taping Prior to PNF Treatment on Lower Extremity Proprioception of Hemiplegic Patients. **J. Phys. Ther. Sci. USA**, v. 25, n. 9, p. 1119–1122, 2013.

WITTMANN-VIEIRA, R.; GOLDIM, J. R. Bioética e Cuidados Paliativos: tomada de decisões e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*, São Pauli, v. 25, n. 3 p. 334-9. 2012.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.

WHO. World Health Organization. **International Classification of functioning, disability and health: ICF**. World Health Organization; 2001.

WHO. World Health Organization . **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011.

WHO. World Health Organization. **Health topics: Chronic diseases**. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)>. Acessado em: 20 abr. 2015.

WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, v. 23, n. 3, p. 24-56, 1994.

WOLFE, C. D. A. The impact of stroke. **Brit Méd Bull**, Reino Unido v. 56, n 2, p. 275-286, 2000.



## 8 APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Sujeitos com LEA

**Título do estudo:** O cotidiano e a atividade laboral de sujeitos acometidos por lesão encefálica adquirida

**Pesquisador (a) responsável:** Elenir Fedosse

**Pós – Graduando (a):** Aline Sarturi Ponte

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Fonoaudiologia

**Telefone para contato:** (55) 9612-0320

**Locais de coleta de dados:** Associação Franciscana de Assistência a Saúde – SEFAS, Centro de Diagnostico, Clínica Global Fisio, Clínica Reumatologica, Serviço de Fisioterapia da ULBRA, Laboratório de Prática em Saúde do curso de Fisioterapia – UNIFRA, Laboratório de Prática em Saúde do curso de Terapia Ocupacional – UNIFRA, Serviço de Atendimento Fonoaudiologia – SAF – UFSM, Serviço de Fisioterapia do HUSM, Ambulatório de Terapia Ocupacional da UFSM.

Prezado (a) Senhor (a):

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo intitulado “o cotidiano e a atividade laboral de sujeitos acometidos por lesão encefálica adquirida”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elenir Fedosse, a qual pretende identificar e verificar as condições laborais de sujeitos com LEA, em idade produtiva, na cidade de Santa Maria/RS.

Sua participação é voluntária, o (a) Sr (a) será convidado a responder um questionário, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF e o *WHOQOL – BREF*. Durante a entrevista a pesquisadora contará com auxílio de um gravador de áudio. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que o (a) Sr (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

A entrevista que o (a) Sr (a) irá responder apresenta perguntas sobre suas atividades de trabalho anterior a lesão encefálica e após lesão e como essas interferiram no seu cotidiano. Já

a CIF é um meio para documentar e organizar a informação que se torna relevante para descrever a natureza e a severidade das limitações funcionais da pessoa, as suas experiências de vida. O *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF* é um instrumento que tem por finalidade avaliar a qualidade de vida, diante da percepção individual da pessoa. Os riscos e benefícios apresentados pelo estudo são: o risco, o preenchimento do questionário poderá causar constrangimentos; o benefício apresentado pela pesquisa estará relacionado à discussão de possibilidades de reinserção do sujeito com LEA em atividades de trabalho.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes do o (a) Sr (a) se decidir a participar, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (55) 9612-0320, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

#### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



Impressão do dedo  
polegar caso não  
possa assinar

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável Elenir Fedosse

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar**

**Título do estudo:** O cotidiano e a atividade laboral de sujeitos acometidos por lesão encefálica adquirida

**Pesquisador (a) responsável:** Elenir Fedosse

**Pós – Graduando (a):** Aline Sarturi Ponte

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Fonoaudiologia

**Telefone para contato:** (55) 9612-0320

**Locais da coleta de dados:** Associação Franciscana de Assistência a Saúde – SEFAS, Centro de Diagnostico, Clínica Global Fisio, Clínica Reumatologica, Serviço de Fisioterapia da ULBRA, Laboratório de Prática em Saúde do curso de Fisioterapia – UNIFRA, Laboratório de Prática em Saúde do curso de Terapia Ocupacional – UNIFRA, Serviço de Atendimento Fonoaudiologia – SAF – UFSM, Serviço de Fisioterapia do HUSM, Ambulatório de Terapia Ocupacional da UFSM.

Prezado (a) Senhor (a):

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo intitulado “o cotidiano e a atividade laboral de sujeitos acometidos por lesão encefálica adquirida”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elenir Fedosse, a qual pretende identificar e verificar as condições laborais de sujeitos com LEA, em idade produtiva, na cidade de Santa Maria/RS.

Sua participação é voluntária, o (a) Sr (a) será convidado a responder um questionário, e o *World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF*. Durante a entrevista a pesquisadora contará com auxílio de um gravador de áudio. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes questionários, é muito importante que o (a) Sr (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

A entrevista que o (a) Sr (a) irá responder apresenta perguntas sobre as implicações que as sequelas da lesão encefálica originaram no seio familiar e como essas interferem no cotidiano. O *WHOQOL – BREF* é um instrumento que tem por finalidade avaliar a qualidade de vida, diante da percepção individual da pessoa. Os riscos e benefícios apresentados pelo

estudo são: o risco, o preenchimento do questionário poderá causar constrangimentos; o benefício apresentado pela pesquisa estará relacionado à discussão de possibilidades de reinserção do sujeito com LEA em atividades de trabalho.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes do o (a) Sr (a) se decidir a participar, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (55) 9612-0320, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

#### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Elenir Fedosse

## APÊNDICE C – Termo de Autorização Institucional

Santa Maria,..... de .....de .....

Ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos CEP/UFSM

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pela instituição \_\_\_\_\_, declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Pesquisa intitulado “O COTIDIANO E A ATIVIDADE LABORAL DE SUJEITOS ACOMETIDOS POR LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA” proposto pela mestrand Aline Sarturi Ponte, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Elenir Fedosse. Fui esclarecido que tenho total liberdade de aderi ou não ao projeto, caso não aceite inseris a instituição a qual pertenço não sofre nenhum ônus. Serão convidados a participar do estudo apenas os sujeitos com LEA que estejam em atendimento pelo SUS. E caso após o inicio das coletas de dados a instituição queira desligar-se do projeto terá total liberdade, não sofrendo nenhum ônus com tal ato e os dados levantados referentes a esta instituição serão descartados.

---

Responsável pelo serviço



## APÊNDICE D – Instrumento para entrevista das pessoas com LEA

Participante Nº \_\_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. Idade da lesão: \_\_\_\_\_

2. Idade atual: \_\_\_\_\_

3. Sexo: F ( ) M ( )

4. Diagnóstico: \_\_\_\_\_

5. Sequelas: \_\_\_\_\_

6. Data da Lesão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

7. Escolaridade

Analfabeto ( )

1º Grau completo ( )

2º Grau incompleto ( )

1º Grau incompleto ( )

3º Grau completo ( )

2º Grau completo ( )

3º Grau incompleto ( )

8. Categoria de segurados

Empregado ( ) Empregado doméstico ( ) Trabalhador avulso ( )

Contribuinte individual ( ) Segurado especial ( ) Segurado facultativo ( )

9. Qual a sua situação frente à previdência social

Afastado com benefício ( )

Aposentado ( )

Afastado sem benefício ( )

Reinserido no trabalho ( )

10. Profissão: \_\_\_\_\_

13. Carga horária diária: \_\_\_\_\_

15. Após a lesão quanto tempo você ficou afastado do trabalho: \_\_\_\_\_

16. Durante esse período de afastamento você recebeu algum benefício:

Sim ( ) Não ( )

17. Após sua recuperação você voltou a trabalhar:

Sim ( ) Não ( )

19. Você gostaria de retornar para a mesma atividade de trabalho que exercia antes da lesão?

Sim ( ) Não ( )

20. Você permaneceu na função que exercia anteriormente ou foi remanejada: \_\_\_\_\_

21. Você recebeu algum tipo de orientação, capacitação, para retornar ao trabalho, qual:  
Sim ( ) Não ( ), se sim qual: \_\_\_\_\_

22. Quais limitações você encontrou no retorno ao trabalho: \_\_\_\_\_

23. O seu posto de trabalho foi adaptado frente as suas necessidades:

Sim ( ) Não ( ), se sim quais as adaptações: \_\_\_\_\_

24. No processo de retorno ao trabalho, você percebeu alguma barreira atitudinal (colegas ou de outras pessoas).

Sim ( ) Não ( ), se sim quais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Quais as principais alterações você percebeu em seu cotidiano?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**APÊNDICE E – Instrumento para entrevista dos familiares das pessoas com LEA**

Participante Nº: \_\_\_\_

Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: F ( ) M ( )

3. Profissão: \_\_\_\_\_

4. Escolaridade

Analfabeto ( )

1º Grau completo ( )

1º Grau incompleto ( )

2º Grau completo ( )

2º Grau incompleto ( )

3º Grau completo ( )

3º Grau incompleto ( )

5. Tipo de parentesco: \_\_\_\_\_

6. É cuidador principal Sim ( ) Não ( )

6. Você parou de trabalhar após a lesão de seu familiar? Sim ( ) Não ( )

8. Após a LEA o que mudou na estrutura familiar?

---

---

---

9. Quais as principais alterações no cotidiano familiar?

---

---

---

10. Como essas mudanças foram aceitas pelo restante da família?

---

---

---

11. Como você percebe o afastamento da pessoa com LEA do trabalho?

---

---

---

12. Quais os impactos esse afastamento trouxe para a vida deste sujeito?

---

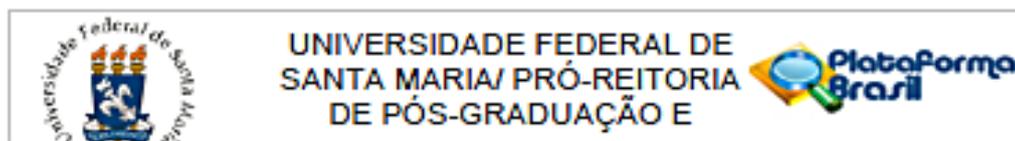
---

---



## 9 ANEXOS

### ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - UFSM



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O COTIDIANO E A ATIVIDADE LABORAL DE SUJEITOS ACOMETIDOS POR LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA

**Pesquisador:** Elenir Fedosse

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 30493214.5.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 680.520

**Data da Relatoria:** 10/06/2014

##### Apresentação do Projeto:

O pesquisa, para dissertação de mestrado, de caráter descritivo, qualitativo e quantitativo pretende estudar a Lesão Encefálica Adquirida (LEA). A LEA é um dano que ocorre no encéfalo decorrente de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio Encefálicos (TCE), anóxias, neuroinfecções, entre outros. As sequelas mais comuns

de uma LEA são distúrbios sensitivos, motores, de linguagem, de percepção e/ou de outros processos cognitivos, gerando disfunções vitais, principais causas de incapacidade. As limitações mais visíveis em um sujeito com LEA são as limitações motoras (hemiplegias e hemiparesias, por exemplo) e de linguagem (afasias).

As limitações causadas pela LEA interferem na capacidade funcional do sujeito, comprometendo as atividades de vida diária, de lazer e laborais. Na maioria dos estudos sobre LEA, na área da saúde, o foco das discussões são as sequelas causadas por ela, sem, no entanto, discutir o impacto que tais sequelas causam no cotidiano do sujeito e de seus familiares; quanto menos, as consequências na atividade laboral do mesmo e na sua reinserção no mercado e/ou no ambiente de trabalho.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55)3220-9382 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



**ANEXO B – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF**

**CHECKLIST DA CIF**

**A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA**

A.1 NOME (opcional) Nome \_\_\_\_\_ SOBRENOME \_\_\_\_\_

A.2 SEXO (1) [ ] Feminino (2) [ ] Masculino

A.3 DATA DE NASCIMENTO \_\_/\_\_/\_\_ (dia/mês/ano)

A.4 ENDEREÇO (opcional): \_\_\_\_\_

A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL \_ \_

A.6 ESTADO MATRIMONIAL ATUAL: (Assinale somente o mais compatível)

- |                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| (1) Nunca foi casado [ ]  | (4) Divorciado [ ]                  |
| (2) Atualmente casado [ ] | (5) Viúvo [ ]                       |
| (3) separado [ ]          | (6) Coabitação [ ]<br>(concubinato) |

A.7 OCUPAÇÃO ATUAL (Selecione a única melhor opção)

- |   |  |
|---|--|
| (1) Emprego assalariado [ ]                     | (7) Desempregado (razão de saúde) [ ]          |
| (2) Trabalha por conta própria<br>(autônomo)[ ] | (8) Desempregado (outra razão) [ ]             |
| (3) Não assalariado, voluntário/caridade [ ]    | (9) Outro [ ]<br>(por favor especifique) _____ |
| (4) Estudante [ ]                               |  |
| (5) Prendas domésticas/Dona de casa [ ]         |  |
| (6) Aposentado [ ]                              |  |

A. 8 DIAGNÓSTICO MÉDICO das Condições Principais de Saúde, se possível dê Códigos da CID.

1. Não existe nenhuma Condição Médica

2. ....código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

3. ....código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

4. ....código da CID: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos.

<b>0 Nenhuma deficiência</b> significa que a pessoa não tem problema	
<b>1 Deficiência leve</b> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
<b>2 Deficiência moderada</b> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	
<b>3 Deficiência grave</b> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.	
<b>4 Deficiência completa</b> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.	
<b>8 Não especificado</b> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.	
<b>9 Não aplicável</b> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).	
<b>Lista Resumida das Funções do Corpo</b>	<b>Qualificador</b>
<b>b1. FUNÇÕES MENTAIS</b>	
b110Consciência	
b114Orientação ( <i>tempo, lugar, pessoa</i> )	
b117Funções intelectuais ( <i>incl. Retardo mental, demência</i> )	
b130Funções da energia e de impulsos	
b134Sono	
b140Atenção	
b144Memória	
b152Funções emocionais	
b156Funções da percepção	
b164Funções cognitivas superiores	
b167Funções mentais da linguagem	
<b>b2. FUNÇÕES SENSÓRIAS E DOR</b>	
b210Visão	
b230Audição	
b235Vestibular ( <i>incl. Funções de equilíbrio</i> )	
b280Dor	
<b>b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA</b>	
b310Voz	
<b>b4.FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO</b>	
b410Funções do Coração	
b420Pressão sanguínea	
b430Funções do sistema hematológico ( <i>sangue</i> )	
b435Funções do sistema imunológico ( <i>alergias, hipersensibilidade</i> )	
b440Funções do sistema respiratório ( <i>respiração</i> )	
<b>b5.FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO,</b>	

<b>METABÓLICO E ENDÓCRINO</b>	
<b>b515</b> Funções digestivas	
<b>b525</b> Funções de defecação	
<b>b530</b> Manutenção do peso	
<b>b555</b> Funções das glândulas endócrinas ( <i>mudanças hormonais</i> )	
<b>b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS</b>	
<b>b620</b> Funções urinárias	
<b>b640</b> Funções sexuais	
<b>b7.FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO</b>	
<b>b710</b> Mobilidade das articulações	
<b>b730</b> Força muscular	
<b>b735</b> Tônus muscular	
<b>b765</b> Movimentos involuntários	
<b>b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS</b>	
<b>QUAISQUER OUTRAS FUNÇÕES DO CORPO</b>	

### Parte 1 b: DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

- **Estruturas do Corpo** são partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes.
- **Deficiências** são problemas na estrutura do corpo como desvio ou perda significativa.

<b>Primeiro Qualificador: Extensão de deficiência</b>	<b>Segundo Qualificador: Natureza da alteração</b>
<p><b>0 Nenhuma deficiência</b> significa que a pessoa não tem problema</p> <p><b>1 Deficiência leve</b> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.</p> <p><b>2 Deficiência moderada</b> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias</p> <p><b>3 Deficiência grave</b> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.</p> <p><b>4 Deficiência completa</b> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.</p> <p><b>8 Não especificado</b> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.</p> <p><b>9 Não aplicável</b> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).</p>	<p><b>0</b>Nenhuma mudança na estrutura</p> <p><b>2</b>Ausência parcial</p> <p><b>3</b>Parte adicional</p> <p><b>4</b>Dimensões aberrantes</p> <p><b>5</b>Descontinuidade</p> <p><b>6</b>Posição desviada</p> <p><b>7</b>Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido</p> <p><b>8</b>Não especificada</p> <p><b>9</b>Não aplicável</p>

### Lista Resumida das Estruturas do Corpo

	<b>Primeiro qualificador</b> <i>Extensão da Deficiência</i>	<b>Segundo qualificador</b> <i>Natureza da alteração</i>
<b>s1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO</b>		
s110 Cérebro		
s120 Medula espinhal e nervos periféricos		
<b>s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS</b>		
<b>s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS A VOZ E FALA</b>		
<b>s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO</b>		
s410 Sistema cardiovascular		
s430 Sistema respiratório		
<b>s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS AOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO</b>		
<b>s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO</b>		
s610 Sistema urinário		
s630 Sistema reprodutivo		
<b>s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO</b>		
s710 Região de cabeça e pescoço		
s720 Região de ombro		
s730 Extremidade superior ( <i>braço, mão</i> )		
s740 Pelve		
s750 Extremidade inferior ( <i>perna, pé</i> )		
s760 Tronco		
<b>s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS QUAISQUER OUTRAS ESTRUTURAS DO CORPO</b>		

### PARTE 2: LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

- **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é o ato de se envolver em uma situação vital.
- **Limitações** de atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade. Restrições à participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.

<b>Primeiro Qualificador:</b> Desempenho Extensão da Restrição à Participação	<b>Segundo Qualificador:</b> Capacidade (sem assistência) Extensão da limitação de Atividade
<b>0 Nenhuma dificuldade</b> significa que a pessoa não tem problema	
<b>1 Dificuldade leve</b> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30	

dias.
<b>2 Dificuldade moderada</b> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias
<b>3 Dificuldade grave</b> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.
<b>4 Dificuldade completa</b> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.
<b>8 Não especificado</b> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade.
<b>9 Não aplicável</b> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

### Lista Resumida dos domínios de A&P

<b>d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO</b>	<i>Qualificador de Desempenho</i>	<i>Qualificador de Capacidade</i>
<b>d110</b> Observar/assistir		
<b>d115</b> Ouvir		
<b>d140</b> Aprender a ler		
<b>d145</b> Aprender a escrever		
<b>d150</b> Aprender a calcular ( <i>aritmética</i> )		
<b>d175</b> Resolver problemas		
<b>d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS</b>		
<b>d210</b> Realizar uma única tarefa		
<b>d220</b> Realizar tarefas múltiplas		
<b>d3. COMUNICAÇÃO</b>		
<b>d310</b> Comunicação – recepção de mensagens verbais		
<b>d315</b> Comunicação – recepção de mensagens não verbais		
<b>d330</b> Fala		
<b>d335</b> Produção de mensagens não verbais		
<b>d350</b> Conversação		
<b>d4. MOBILIDADE</b>		
<b>d430</b> Levantar e carregar objetos		
<b>d440</b> Uso fino das mãos ( <i>pegar, segurar</i> )		
<b>d450</b> Andar		
<b>d465</b> Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento		
<b>d470</b> Utilização de transporte ( <i>carros,ônibus, trem, avião, etc.</i> )		
<b>d475</b> Dirigir ( <i>bicicleta, motos, dirigir um carro, etc.</i> )		
<b>d5. CUIDADO PESSOAL</b>		
<b>d510</b> Lavar-se ( <i>banhar-se,secar-se, lavar as mãos, etc</i> )		
<b>d520</b> Cuidado das partes do corpo( <i>escovar os dentes, barbear-se,etc.</i> )		
<b>d530</b> Cuidados relacionados aos processos de excreção		
<b>d540</b> Vestir-se		
<b>d550</b> Comer		
<b>d560</b> Beber		
<b>d570</b> Cuidar da própria saúde		

<b>d6. VIDA DOMÉSTICA</b>		
<b>d620</b> Aquisição de bens e serviços ( <i>fazer compras, etc.</i> )		
<b>d630</b> Preparação de refeições ( <i>cozinhar, etc.</i> )		
<b>d640</b> Tarefas domésticas ( <i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i> )		
<b>d660</b> Ajudar os outros		
<b>d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS</b>		
<b>d710</b> Interações interpessoais básicas		
<b>d720</b> Interações interpessoais complexas		
<b>d730</b> Relações com estranhos		
<b>d740</b> Relações formais		
<b>d750</b> Relações sociais informais		
<b>d760</b> Relações familiares		
<b>d770</b> Relações íntimas		
<b>d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA</b>		
<b>d810</b> Educação informal		
<b>d820</b> Educação escolar		
<b>d830</b> Educação superior		
<b>d850</b> Trabalho remunerado		
<b>d860</b> Transações econômicas básicas		
<b>d870</b> Auto-suficiência econômica		
<b>d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA</b>		
<b>d910</b> Vida comunitária		
<b>d920</b> Recreação e lazer		
<b>d930</b> Religião e espiritualidade		
<b>d940</b> Direitos humanos		
<b>d950</b> Vida política e cidadania		
<b>QUALQUER OUTRA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO</b>		

### PARTE 3: FATORES AMBIENTAIS

Fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

<b>Qualificador ambiente: Barreiras ou facilitador</b>	<b>no</b>	<b>0</b> NENHUMA barreira	<b>0</b> NENHUM facilitador
		<b>1</b> Barreira LEVE	<b>+1</b> Facilitador LEVE
		<b>2</b> Barreira MODERADA	<b>+2</b> Facilitador MODERADO
		<b>3</b> Barreira GRAVE	<b>+3</b> Facilitador CONSIDERÁVEL
		<b>4</b> Barreira COMPLETA	<b>+ 4</b> Facilitador COMPLETO

<i>Lista Reduzida do Ambiente</i>	<b>Qualificador barreiras ou facilitadores</b>
<b>e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA</b>	
<b>e110</b> Produtos ou substâncias para consumo pessoal ( <i>comida, remédios</i> )	
<b>e115</b> Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	
<b>e120</b> Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	

e125	Produtos e tecnologia para comunicação	
e150	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	
e155	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado	
<b>e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO</b>		
e225	Clima	
e240	Luz	
e250	Som	
<b>e3. APOIO E RELACIONAMENTOS</b>		
e310	Família imediata	
e320	Amigos	
e325	Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e330	Pessoas em posição de autoridade	
e340	Cuidadores e assistentes pessoais	
e355	Profissionais da saúde	
e360	Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	
<b>e4. ATITUDES</b>		
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata	
e420	Atitudes individuais dos amigos	
e440	Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	
e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde	
e455	Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	
e460	Atitudes sociais	
e465	Normas, práticas e ideologias sociais	
<b>e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS</b>		
e525	Serviços, sistemas e políticas de habitação	
e535	Serviços, sistemas e políticas de comunicação	
e540	Serviços, sistemas e políticas de transporte	
e550	Serviços, sistemas e políticas legais	
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	
e575	Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde	
e585	Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	
e590	Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	
<b>QUAISQUER OUTROS FATORES AMBIENTAIS</b>		

#### PARTE 4: OUTRAS INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS

4. 1 Fazer um esboço do indivíduo ou qualquer outra informação pertinente.

4.2 Incluir quaisquer Fatores Pessoais que tenham impacto sobre a funcionalidade (por exemplo, estilo de vida, hábitos, nível social, educação, eventos de vida, raça/etnia, orientação sexual e recursos do indivíduo).

**RESUMO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE**[ ] **Relato próprio** [ ] **Relato Clínico****X.1** Altura: \_\_/\_\_/\_\_ cm (ou polegadas)**X.2** Peso: \_\_/\_\_/\_\_ Kg (ou libras)**X.3** Mão dominante (anterior à condição de saúde):

Esquerda [ ] Direita [ ] Ambidestro[ ]

**X.4** Como você avalia sua saúde física no último mês?

Muito boa [ ] Boa [ ] Moderada [ ] Ruim [ ] Muito ruim [ ]

**X.5** Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês?

Muito boa [ ] Boa [ ] Moderada [ ] Ruim [ ] Muito ruim [ ]

**X.6** Atualmente você tem alguma doença (s) ou distúrbio(s)?

[ ] NÃO [ ] SIM Se SIM, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**X.7** Você já teve qualquer lesão significativa que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade?

[ ] NÃO [ ] SIM Se SIM, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**X.8** Foi hospitalizado no último ano?

[ ] NÃO [ ] SIM

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Quantos Dias \_\_\_\_

**X.9** Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)?

[ ] NÃO [ ] SIM

Se SIM, por favor especifique os medicamentos principais

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**X.10** Você fuma?

[ ] NÃO [ ] SIM

**X.11** Você consome álcool ou drogas?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor especifique quantidade média diária

Tabaco: \_\_\_\_\_

Álcool: \_\_\_\_\_

Drogas: \_\_\_\_\_

**X.12** Você usa algum recurso assistivo como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc.?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor especifique \_\_\_\_\_

**X.13** Você tem alguma pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias?

NÃO  SIM

Se SIM, por favor, especifique a(s) pessoa(s) e ajuda que ela(s) oferece(m) \_\_\_\_\_

**X.14** Você está recebendo qualquer tipo de tratamento para sua saúde?

NÃO  SIM Se SIM, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**X.15** Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**X.16** NO ÚLTIMO MÊS, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua

condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO  SIM Se sim, quantos dias? \_\_\_\_\_

**X.17** NO ÚLTIMO MÊS, você esteve totalmente impossibilitado de realizar suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga).

NÃO  SIM Se sim, quantos dias? \_\_\_\_\_

### **Versão 2.1a, Formulário Clínico**

**H 1.** Ao completar esta **checklist**, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que será utilizado:

**[1] registros escritos [2] respondente primário [3] outros informantes [4] observação direta**

Se a informação médica e sobre o diagnóstico não estiver disponível, sugere-se completar o apêndice 1: Resumo das Informações de Saúde (p 9-

10) que pode ser completado pelo respondente.

**H 2. Data** \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ **H 3. Caso ID** \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ \_\_, \_\_ **H 4. Participante N.** \_\_ \_\_, \_\_ \_\_, \_\_ \_\_,

**Dia Mês Ano n° do caso 1ª ou 2ª Avaliação Local Participante**

**ANEXO C - World Health Organization Quality of Life – WHOQOL – BREF**

**Instruções**

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.

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

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem	Boa	Muito boa

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

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 médico 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

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
----	---	---	---	---	---	---

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 boa nem ruim	Boa	Muito boa
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 de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso	1	2	3	4	5

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**