

PREDITORES DO TEMPO DE RETORNO AO TRABALHO APÓS LESÃO NO TRÂNSITO

Érica Assunção Carmo
Adriana Alves Nery

RESUMO

Objetivo: identificar os preditores do tempo de retorno ao trabalho após lesão corporal no trânsito. **Métodos:** estudo de coorte prospectivo desenvolvido com sobreviventes de acidente de trânsito internados em uma unidade hospitalar localizada no município de Jequié, Bahia, Brasil, no período de 2019 a 2020. Os preditores do tempo de retorno ao trabalho foram verificados por meio de modelos dos riscos proporcionais de Cox, utilizando um modelo conceitual hierarquizado. **Resultados:** Dos 187 acidentados acompanhados, 82 (43,9%) retornaram ao trabalho no período de 12 meses após a alta hospitalar, com mediana de 92 dias até o retorno às atividades laborais. Ser do sexo masculino (HR:3,76; IC_{95%}:1,45-9,78), acidentes envolvendo outros tipos de veículos não motorizados (HR:4,61; IC_{95%}:1,25-17,02), não ter recebido assistência pré-hospitalar (HR:1,84; IC_{95%}:1,09-3,09) e nem tratamento de reabilitação (HR:2,08; IC_{95%}:1,25-3,48) predizem um menor tempo de retorno ao trabalho após lesão no trânsito. Enquanto que, não ter plano de saúde (HR:0,48; IC_{95%}:0,27-0,88), receber benefício (HR:0,46; IC_{95%}:0,23-0,86), ter se envolvido em acidente grave (HR:0,27; IC_{95%}:0,79-0,97) e com internação prolongada (HR:0,45; IC_{95%}:0,27-0,76) contribuem para o retorno mais tardio das atividades laborais. **Conclusão:** constatou-se que os fatores sexo, plano de saúde, benefícios, tipo de acidente, gravidade do trauma, assistência pré-hospitalar, tratamento de reabilitação e tempo de internação predizem o tempo de retorno ao trabalho após lesão no trânsito.

Descritores: Acidente de trânsito; Reabilitação; Retorno ao trabalho; Análise de sobrevida.

INTRODUÇÃO

Paralelo ao desenvolvimento econômico e tecnológico das sociedades, os Acidentes de Trânsito (AT) vem aumentando vertiginosamente nos últimos anos, ocasionando diversas implicações sociais e econômicas, uma vez que predominam nas populações jovens e economicamente ativas, com elevado custo ao sistema de saúde e previdenciário^[1].

Estima-se que anualmente cerca de 1,2 milhão de pessoas morrem no mundo em decorrência dos AT^[2]. No cenário mundial, o Brasil compõe o conjunto dos 10 países com maior número de vítimas fatais por esses acidentes, liderando inclusive a América do Sul neste indicador^[3].

Além das consequências físicas e psicológicas, os AT impactam profundamente no setor econômico, tanto de maneira direta, pelos custos médico-hospitalares, quanto indiretamente, por meio dos custos de oportunidades perdidas, como perda de produção e de produtividade^[4,5].

De acordo com estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, os AT geraram um custo de R\$ 12,3 bilhões para a sociedade brasileira no ano de 2014, dos quais o maior valor (43%) é referente à perda de produção das pessoas, ou seja, quanto de renda a vítima deixou de receber tanto durante o período em que ficou afastada das atividades laborais quanto, no caso de morte, em relação a sua expectativa de vida^[4].

Aspetos como dependência financeira, necessidade de auxílio e desgaste social pela perda de produtividade demonstram o ônus social que esses acidentes ocasionam^[6]. Vale ressaltar que as consequências da ausência prolongada e das tentativas fracassadas de retorno ao trabalho não se limitam apenas a uma perda financeira, mas interferem diretamente na predisposição desses indivíduos de retomarem a vida social, carreira e as atividades cotidianas anteriores ao acidente^[6].

O retorno ao trabalho após uma lesão no trânsito é considerado um importante indicador de recuperação, mostrando-se associado a fatores como percepção de independência, maior produtividade e superação de barreiras impostas pelo acontecido. Assim, retornar ao labor após um trauma é um ponto positivo, uma vez que a atividade remunerada é socialmente percebida como uma das propostas centrais da vida, que supri não somente necessidades econômicas, mas também de autoestima e bem-estar^[7,8].

Diversos fatores relacionados ao indivíduo, à patologia ou lesão ocasionada, ao processo de reabilitação e ao ambiente socioeconômico podem impactar na volta ao trabalho

após um AT^[9]. Assim, pode-se afirmar que esses agravos constituem-se em um problema complexo, com reflexos e custos sociais graves.

Diante disso, ao considerar o aumento no número de pessoas lesionadas no trânsito e os impactos pós-trauma desses eventos observa-se a necessidade de avanços na compreensão das repercussões relacionadas ao retorno ao trabalho após esses acidentes. Contudo, evidencia-se uma escassez de estudos que buscam avaliar esses aspectos, estando às pesquisas restritas a apontar apenas a taxa de retorno às atividades laborais, sem muito progresso quanto aos fatores determinantes ou que influenciam no tempo até sua ocorrência.

Destaca-se ainda, que a constatação antecipada dos preditores do tempo de retorno ao trabalho após lesão no trânsito pode auxiliar na identificação de grupos vulneráveis, e com isso, subsidiar tanto o desenvolvimento de ações específicas que reduzam seu afastamento do trabalho, quanto servir de suporte no direcionamento dos indivíduos com maior risco de não retorno e aptos a receberem os direitos trabalhistas por ausência no trabalho em virtude de um AT.

Nesse sentido, este estudo tem por objetivo identificar os preditores do tempo de retorno ao trabalho após lesão corporal no trânsito.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de coorte prospectivo com sobreviventes de acidente de trânsito internados em uma unidade hospitalar regional, localizada no município de Jequié, Bahia, Brasil, que é referência em atendimento para uma microrregião em saúde, composta por 26 municípios do interior do Estado.

A coorte foi instituída nos meses de fevereiro a junho de 2019, período correspondente à Linha de Base (LB) da pesquisa, cuja população recrutada foi acompanhada por 12 meses após a alta hospitalar.

A população deste estudo foi formada pelos acidentados que possuíam idade maior ou igual a 16 anos e que no momento da entrevista da LB informaram desenvolver atividades remuneradas, sejam elas formais ou informais. O corte mínimo da idade em 16 anos deveu-se ao disposto no Art.7, inciso XXXIII da Constituição Federal Brasileira, que determina 16 anos como idade mínima para assinatura da Carteira de Trabalho^[10], ou seja, a partir dessa faixa etária o trabalho é legalmente permitido no país.

Durante a LB foram excluídos os indivíduos que ficaram apenas em observação no hospital e aqueles cuja causa da internação não foram lesões atuais por AT. Para etapa

longitudinal foram excluídos os casos transferidos para outras unidades hospitalares, os que evadiram e aqueles que evoluíram para óbito.

Na LB os dados foram coletados por meio de entrevista aos participantes e consulta aos prontuários no hospital. Na etapa de acompanhamento, os participantes foram entrevistados a cada dois meses após a alta hospitalar, por meio de contato telefônico, por um período de 12 meses.

Neste estudo considerou-se como variável dependente o tempo transcorrido (em dias) da data do acidente até o retorno das atividades laborais. Essa variável foi estimada a partir da data do AT coletada na LB e a data do retorno ao trabalho, esta última relatada pelos participantes nas entrevistas durante os contatos telefônicos.

As variáveis independentes consistiram das características sociodemográficas, ocupacionais, clínicas e do acidente, que foram organizadas em blocos para análise multivariável, conforme descrição a seguir:

- **Bloco I:** sexo (feminino; masculino), faixa etária (< 20 anos; 20 a 39 anos; 40 a 59 anos; 60 ou mais), estado civil (casados; não casados), ter filhos (não; sim), escolaridade (ensino superior; ensino médio/fundamental; analfabeto), renda (> R\$998,00; ≤ R\$998,00), plano de saúde (sim; não).

-**Bloco II:** direitos trabalhistas (sim; não), vínculo ocupacional (sim; não), previdência (sim; não), benefício (sim; de entrada; não).

-**Bloco III:** SAMU (sim; não), cirurgia (não; sim; aguardando), UTI (não; sim), tempo de permanência (≤ 5 dias; > 5 dias), tratamento de reabilitação (sim; não).

-**Bloco IV:** tipo de AT (automóvel; motocicleta; bicicleta; pedestre; outros veículos não motorizados); lesão corporal (não; sim); múltiplas lesões (não; sim); gravidade do trauma (leve; moderado; grave).

A gravidade do trauma foi estimada a partir da gravidade das lesões, classificada de acordo com a *Injury Severity Score (ISS)*. A partir da soma dos quadrados dos valores do ISS das três lesões mais graves, independente da região corpórea, obteve-se o NISS (*New Injury Severity Score*), que consiste no índice que avalia a gravidade do trauma, classificando-o em leve (<16), moderado (16 a 24) ou grave (≥25)^[11]. Neste estudo, a variável “gravidade do trauma” foi dicotomizada, agrupando-se os casos moderados aos graves, da seguinte forma: leve (NISS <16) e grave (NISS ≥16).

Na análise dos dados realizou-se a caracterização dos casos, que foi apresentada em frequências absolutas e relativas. As curvas de sobrevivência do tempo de retorno ao trabalho

foram obtidas pelo método de Kaplan-Meier, e para comparação entre os diferentes grupos utilizou-se o teste de Log-rank.

Os preditores do tempo de retorno ao trabalho foram verificados mediante as estimativas das Razões de Risco (*Hazard Ratios* - HR) e de seus respectivos Intervalos de Confiança a 95%, por meio de modelos dos riscos proporcionais de Cox, utilizando um modelo conceitual hierarquizado (Figura 1).

Na análise hierarquizada foram incluídas apenas as variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ no teste de Log-rank. As variáveis foram incluídas na ordem estabelecida pelo modelo hierarquizado, o qual demonstra que as variáveis dos níveis distais interagem e determinam as variáveis dos níveis mais próximos do desfecho. O efeito de cada variável foi controlado pelas variáveis do mesmo nível e de níveis mais distais. A estimativa do modelo final ocorreu com base nos pressupostos estatísticos de significância ($p < 0,05$), bem como na importância teórica de cada variável.

A suposição de proporcionalidade dos riscos foi realizada a partir da análise gráfica dos resíduos de Schoenfeld. Para análise dos dados utilizou-se o programa estatístico STATA, versão 12.0.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob Parecer nº. 2.416.824/2017.

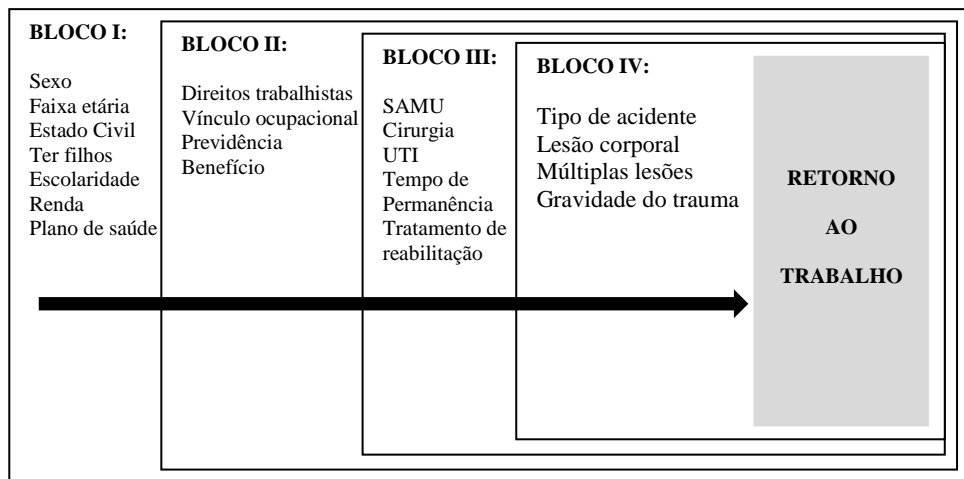


Figura 1: Modelo conceitual hierarquizado de determinação do desfecho. Jequié, Bahia, Brasil, 2020.

RESULTADOS

Dos 241 indivíduos acompanhados, 187 (77,6%) realizavam alguma atividade remunerada antes do AT e compuseram a população deste estudo. Dos 187 casos, 105

compuseram o grupo de censurados na análise dos dados, dos quais 06 (5,7%) foram recusas, 57 (54,3%) não apresentaram o desfecho até o término do estudo, 01 (1,0%) evoluiu para óbito e 41 (39,0%) não foram contatados durante o período.

Dos 187 trabalhadores acompanhados, 82 (43,9%) retornaram ao trabalho durante o período de 12 meses após a alta hospitalar. Em geral, a mediana do tempo transcorrido do momento do acidente até o retorno às atividades laborais foi de 92 dias.

As características sociodemográficas, ocupacionais e clínicas dos acidentados estão descritas na tabela 1. As curvas de sobrevivência com a distribuição do tempo de retorno ao trabalho estimadas por Kaplan-Meier podem ser observadas nas figuras 2 e 3.

Os indivíduos eram predominantemente do sexo masculino (87,2%), do grupo etário de 20 a 39 anos (59,4%), solteiro, viúvo ou divorciado (61,0%), tinham filhos (71,1%) e escolaridade entre o ensino fundamental e médio (95,1%). A maioria tinha renda mensal igual ou inferior a R\$998,00 (63,3%) e não possuía plano de saúde (83,8%). Observou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição do tempo de retorno ao trabalho nas variáveis: sexo ($p=0,010$), ter filhos ($p=0,045$) e renda mensal ($p=0,009$).

Quanto às características ocupacionais, evidenciou-se que a maioria dos acidentados não tinha vínculo ocupacional (56,8%), nenhum direito trabalhista (60,5%), não contribuía com nenhum tipo de previdência (52,5%) e não estavam recebendo benefício após o acidente (45,5%). Houve diferença estatisticamente significativa no grupo dessas variáveis, com menor mediana de tempo de retorno às atividades laborais para os trabalhadores formais, com vínculo ($p=0,017$) e que não recebiam benefício ($p=0,001$).

No que se refere aos aspectos clínicos e do acidente, observou-se predominância dos acidentes envolvendo motocicleta (73,0%), de gravidade leve (86,1%) e que causaram lesões corporais (89,1%), sendo boa parte uma única lesão (71,7%). A maioria das vítimas não recebeu assistência pré-hospitalar (60,8%), foram submetidas a algum tipo de cirurgia (53,5%) e não ficaram em UTI (94,1%). Pouco mais da metade dos acidentados ficaram internados por um período ≤ 05 dias (50,3%) e não estavam realizando tratamento de reabilitação (55,6%).

Nesse grupo de variáveis diferenças estatisticamente significativas foram evidenciadas em: gravidade do trauma ($p=0,001$), assistência pré-hospitalar ($p=0,005$), UTI ($p=0,029$), tempo de internação ($p<0,001$) e tratamento de reabilitação ($p<0,001$).

As variáveis que apresentaram $p\leq 0,20$ no teste Long-rank seguiram para a análise hierarquizada, conforme descrito na Tabela 2. Após a verificação dos melhores ajustes, e tendo sido considerada a importância teórica de cada variável, permaneceram no modelo final

os seguintes preditores: sexo, plano de saúde, assistência pré-hospitalar, tipo de AT, tempo de internação, tratamento de reabilitação e gravidade do trauma.

Na análise de Cox evidenciou-se que o sexo masculino possui razão de risco de 3,76 vezes maior de retornar ao trabalho quando comparado ao sexo feminino (HR:3,76; IC_{95%}:1,45-9,78). Por outro lado, os acidentados que não tinham plano de saúde apresentaram razão de risco 52,0% menor de retorno às atividades laborais (HR:0,48; IC_{95%}:0,27-0,88) em comparação aqueles que tinham plano de saúde.

No que se refere ao tipo de AT, observou-se que os indivíduos que se acidentaram com outros tipos de veículo não motorizados exibiram razão de risco 4,61 vezes maior de retorno ao labor quando comparados àqueles com automóveis (HR:4,61; IC_{95%}:1,25-17,02). Já em relação à gravidade do trauma, os acidentados envolvidos em acidentes mais graves registraram uma razão de risco 73,0% menor de voltarem ao trabalho quando comparados aos casos mais leves (HR:0,27; IC_{95%}:0,79-0,97).

Os indivíduos que deram entrada e que estavam recebendo algum benefício pós-acidente apresentaram razão de risco, respectivamente, 57% (HR:0,43; IC_{95%}:0,27-0,88) e 54% (HR:0,46; IC_{95%}:0,23-0,86) menor de retorno ao trabalho. Em contrapartida, os acidentados que não receberam assistência pré-hospitalar mostraram razão de risco 84% maior de retorno quando comparado àqueles que receberam (HR:1,84; IC_{95%}:1,09-3,09).

No grupo de pacientes que permaneceram internados por mais de 5 dias evidenciou-se razão de risco 55% menor de retorno às atividades produtivas (HR:0,45; IC_{95%}:0,27-0,76) em comparação aqueles que ficaram hospitalizados por menos tempo. Para aqueles que não estavam recebendo tratamento de reabilitação observou-se razão de risco de 2,08 vezes maior de retorno quando comparados aos que estavam recebendo o tratamento (HR:2,08; IC_{95%}:1,25-3,48).

DISCUSSÃO

Nesta coorte de indivíduos que sofreram AT foi constatado que 43,9% dos acidentados retornaram ao trabalho em até 12 meses após a alta hospitalar. As variáveis sexo, plano de saúde, benefício, tipo de AT, gravidade do trauma, assistência pré-hospitalar, tempo de internação e tratamento de reabilitação foram identificadas como preditoras do tempo de retorno ao trabalho após lesão no trânsito.

Estudos semelhantes realizados em Sydney (62,2%)^[12] e Vitória (65,0%)^[13] na Austrália e em País de Gales (85,3%)^[14] apontaram maiores taxa de retorno ao trabalho

meses após um AT. A comparação das taxas de retorno entre os estudos torna-se difícil devido a heterogeneidade entre as populações e as peculiaridades que facilitam e dificultam esse retorno nas diferentes localidades.

Alguns fatores podem explicar a menor proporção de indivíduos que voltaram ao trabalho no presente estudo, como por exemplo, um possível quantitativo maior de casos com lesões graves, assim como o baixo acesso ao tratamento de reabilitação. Fatores não relacionados à lesão, como a opção por uma aposentadoria precoce, treinamento para uma nova profissão/função ou o simples fato de possuírem outras fontes de renda, seja o auxílio doença ou outro tipo de benefício, também podem ter contribuído para o retardo na volta ao trabalho^[15,16].

Nos estudos que encontraram maiores proporção de retorno, é possível que os acidentados não tenham recebido apoio suficiente de seus empregadores para ficarem ausentes do trabalho ou tenham retomado as atividades antes de terem se recuperado adequadamente dos ferimentos, seja pela falta de outra fonte de renda ou medo de serem demitidos posteriormente^[17].

No presente estudo ser do sexo masculino mostrou-se como preditor de menor tempo de retorno ao trabalho após lesão no trânsito, achado que corrobora com outras pesquisas^[16,17,18,19]. Acredita-se que a volta precoce dos homens ao trabalho seja impulsionada pela responsabilidade de ser o principal ou o único provedor de renda da família. Além disso, aspectos como empregos com baixa remuneração e status ou horas de trabalho limitadas podem justificar o retorno tardio das mulheres ao trabalho, uma vez que estas são mais propensas a ocuparem esses tipos de cargos^[20,21].

Evidenciou-se que não ter plano de saúde prediz um tempo maior de retorno ao trabalho. É provável que os indivíduos com plano de saúde tenham acesso a um tratamento pós-trauma mais rápido, através de consultas particulares com profissionais especializados em reabilitação, o que pode ter acelerado sua recuperação e o retorno ao trabalho. Por outro lado, não ter plano de saúde é uma realidade das populações economicamente desfavorecidas no Brasil, e estudos têm apontado que indivíduos que vivem em áreas com maiores desvantagens socioeconômicas apresentam uma menor probabilidade de retornar as atividades laborais após lesão no trânsito^[16,22].

Os acidentados que deram entrada ou já estavam recebendo algum tipo de benefício apresentaram menor risco de retorno ao trabalho, semelhante ao encontrado em estudos desenvolvidos na Austrália^[13,18,23]. Dentre as explicações para esse resultado, pesquisas relatam o baixo incentivo a volta ao labor devido ao suporte financeiro, ao nível de benefício

recebido e a exposição a situações estressantes, vivenciadas durante os procedimentos administrativos ou legais vinculados à busca do benefício^[18,23].

A gravidade do trauma tem sido apontada como um importante preditor na investigação da perda de produtividade^[24], pois quanto maior o nível do trauma maior será a probabilidade das vítimas apresentarem lesões severas e, conseqüentemente, impactarem na redução imediata de sua capacidade funcional, dentre as quais no desempenho das atividades laborais.

No presente estudo, os acidentados envolvidos em trauma de maior gravidade apresentaram razão de risco 73% menor de retorno ao trabalho. Achados semelhantes foram encontrados em estudos australianos, que apontaram uma probabilidade de retorno 47% menor para os indivíduos com lesões ortopédicas graves^[12] e de 58% menor para aqueles com lesões severas em membros não inferiores^[25] aos 12 meses e 8 meses, respectivamente, após um AT.

Observou-se que os indivíduos envolvidos em acidentes com outros veículos não motorizados exibiram menor tempo de retorno ao trabalho quando comparados aos acidentes com automóveis. Sobre esse aspecto, ressalta-se que esses veículos não motorizados eram na maioria das vezes animais rurais, muito utilizados como meio de transporte na região estudada.

Esse resultado pode ser justificado pela gravidade do trauma, uma vez que os acidentes envolvendo automóveis ocorrem frequentemente nas rodovias, com trauma de maior gravidade e, conseqüentemente, geram repercussões físicas e psicológicas mais severas, o que leva os acometidos a retornarem as atividades, dentre elas as laborais, de forma mais lenta.

O tempo de internação hospitalar mostrou-se como um preditor de retorno tardio ao trabalho após lesão no trânsito, com razão de risco 55% menor de retorno para os acidentados que permaneceram internados por mais de 5 dias. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo australiano que demonstrou que aqueles que necessitaram de internação por um período superior a uma semana apresentaram maior risco de ausência prolongada do trabalho^[18].

Acredita-se que a relação entre o tempo de internação hospitalar e incapacidade para o trabalho também possa ser explicada pela gravidade do trauma^[18,19], uma vez que os indivíduos com lesões mais severas demandam cuidados mais intensivos e maior tempo para recuperação. Além disso, muitos desses acidentados apresentam fraturas, que são lesões que

requerem procedimentos de maior complexidade, como cirurgias, que exigem maior tempo em ambiente hospitalar.

A gravidade do trauma pode ajudar a explicar o resultado encontrado para outros preditores do desfecho, como por exemplo, o fato de não receber assistência pré-hospitalar predizer um menor tempo de retorno ao trabalho. Nos acidentes de baixa gravidade os acidentados podem se recusar a receber atendimento pré-hospitalar ou procurar por conta própria um serviço hospitalar. Enquanto que as vítimas de trauma mais grave exigem um serviço especializado tanto para realizar os primeiros socorros quanto para transportá-las de maneira rápida e segura até uma unidade hospitalar. Logo, acredita-se que os acidentados que não receberam assistência pré-hospitalar eram clinicamente menos grave, e por isso, apresentaram uma recuperação e um retorno às atividades mais rápido.

Constatou-se que os indivíduos que não estavam recebendo tratamento de reabilitação retornaram em menor tempo ao trabalho. A gravidade do trauma também seria uma possível explicação para esse resultado, uma vez que os acidentados com lesões menos severas podem não precisar de um tratamento reabilitador após o trauma^[18]. Somado as lesões mais graves é provável que aqueles que receberam tratamento de reabilitação possuam melhores condições socioeconômicas e ocupacionais, com acesso a plano de saúde, direitos trabalhistas, outras fontes de renda, fatores estes que facilitam tanto o acesso ao tratamento pós-trauma quanto sua ausência sustentada no trabalho.

É evidente a importância da gravidade do trauma no grupo dos preditores do tempo de retorno ao trabalho após um AT. Por isso, é fundamental o investimento em ações que reduzam as lesões graves no trânsito, como o aumento na fiscalização dos limites de velocidade, do consumo de bebidas alcoólicas e do uso dos equipamentos de proteção individual^[26]. Além disso, o desenvolvimento de estratégias que estimulem o uso do transporte alternativo, como a bicicleta, o transporte coletivo, podem ter resultados positivos sobre a redução dos AT e de seus efeitos na produtividade^[27].

Sobre as limitações deste estudo destacam-se as perdas dos participantes na fase de acompanhamento, que provavelmente é consequência de o contato ter sido por meio telefônico ao invés de presencialmente, no entanto, em estudo com mesmo desenho metodológico foi relatada taxa de participação semelhante^[12]. Além disso, as tentativas exaustivas de contato, com ligações em dias e horários alternados, incluindo finais de semana, durante todo período do estudo pode ter reduzido o número de perdas, se comparado a estratégias que limitam uma quantidade específica de tentativas para o contato de pessoas.

Outro aspecto a ser considerado é que este estudo não avaliou os impactos na saúde mental sobre o tempo de retorno as atividades laborais. Contudo, ressalta-se que o presente estudo é um dos pioneiros a avaliar os preditores do tempo de retorno ao trabalho após lesão no trânsito, e fornece subsídios para novas discussões e pesquisas aprofundadas no contexto das repercussões desses eventos.

Destaca-se ainda, o uso de instrumento padronizado e validado na mensuração da gravidade do trauma, um preditor bastante significativo para a determinação do desfecho, o que contribuiu para maior fidedignidade dos resultados encontrados. Soma-se a isso, o acompanhamento bimestral dos participantes, intervalo menor que referido em outras pesquisas^[12,22,24], que pode ter minimizado as possibilidades de viés de memória no relato da data de retorno ao trabalho pelos acidentados.

CONCLUSÃO

Constatou-se que ser do sexo masculino, acidentes envolvendo outros tipos de veículo não motorizado, não ter recebido assistência pré-hospitalar e nem tratamento de reabilitação predizem um menor tempo de retorno ao trabalho em vítimas de AT. Enquanto que, não ter plano de saúde, receber benefício, ter se envolvido em AT grave com internação prolongada contribuem para o retorno mais tardio das atividades laborais.

REFERÊNCIAS

- 1- Magalhães AF, Lopes CM, Koifman RJ, Muniz PT. Prevalência de acidentes de trânsito auto-referidos em Rio Branco, Acre. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):738-44.
- 2- World Health Organization (WHO). *Global status report on road safety: time for action*. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 3- World Health Organization (WHO). *Global status report on road safety 2015*. Geneva: World Health Organization, 2015.
- 4- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. *Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras caracterização, tendências e custos para a sociedade*. Relatório de Pesquisa. Brasília, 2015.
- 5- Andrade SSCA, Mello-Jorge MHP. Internações hospitalares por lesões decorrentes de acidente de transporte terrestre no Brasil, 2013: permanência e gastos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(1): 31-8.

- 6- Sabet FP, Tabrizi KN, Khankeh HR, Saadat S, Abedi HA, Bastami A. Experiences of Encountering Physical Trauma Caused by Traffic Accidents: A Qualitative Study. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*. 2016; 1(4): 187-92.
- 7- Sabet FP, Tabrizi KN, Khankeh HR. Road Traffic Accident Victims' Experiences of Return to Normal Life: A Qualitative Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2016; 18(4):e29548.
- 8- Castilho JD, Andrade AL, Ferrão LF, Silva POM, Matos FR. Retorno ao trabalho após acidentes de trânsito: uma Revisão integrativa de literatura. *Bol. Acad. Paul. Psicol*. 2019; 39(97): 237- 45.
- 9- Paiva, L. et al. Health status and the return to work after traffic acidentes. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(3): 443-50.
- 10- Brasil. Constituição (1988). 2020. *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, copilado até a Emenda Constitucional nº105 /2029*. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 397p.
- 11- Stevenson M, Segui-Gomez M, Lescohier I, Di Scala C, McDonald-Smith G. An overview of the injury severity score and the new injury severity score. *Inj Prev*. 2001; 7(1):10-3.
- 12- Murgatroyd DF, Harris IA, Tran Y, Cameron ID, Murgatroyd D. Predictors of return to work following motor vehicle related orthopaedic trauma. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016; 17:171.
- 13- Ekegren CL et al. Twelve-month work-related outcomes following hip fracture in patients under 65 years of age. *Injury Int. J. Care Injured*. 2017; 48(3): 701-7.
- 14- Gopinath B. Prognostic indicators of social outcomes in persons who sustained an injury in a road traffic crash. *Injury Int. J. Care Injured*. 2015; 46: 909 - 17.
- 15- Giummarra MJ et al. Return to Work After Traumatic Injury: Increased Work-Related Disability in Injured Persons Receiving Financial Compensation is Mediated by Perceived Injustice. *J. Occup. Rehabil*. 2017; 27(2): 173-85.
- 16- Lau Georgina et al. The Association Between Fault Attribution and Work Participation After Road Traffic Injury: A Registry-Based Observational Study. *J. Occup. Rehabil*. 2020; 30(2): 235-254.
- 17- Gray SE, Hassani-Mahmoei B, Cameron ID, Kendall E, Kenardy J, Collie A. Patterns and Predictors of Failed and Sustained Return-to-Work in Transport Injury Insurance Claimants. *J. Occup. Rehabil*. 2018; 28(4):740-48.
- 18- Gray SE, Collie A. Work absence following road traffic crash in Victoria, Australia: A population-based study. *Injury Int. J. Care Injured*. 2019; 50:1293-99.
- 19- Berecki-Gisolf J, Collie Alex, McClure R. Work disability after road traffic injury in a mixed population with and without hospitalization. *Accid. Anal. Prev*. 2013; 51: 129 -34.

- 20- Misra J, Murray-Close M. The Gender Wage Gap in the United States and Cross Nationally. *Sociol. Compass*. 2014; 8(11): 1281-95.
- 21- Menendez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O'Campo P. Is precarious employment more damaging to women's health than men's? *Soc. Sci. Med.* 2007; 64(4):776-81.
- 22- Kendrick D, Vinogradova Y, Coupland C, Christie N, Lyons RA, Towner EL. Getting back to work after injury: the UK Burden of Injury multicentre longitudinal study. *BMC Public Health*. 2012; 12:584.
- 23- Giummarra MJ et al. Health and return to work in the first two years following road traffic injury: a comparison of outcomes between compensation claimants in Victoria and New South Wales, Australia. *Injury*. 2020; 51(10): 2199-2208.
- 24- Cardoso JP, Mota ELA, Rios PAA, Ferreira LN. Associated factors from loss productivity among people involved in road traffic accident: a prospective study. *Rev Bras Epidemiol*. 2020; 23: E200015.
- 25- Fitzharris M, Bowman D, Ludlow K. Factors associated with return-to-work and health outcomes among survivors of road crashes in Victoria. *Aust N Z J Public Health*. 2010; 34(2): 153-59.
- 26- Péliissier C, Fort E, Fontana L, Charbotel B, Hourse M. Factors associated with non-return to work in the severely injured victims 3 years after a road accident: A prospective study. *Accid. Anal. Prev*. 2017; 106: 411-19.
- 27- Bacchieri G, Barros AJD, Santos JV, Gonçalves H, Gigante DP. A community intervention to prevent traffic accidents among bicycle commuters. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(5): 867-75.

Tabela 1. Caracterização dos acidentes de trânsito envolvendo trabalhadores assistidos em um hospital regional, segundo variáveis sociodemográficas, ocupacionais e clínicas. Jequié, Bahia, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%	Mediana (dias)*	Valor p**
Sexo (n=187)				
Feminino	24	12,8	104,5	0,010
Masculino	163	87,2	92	
Faixa etária (n=187)				
< 20 anos	06	3,2	100	0,827
20 a 39 anos	111	59,4	92	
40 a 59 anos	66	35,3	94,5	
60 ou mais	04	2,1	47	
Escolaridade (n=185)				
Ensino superior completo/incompleto	08	4,4	107,5	0,290
Ensino médio/fundamental	176	95,1	85	
Analfabeto	01	0,5	93	
Estado Civil (n=187)				
Solteiro/Divorciado/Viúvo	114	61,0	92	0,698
Casado	73	39,0	93	
Tem filhos (n=187)				
Não	54	28,9	92	0,044
Sim	133	71,1	94	
Renda mensal (n=187)				
> R\$998,00	68	36,4	92	0,008
≤ R\$998,00	119	63,6	92	
Plano de saúde (n=185)				
Sim	30	16,2	95	0,184
Não	155	83,8	92	
Ocupação (n=187)				
Comerciante	38	20,3	92	0,732
Trabalhador rural	40	21,4	58	
Construção civil	20	10,7	92	
Moto taxista/motorista	18	9,6	95	
Outros	71	38,0	94	
Direitos Trabalhistas (n=185)				
Sim	73	39,5	94,5	0,104
Não	112	60,5	79	
Vínculo ocupacional (n=185)				
Não	105	56,8	92	0,017
Sim	80	43,2	94	
Benefício pós-acidente (n=187)				
Não	85	45,5	48	0,001
Deu entrada	30	16,0	107	
Sim	72	38,5	119	
Contribui previdência (n=181)				
Sim	86	47,5	98	0,375
Não	95	52,5	70	
Tipo de AT (n=185)				
Automóvel	17	9,2	47	0,196
Motocicleta	135	73,0	94	
Bicicleta	10	5,3	80	
Pedestre	04	2,2	112	
Outros veículos não motorizados	19	10,3	56	
Lesão corporal (n=184)				
Não	20	10,9	39	0,101

Sim	164	89,1	94	
Múltiplas lesões (n=187)				
Não	134	71,7	92	0,071
Sim	53	28,3	98	
Gravidade do trauma (n=187)				
Leve	161	86,1	92	< 0,001
Moderado/Grave	26	13,9	119	
Assistência Pré-hospitalar (n=181)				
Sim	71	39,2	107	0,005
Não	110	60,8	91	
Cirurgia (n=185)				
Não	12	6,5	92	0,533
Sim	99	53,5	92	
Aguardando	74	40,0	93	
UTI (n=186)				
Não	175	94,1	92	0,029
Sim	11	5,9	222	
Tempo de internação (n=187)				
≤ 5 dias	94	50,3	92	< 0,001
> 5 dias	93	49,7	98	
Tratamento de reabilitação (n=187)				
Sim	83	44,4	102	< 0,001
Não	104	55,6	98	

*Estimada apenas para os casos que retornaram ao trabalho durante o período do estudo;

**Teste Long-rank.

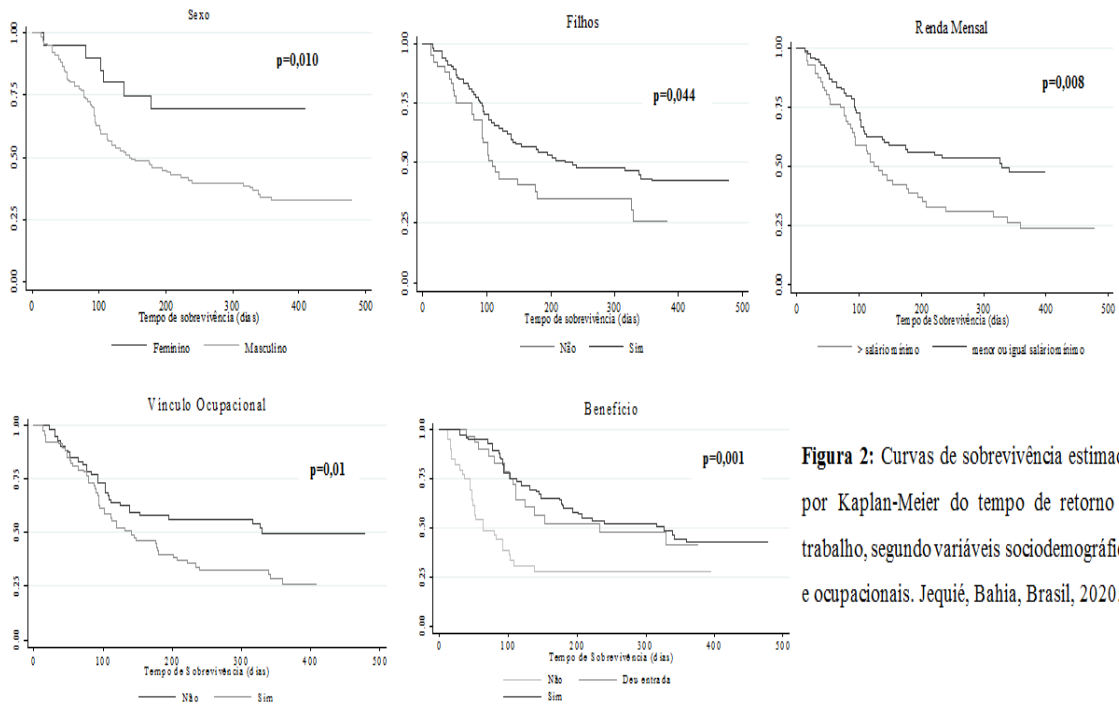


Figura 2: Curvas de sobrevivência estimadas por Kaplan-Meier do tempo de retorno ao trabalho, segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Jequié, Bahia, Brasil, 2020.

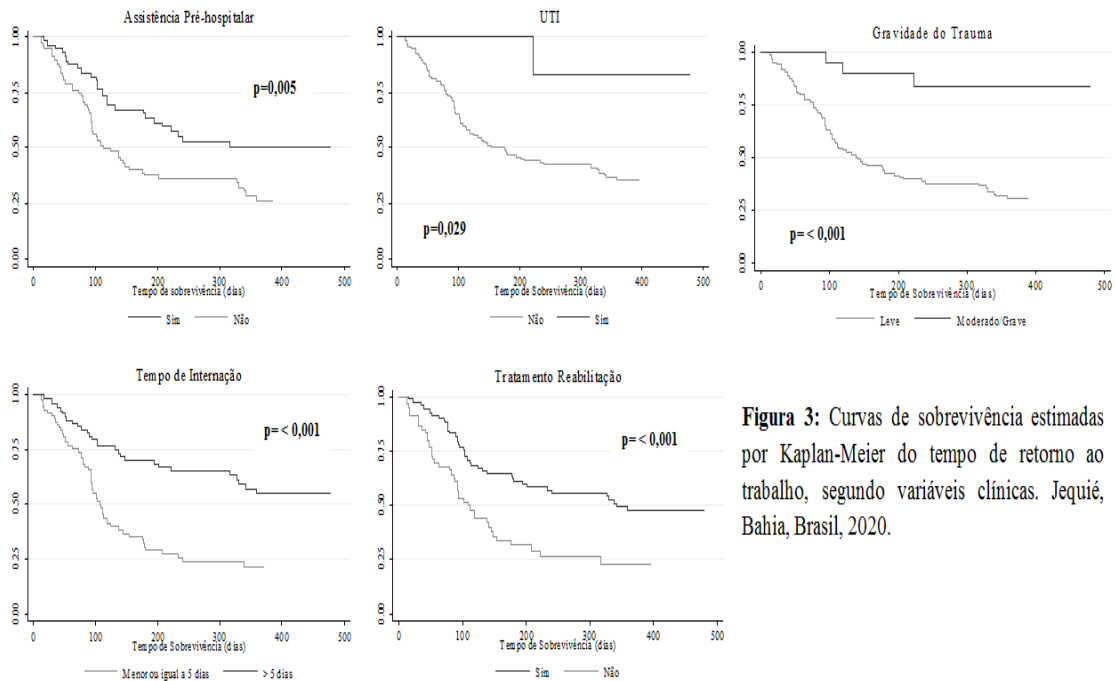


Figura 3: Curvas de sobrevivência estimadas por Kaplan-Meier do tempo de retorno ao trabalho, segundo variáveis clínicas. Jequié, Bahia, Brasil, 2020.

Tabela 2: Análise hierarquizada de Cox dos preditores do tempo de retorno ao trabalho em vítimas de acidentes de trânsito. Jequié, Bahia, Brasil, 2020.

VARIÁVEIS	RETORNO AO TRABALHO			
	Modelo A (Blocos I e II)	Modelo B (Blocos I, II e III)	Modelo C (Blocos I, II, III e IV)	Modelo Final
	HR (IC _{95%})	HR (IC _{95%})	HR (IC _{95%})	HR (IC _{95%})
Sexo (Masculino)	2,82 (1,16 - 6,81)	2,57 (1,05 - 6,28)	3,21 (1,17- 8,77)	3,76 (1,45 - 9,78)
Filhos (Sim)	0,64 (0,39 - 1,05)	-	-	-
Renda (≤ R\$998,00)	0,74 (0,46 - 1,18)	0,76 (0,47 - 1,24)	0,86 (0,51 - 1,44)	-
Plano de saúde (Não)	0,60 (0,34 - 1,05)	0,53 (0,30 - 0,94)	0,50 (0,27 - 0,91)	0,48 (0,27 - 0,88)
Direitos trabalhistas (Não)	0,62 (0,26 - 1,46)	-	-	-
Vínculo ocupacional (Sim)	1,31 (0,56 - 3,04)	1,37 (0,81 - 2,31)	1,64 (0,94 - 2,86)	1,57 (0,94 - 2,63)
Benefício pós-acidente				
Deu entrada	0,43 (0,21 - 0,85)	0,41 (0,21- 0,80)	0,41 (0,20 - 0,87)	0,43 (0,22 - 0,86)
Sim	0,34 (0,19 - 0,61)	0,42 (0,24 - 0,73)	0,44 (0,24 - 0,80)	0,46 (0,23 - 0,86)
Assistência Pré-hospitalar (Não)	-	1,99 (1,21 - 3,26)	1,68 (0,98 - 2,88)	1,84 (1,09 - 3,09)
UTI (Sim)	-	0,50 (0,06 - 3,87)	-	-
Tempo de internação (>5 dias)	-	0,45 (0,27 - 0,75)	0,46 (0,27 - 0,77)	0,45 (0,27 - 0,76)
Trat. reabilitação (Não)	-	2,26 (1,37 - 3,73)	2,18 (1,28 - 3,69)	2,08 (1,25 - 3,48)
Tipo AT				
Motocicleta	-	-	1,30 (0,43 - 3,89)	1,22 (0,42 -3,58)
Bicicleta	-	-	1,61 (0,41 - 6,25)	1,55 (0,41 - 5,88)
Pedestre	-	-	1,13 (0,17 - 7,21)	1,14 (0,18 - 7,19)
Outros veículos não motorizados	-	-	4,47 (1,20 -16,59)	4,61 (1,25 -17,02)
Lesão corporal (Não)	-	-	0,67 (0,28 - 1,59)	-
Múltiplas lesões (Não)	-	-	0,79 (0,44 - 1,44)	-
Gravidade do trauma (Moderado/grave)	-	-	0,30 (0,85 - 1,07)	0,27 (0,79 - 0,97)

HR: Hazard Ratios; IC_{95%}: Intervalos de Confiança a 95%.