

Limitações de trabalhadores com diagnóstico de câncer avaliados com o *Work Role Functioning Questionnaire-Br*

Cristiane H Gallasch¹, Neusa MC Alexandre², Sergio CB Esteves³, Helena F Gomes⁴, Elaine CL da Rocha⁵, Patricia CP Baptista⁶

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde do Trabalhador e Ergonomia. Campinas, São Paulo, Brasil.

³Radio-oncologista. Doutor em Radiologia. Coordenador da Seção de Radioterapia do Hospital da Mulher Professor Doutor José Aristodemo Pinotti – CAISM da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵Enfermeira. Tenente Enfermeira do Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde do Trabalhador de Enfermagem e Saúde.

§Autor correspondente:

Cristiane Helena Gallasch

cristiane.gallasch@gmail.com

tel: +55 (21) 981 745 501

RESUMO

O objeto do presente estudo trata das limitações encontradas em indivíduos com diagnóstico de câncer, considerado um problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento, onde se espera que, nas próximas décadas, o impacto desta doença na população corresponda a 80% dos mais de 20 milhões de casos novos estimados para todo o mundo em 2025. Para alguns pacientes em tratamento, permanecer profissionalmente ativo é um desafio, uma vez que o trabalho é relacionado como um propósito na vida, um sentido de contribuir, uma distração e auto-estima, auxiliando na recuperação física, cognitiva, emocional e interpessoal. Neste contexto, tem-se como objetivo descrever as limitações encontradas em indivíduos com câncer, que mantiveram suas atividades laborais durante o protocolo radioterapia em serviço privado, por meio de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa. A amostra final de 51 participantes foi definida por amostragem não probabilística por conveniência, a partir das informações de todos os pacientes admitidos no período, com protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Na avaliação utilizando a versão brasileira do *Work Role Functioning Questionnaire*, foram observados índices médios de desempenho mais elevados para a demanda social, com escore médio de 94,33 (11,47). Já os piores índices apresentam-se na demanda física. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de protocolos de tratamento com relação aos escores do WRFQ-Br. A avaliação de desempenho de trabalhadores com diagnóstico de câncer em radioterapia utilizando o WRFQ-Br demonstrou escores mais elevados para as demandas sociais e menores para as demandas físicas. O desempenho social preservado pode estar associado ao desempenho do papel dos indivíduos na família, no trabalho e, conseqüentemente, na sociedade, uma vez que o estudo envolveu pacientes que mantiveram suas atividades laborais durante o protocolo de tratamento proposto, destacando a função social do trabalho para pacientes com neoplasias.

Descritores: Neoplasias. Sobrevivência. Saúde do Trabalhador. Retorno ao Trabalho.

INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo trata das limitações encontradas em trabalhadores com diagnóstico de câncer, que mantiveram suas atividades laborais durante o protocolo de radioterapia.

Mundialmente, são notificados onze milhões de casos novos de neoplasias malignas por ano, com previsão de elevação para 27 milhões até 2030, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de sobreviventes, segundo a Organização Mundial da Saúde [1]. O aumento do número de casos novos relaciona-se diretamente com o aumento da expectativa de vida da população e à exposição a fatores de risco [2].

O câncer é um problema de saúde pública, especialmente nos países em desenvolvimento, onde se espera que mais de 20 milhões de casos novos até 2025. O Brasil apresenta estimativas para o biênio 2016-2017 de cerca de 600 mil casos novos [3].

A sobrevivência ao câncer deve ser considerada de forma relevante ao longo do tratamento, uma vez que, devido ao aumento de sua incidência, é necessário prevenir os desafios que surgem frente a viver com o diagnóstico de câncer, após o término do ciclo primário de tratamento [4]. Assim, emerge a necessidade de que o paciente e a equipe de saúde desenvolvam, em conjunto, um plano de acompanhamento, baseado tanto nas diretrizes médicas para um diagnóstico específico como nas necessidades e preferências individuais de cada sobrevivente, ajudando indivíduo a sentir-se no controle e a realizar a transição de volta para sua vida diária, promovendo melhores condições de saúde física e emocional [5].

A sobrevivência ao câncer inicia no momento do diagnóstico e continua durante o tratamento, a fim de reduzir o risco de recidiva ou para gerenciar a doença crônica. No entanto, independente da definição, a sobrevivência é única para cada pessoa, que deve encontrar o seu próprio caminho para experimentar as mudanças e desafios que ocorrem como resultado de viver com câncer [6].

Contudo, os efeitos colaterais advindos do tratamento podem conduzir a limitações funcionais, físicas e ou deficiências psicológicas, o que poderá ocasionar uma barreira para o retorno ao trabalho levando a licenças por tempo prolongado. Acredita-se que é possível mudar essa realidade por meio de intervenções com profissionais de saúde e um planejamento de retorno a ser

realizado durante e após o tratamento. Para tanto, faz-se necessário, também, reforçar o reconhecimento dessa população para identificar as suas necessidades, efeitos colaterais e dificuldades na manutenção ou retorno às atividades laborais [7]. A manutenção das atividades laborais é importante pela remuneração, potencial de apoio social, relacionado como um propósito na vida, sentido de contribuição, distração e auto-estima, ajudando na recuperação física, cognitiva, emocional e interpessoal [8].

Apesar da crescente preocupação com a manutenção e retorno às atividades de vida cotidiana, a maior parte das ferramentas disponíveis e validadas para avaliar essa população estão direcionadas a aspectos gerais de qualidade de vida, não havendo estudos brasileiros relacionados a habilidades ou limitações funcionais relacionadas a câncer e trabalho [9].

A utilização de instrumentos validados tem sido considerada essencial para confiabilidade de dados obtidos junto aos indivíduos com dificuldades físicas ou alterações psicossociais, auxiliando o planejamento de ações de prevenção desses distúrbios, e de estratégias e programas de reabilitação na área da saúde do trabalhador.

Reconhecendo que sintomas residuais da doença, após tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia são fatores que causam impacto direto no retorno ou na adaptação para execução das funções de trabalho [10], o presente estudo tem como objetivo descrever as limitações encontradas em indivíduos com câncer, que mantiveram suas atividades laborais durante o protocolo radioterapia em serviço privado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de descritivo, de abordagem quantitativa, realizado em um serviço privado de radioterapia no interior do estado de São Paulo, entre os anos de 2012 e 2013. Trata-se de uma instituição especializada, com atendimento ambulatorial por equipe multiprofissional em radioterapia nas modalidades de teleterapia e braquiterapia de baixa taxa de dose, recebendo pacientes por demanda espontânea ou por encaminhamento médico, em atendimentos particulares, pelo sistema de saúde suplementar ou por meio de convênio com o sistema único de saúde, na esfera municipal.

A população deste estudo foi constituída por pacientes submetidos à radioterapia, com qualquer tipo de neoplasia maligna. No entanto, a amostra final foi de 51 participantes. A amostra foi definida por amostragem não probabilística por conveniência, a partir das informações de todos os pacientes admitidos no período, uma vez que o afastamento das atividades de trabalho é recomendação comum aos pacientes com diagnóstico oncológico, respeitando os seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de neoplasia confirmado em exame anátomo-patológico, idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 75 anos pela inserção no mundo do trabalho, estar realizando protocolo de radioterapia, na modalidade teleterapia, com exposição à dose mínima de 2000cGy, quando é esperado o início dos primeiros efeitos agudos indesejados, decorrentes da exposição cumulativa à radiação ionizante, término do protocolo de radioterapia há no máximo dois anos (24 meses), momento em que as queixas tardias relacionadas à exposição à radiação ionizante tornam-se menos prováveis [11], manutenção das atividades de trabalho, formais ou informais, com carga horária mínima de 20 horas semanais. Foram considerados critérios de exclusão: analfabetismo pela impossibilidade de preenchimentos dos formulários, e realização de protocolo exclusivo de radioterapia na modalidade braquiterapia.

Todos os pacientes foram abordados, inicialmente, pessoalmente ou por contato telefônico, com apresentação da pesquisadora principal e dos objetivos do estudo e, posteriormente, foram enviados os formulários de pesquisa. Com o aceite do participante, os termos de consentimento e instrumentos foram enviados por correio, com impressos e envelopes preparados e selados para devolução, sem ônus aos participantes. Para caracterização sócio demográfica, clínica e laboral foi utilizado um formulário de caracterização dos participantes, contendo informações como idade, sexo, função, tipo e tempo de trabalho, jornada semanal de trabalho, afastamento do trabalho durante o tratamento, tempo de para retorno às funções laborais, diagnóstico e grau de desempenho, ou *performance status*, - *Escala de Karnofsky (KPS)*, sendo este último um dado da avaliação clínica.

Para avaliação das limitações foi utilizado o *Work Role Functioning Questionnaire-Br (WRFQ-Br)*, ou Questionário de Avaliação do Desempenho

no Trabalho, adaptado transculturalmente para a população brasileira [12], e validado para a população com diagnóstico de câncer em radioterapia [13].

Ressalta-se que WFRQ-Br, em sua versão original (WRFQ), já apontou significativas limitações para o trabalho em indivíduos com variados tipos de câncer cerebral, devido a fadiga, depressão, ansiedade ou limitações cognitivas, e os mesmos sinais e sintomas, exceto as alterações cognitivas, em situações de câncer torácico [14, 15].

O referido instrumento possibilita avaliações nos campos de *exigências física*, mensurando a habilidade para executar atividades de trabalho que incluem cargas físicas, dinâmicas e estáticas, como objetos pesados, movimentos, resistências, coordenação e flexibilidade; *mental*, contemplando as exigências cognitivas, relacionadas à atenção e à concentração; *social*, referindo-se às interações que o indivíduo deve realizar com seus colegas de trabalho e com os clientes de seu serviço; de *planejamento de trabalho*, verificando dificuldades do trabalhador em planejar e manejar suas atividades ocupacionais diárias, do início ao término do dia de trabalho; e demanda de *produção*, abrangendo a produtividade, a qualidade do serviço e a satisfação no trabalho; conjunto este de informações que não é encontrado em outro instrumento único de avaliação no campo de saúde do trabalhador [12, 13].

Para que seja possível a avaliação das cinco sub-escalas, ou demandas, o entrevistado não deve preencher a opção “Não se aplica ao meu trabalho” para mais de 20% das questões de cada demanda. Após essa verificação, é realizada a somatória dos valores dos itens válidos para o trabalho de cada indivíduo de cada sub-escala separadamente e a divisão do valor final pelo número de itens, o que resulta em um valor entre quatro e zero, posteriormente multiplicado por 25, o que resulta em um valor entre 0 e 100%. Este valor o que indica o índice de desempenho preservado do indivíduo de acordo com as funções que o mesmo desempenha em seu trabalho para cada demanda avaliada. Para avaliação geral do índice de desempenho, realiza-se média aritmética das cinco demandas. Valores iguais a 0% indicam que o índice de desempenho está completamente prejudicado, enquanto valores iguais a 100% refletem uma capacidade ou desempenho totalmente preservado [16].

Os dados foram coletados nos anos de 2012 e 2013, a partir do envio dos formulários aos pacientes inseridos nos critérios de inclusão. Todo o material enviado foi devolvido.

Quanto à análise dos dados, foi realizada análise descritiva para caracterização dos participantes. Os dados coletados foram inseridos em banco de dados do *software Microsoft Excel*, sendo analisadas descritivamente por frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas, com auxílio do serviço de estatística da instituição.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo nº104/2009. Cabe informar que para atender a Resolução 466/2012, o sigilo e o anonimato dos participantes da pesquisa foram garantidos, bem como foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual explicitava os objetivos da pesquisa, os riscos, benefícios e direitos daqueles que participassem da pesquisa e os deveres dos pesquisadores. Ao assinarem o TCLE em duas vias, uma permaneceu em posse do entrevistado e a outra via com os pesquisadores. Relatos sobre óbitos ou piora do estado de saúde foram relatados imediatamente à equipe clínica responsável pelo atendimento desses pacientes. Solicitações de agendamento de consultas foram encaminhadas ao setor de atendimento do serviço.

RESULTADOS

A tabela 1 demonstra as características dos participantes do estudo assim como diagnósticos e protocolos de tratamento a que estes indivíduos foram submetidos.

Tabela 1: Caracterização de trabalhadores submetidos à radioterapia (n=51). Campinas, SP, 2013.

| Variáveis | n(%) | Média | Dp* | Mínimo | Mediana | Máximo |
|----------------------------|-----------|-------|-------|--------|---------|--------|
| Idade (anos) | | 53,35 | 10,08 | 30,00 | 53,00 | 72,00 |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 23(45,10) | | | | | |
| Feminino | 28(54,90) | | | | | |
| Escolaridade | | | | | | |
| Fundamental | 9(17,65) | | | | | |
| Médio | 6(11,76) | | | | | |
| Superior | 28(54,90) | | | | | |
| Pós-graduação | 8(15,69) | | | | | |
| Jornada de trabalho | | 41,45 | 10,04 | 20,00 | 40,00 | 65,00 |
| Tempo de Função | | 20,31 | 11,92 | 10,00 | 20,00 | 50,00 |
| Tipo de trabalho** | | | | | | |
| Manual | 13(25,49) | | | | | |
| Misto | 21(41,18) | | | | | |
| Não manual | 17(33,33) | | | | | |
| Tipo de neoplasia | | | | | | |

| | |
|--|-----------|
| Mama | 23(45,10) |
| Próstata | 12(23,53) |
| Linfoma não-Hodgkin | 3(5,88) |
| Reto | 2(3,92) |
| Útero | 2(3,92) |
| Parótida | 2(3,92) |
| Estômago | 2(3,92) |
| Faringe/Hipofaringe | 2(3,92) |
| Pele | 1(1,96) |
| Coluna/Ósseo | 1(1,96) |
| Bexiga | 1(1,96) |
| Protocolos de tratamento | |
| Radioterapia exclusiva | 8(15,69) |
| Radioterapia e quimioterapia | 9(17,65) |
| Radioterapia e hormonioterapia | 3(5,88) |
| Radioterapia e cirurgia | 14(27,45) |
| Radioterapia, quimioterapia e cirurgia | 17(33,33) |

*dp: Desvio-padrão **Classificação do trabalho de acordo com Hébert (1996).

Participaram 51 pacientes, com diagnóstico médico de neoplasia maligna, submetidos à radioterapia, com idade entre 30 e 72 anos (53,35 + 10,08), sendo 23 homens (45,10%) e 28 mulheres (54,90%).

Com relação à escolaridade, houve predomínio de participantes com ensino superior (54,90%). A jornada de trabalho semanal média foi de 41,45 (10,04) horas. Os pacientes apresentaram em média 20,31 (11,92) anos de trabalho na função declarada, havendo predomínio de trabalho misto, seguido de não-manual e manual.

Observa-se predomínio de tratamentos de próstata (23,53%) e mama (45,10%). Em média, os pacientes receberam 5664cGy (117,1) de dose de radioterapia, modalidade teleterapia, até o momento de participação na pesquisa, que foi, em média 288,63 (143,45) dias após a última aplicação. Há alto valor de desvio padrão pela possibilidade de abordagem de pacientes durante o tratamento (doses próximas a 2000cGy) e até dois anos após (doses de até 7600cGy).

A maior parte dos protocolos de radioterapia do estudo foi acompanhada por cirurgia e quimioterapia (33,33%) e cirurgia (27,45%). A avaliação pela *Escala de Karnofsky* demonstrou média de 94,31 (+8,06), com resultados de 80 (19,61%), 90 (17,65%) e 100 (62,75%).

Os valores de escore obtidos a partir da avaliação utilizando o WRFQ-Br são demonstrados na Tabela 2, e os valores da avaliação do desempenho no trabalho comparados aos protocolos de tratamentos do grupo de pacientes são apresentados na tabela 3.

Tabela 2: Valores médios da avaliação do desempenho com o WRFQ-Br de trabalhadores em radioterapia. Campinas, SP, 2013 (n=51).

| Sub-escala | Média | dp* | Mínimo | Mediana | Máximo |
|---------------------|-------|-------|--------|---------|--------|
| Plano de trabalho | 91,51 | 15,45 | 30,00 | 100,00 | 100,00 |
| Demanda de produção | 90,20 | 14,75 | 42,85 | 96,42 | 100,00 |
| Demanda física | 86,35 | 15,78 | 41,66 | 91,66 | 100,00 |
| Demanda mental | 89,05 | 16,57 | 25,00 | 95,83 | 100,00 |
| Demanda Social | 94,33 | 11,47 | 41,66 | 100,00 | 100,00 |
| Escore total | 87,95 | 16,70 | 10,00 | 92,73 | 100,00 |

*dp: Desvio padrão

Tabela 3: Valores médios da avaliação do desempenho com o WRFQ-Br de trabalhadores em radioterapia. Campinas, SP, 2013 (n=51).

| Demanda/Protocolo de tratamento | Rt ¹ | | | Rt ¹ e Qt ² | | | Rt ¹ e cir ³ | | | Rt ¹ Qt ² e Cir ³ | | | p-valor ⁵ |
|---------------------------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------------------------|-------|-----------------|------------------------------------|-------|-----------------|--|-------|-----------------|----------------------|
| | N | Média | dp ⁴ | N | Média | dp ⁴ | N | Média | dp ⁴ | N | Média | dp ⁴ | |
| Plano de trabalho | 8 | 91,88 | 9,61 | 9 | 95,80 | 6,36 | 14 | 82,86 | 25,7 | 17 | 95,59 | 8,46 | 0,3838 |
| Produção | 8 | 93,69 | 9,88 | 9 | 89,68 | 16,51 | 14 | 84,82 | 22,05 | 17 | 93,48 | 7,72 | 0,9652 |
| Física | 8 | 92,19 | 7,55 | 9 | 86,11 | 15,90 | 14 | 86,84 | 18,34 | 17 | 82,50 | 17,73 | 0,7442 |
| Mental | 8 | 86,04 | 15,50 | 9 | 92,13 | 14,20 | 14 | 85,42 | 25,27 | 17 | 91,37 | 9,26 | 0,6258 |
| Social | 8 | 96,87 | 6,20 | 9 | 94,44 | 11,03 | 14 | 91,07 | 17,74 | 17 | 96,87 | 6,72 | 0,9285 |
| Escore total | 8 | 92,00 | 7,02 | 9 | 90,37 | 11,37 | 14 | 79,71 | 28,23 | 17 | 91,09 | 7,40 | 0,9361 |

¹Rt: Radioterapia; ²Qt: Quimioterapia; ³cir: Cirurgia; ⁴dp: Desvio padrão; ⁵teste de Kruskal-Wallis

São observados índices médios de desempenho mais elevados para a demanda social, com 94,33 (11,47). Já os piores índices apresentam-se na demanda física. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de protocolos de tratamento com relação aos escores do WRFQ-Br.

DISCUSSÃO

O trabalho, desde sempre, é compreendido como parte do mundo vivenciado pelo sujeito, seu corpo e suas relações sociais, representando fonte de prazer ou sofrimento, resultando em diferentes expressões de produtividade e criatividade. É por meio dele que o homem encontra seu espaço dentro da comunidade [17, 18], significando a coletividade. O retorno às atividades laborais de indivíduos sobreviventes do câncer tem sido relatado como problemático, devido às alterações da capacidade física, fadiga, falta de apoio e adaptações no ambiente ocupacional, além da sobrecarga de trabalho [19].

Participaram do estudo 51 portadores de neoplasias submetidos à radioterapia, que trabalham predominantemente em atividades mistas (41,18%), caracterizadas por manipulação intermitente de cargas pesadas, ou contínuas de baixo peso, além da permanência não contínua em uma posição estática

[19]. O mesmo foi observado em estudo de validação do instrumento realizado anteriormente [20].

Devido à alta exigência física e psíquica no trabalho, além das longas jornadas, tem sido observado que um grande número de afastamentos do trabalho na realidade do atendimento oncológico. Não há estatísticas quanto à taxa de pacientes afastados entre todos que apresentam a doença, porém no estudo observou-se 13,45% de casos com afastamento, mesmo após o término do protocolo proposto.

Além da sobrecarga física e psicológica, a equipe clínica costuma oferecer a possibilidade de afastamento ao paciente para que haja tempo hábil de dedicação ao tratamento e dos cuidados às possíveis complicações, uma vez que no Brasil todo indivíduo que exerce suas funções de acordo com o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) permanece de 40 a 44 horas semanais em atividades laborais [21]. Essa foi a tendência média seguida pelo grupo de pacientes (41,45 horas semanais).

Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) apontam para 149.173 benefícios ativos por incapacidade no ano de 2011 para CID 10 referente às Neoplasias, representando um custo anual de R\$140.140.688,45. Neste grupo encontra-se o auxílio doença, concedido a todo trabalhador impedido de trabalhar por 15 dias ou mais, com comprovação em perícia médica [22]. Não há dados claros sobre a forma de avaliação da capacidade desses indivíduos ou de tentativas de adequação do trabalho, com redução de sobrecarga ou jornada, como formas de evitar o afastamento total das atividades laborais.

No Brasil, assim como observado em outras regiões do mundo, a elevação das taxas de sobrevida e também de cura após o tratamento em indivíduos em idade economicamente ativa, aumenta as chances de permanência ou retorno às atividades de trabalho. Essa taxa de retorno varia de acordo com as características dos sistemas de suporte de cada país, incluindo os sistemas de saúde, reabilitação e sociais [23].

O estudo verificou que a maior parte dos protocolos de tratamento de radioterapia foi acompanhada de cirurgia e quimioterapia ou somente de cirurgia. A cirurgia oncológica ainda representa a principal modalidade de tratamento para as neoplasias malignas, sendo considerada vital para a

redução da mortalidade prematura por câncer, com funções de prevenção, diagnóstico, terapêutica, tratamento paliativo e de reconstrução, porém nem sempre representando aspecto incapacitante para a saúde. Ao longo da história, sofreu modificações técnicas e de cuidados intensivos que permitem maior segurança. Além disso, com maior e melhor conhecimento da história da doença e seu prognóstico, a intervenção cirúrgica tornou-se menos radical e agressiva [24,25].

Apesar da quimioterapia agir no metabolismo celular, nem sempre com especificidade, atingindo também a medula óssea e outras células germinativas, com efeitos indesejados até 14 dias após a administração – como leucopenia, plaquetopenia, anemia, alopecia, estomatite, diarreia e oligospermia [24], a piora da saúde do grupo de paciente relacionada à administração desses fármacos não foi critério para alteração dos escores de avaliação, devido ao tempo transcorrido desde o término do tratamento até a coleta dos dados, que foi em média de 288,63 (143,45) dias.

O elevado índice obtido na *Escala de Karnofsky* indica que o indivíduo pode ter capacidade física preservada para outras atividades como o trabalho. Estudos indicam que esse índice já vem sendo relacionado como preditivo para sobrevivência pós-tratamento [26], o que se relaciona diretamente ao planejamento de ações voltadas à sobrevivência ao câncer.

Quanto ao resultado da avaliação do desempenho no trabalho, o grupo apresentou maiores escores para a demanda social, porém o pior desempenho foi observado para a demanda física, que pode ser explicado por alterações funcionais decorrentes das intervenções cirúrgicas anteriores, ou por limitações decorrentes do quadro clínico específico.

A detecção da preservação do desempenho social pode estar associada ao desempenho do papel dos indivíduos na família, no trabalho e, conseqüentemente, na sociedade, uma vez que o estudo envolveu pacientes que mantiveram suas atividades laborais durante o protocolo de tratamento proposto.

Ressalta-se que não houve diferença significativa dos escores do WRFQ-Br entre os indivíduos classificados segundo os protocolos de tratamento. Para esta última comparação, foram excluídos os pacientes submetidos a

radioterapia e hormonioterapia por ser um grupo com pequeno número de sujeitos.

Com relação aos demais escores, provavelmente com os avanços tecnológicos na área e aprimoramento das técnicas de intervenção – medicamentosas e cirúrgicas – os pacientes apresentem desempenhos e capacidades semelhantes à população em geral.

Estudo realizado por Braithwaite et. al. [27] demonstrou que cerca de 39% das mulheres com diagnóstico e tratamento para câncer de mama apresentaram alguma limitação funcional, decorrente de processos inflamatórios ou funções reduzidas de órgãos e sistemas. A avaliação dessas limitações pode ser importante fator na avaliação clínica e também na promoção de melhor qualidade de vida dessas pacientes. Sabe-se, também, que mulheres com diagnóstico e tratamento de neoplasias de mama apresentam melhor desempenho físico que aquelas com diagnóstico de neoplasia pulmonar. Outras co-morbidades crônicas e sintomas depressivos podem influenciar diretamente a performance física [28].

A persistência de limitações físicas em sobreviventes de câncer ocorridos na infância é reconhecida, dificultado o desempenho em atividades diárias e esportivas. Os relatos estão relacionados a tratamentos envolvendo especialmente radioterapia, para neoplasias ósseas, de sistema nervoso central e retinoblastoma [29].

É importante destacar que o tempo para retorno parcial ou total às atividades de trabalho depende não somente do tipo de câncer, mas também dos fatores ocupacionais relacionados às atividades de cada indivíduo [30].

Os pacientes, em geral, buscam aumento de sua sobrevivência, enquanto que profissionais da saúde objetivam proporcionar melhores condições de promoção da qualidade de vida [31]. É importante e necessário alinhar os objetivos da equipe multidisciplinar de saúde às expectativas dos sujeitos submetidos ao tratamento oncológico.

Foi limitação do estudo o reduzido número de indivíduos estudados (n=51), devido ao grande número de afastamentos das atividades de trabalho, de idosos atendidos (aposentadorias) e óbitos.

CONCLUSÃO

A avaliação de desempenho de trabalhadores com diagnóstico de câncer em radioterapia utilizando o WRFQ-*Br* demonstrou escores mais elevados para as demandas sociais, provavelmente relacionadas ao suporte social recebido e reconhecido historicamente, e menores para as demandas físicas, ligados às limitações funcionais decorrentes das intervenções cirúrgicas anteriores, ou por pelo próprio quadro clínico.

Além disso, com a realização do estudo e o atendimento na prática clínica dos pesquisadores, a hipótese levantada é de que, também no Brasil, os pacientes submetidos a tratamento oncológico contam com maior suporte de equipe multidisciplinar em saúde, familiar, ocupacional e governamental, o que propicia melhores condições físicas, psicológicas e sociais no afastamento e para o retorno às atividades laborais.

Há necessidade de estudos que acompanhem longitudinalmente esses pacientes, desde o momento inicial do diagnóstico, possibilitando a avaliação do desempenho antes do afastamento, durante o tratamento e no planejamento do retorno às atividades e adaptações no retorno ao trabalho.

Espera-se que este estudo contribua com a compreensão da importância da utilização de ferramentas validadas para avaliação global dos indivíduos portadores de câncer, e com a conscientização da disponibilidade de instrumento para avaliação de trabalhadores de maneira específica para manutenção ou retorno às atividades de trabalho, que tem papel significativo e diverso para as atividades cotidianas e representações de vida dos mesmos.

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio do Programa de Bolsas de Doutorado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer (2007) Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer (2006) A situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer (2015) Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.
4. Feuerstein M (2007) **Defining cancer survivorship**. J Cancer Surviv **1**, 5-7.
5. American Society of Clinical Oncology (2014) ASCO answers cancer survivorship: Trusted information about life after treatment from the American Society of Clinical Oncology, EUA.
6. American Society of Clinical Oncology (2017) ASCO Cancer Treatment and Survivorship Care Plans, EUA.
7. Van Muijen P, Duijts SF, Bonefaas-Groenewoud K, van der Beek AJ and Anema JR (2014). **Factors associated with work disability in employed cancer survivors at 24-month sick leave**. BMC Cancer **14**, 236.
8. Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, et al (2010). **Work in cancer survivors: a model for practice and research**. J Cancer Surviv **4**, 415-37.
9. Menezes RM, Ferreira KASL, Souza LM, Barros HLA, Pessanha MJP (2011). **Instrumentos utilizados no Brasil para avaliar qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: revisão integrativa**. Rev Saúde **5**, 54-66.
10. Tevaarwerk AJ, Lee JW, Sesto ME, Buhr KA, Cleeland CS, Manola J, et. al (2013). **Employment outcomes among survivors of common cancers: the symptom outcomes and practice patterns (SOAPP) study**. J Cancer Surviv
11. Fernandes NS, Reis MFL and Martins R (2008). **Sintomas cutâneos em radioterapia** in Cuidados paliativos em oncologia, Ed: Saltz E and Juver J (Rio de Janeiro: Senac) 133-9.
12. Gallasch CH, Alexandre NMC and Amick III BC (2007). **Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Work Role Functioning Questionnaire to Brazilian Portuguese**. J Occup Rehabil **17**, 701-11.

13. Gallasch CH, Alexandre NMC and Esteves SCB (2015). **Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação de Desempenho no Trabalho em trabalhadores submetidos à radioterapia.** Rev enferm UERJ **23**, 817-24.
14. Feuerstein M, Hansen JA, Calvio LC, Johnson L and Ronquillo JG (2007). **Work productivity in brain tumor survivors.** J Occup Environ Med **49**, 803-11.
15. Hansen JA, Feuerstein M, Calvio LC and Olsen CH (2008). **Breast cancer survivors at work.** J Occup Environ Med **50**, 777-84.
7, 191-202.
16. Gallasch CH (2013). **Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho em trabalhadores portadores de neoplasia submetidos à radioterapia.** [Tese de Doutorado] Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
17. Mendes AMB (1995). **Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de B. Dejours.** Psicologia ciência e profissão **15**, 34-8.
18. Inada JF (2011). **Felicidade e mal-estar na civilização.** Revista digital AdVerbum **6**,: 74-88.
19. Hébert F (1996). **Les indicateurs de lésions em santé et sécurité au travail: analyses par secteur d'activité économique em 1991.** Montreal: Institut de recherche Robert-Sauvé em santé et sécurité au travail.
20. Groeneveld I, de Boer AGEM and Frings-Dresen MHW (2012). **A multidisciplinary intervention to facilitate return to work in cancer patients: intervention protocol and design of a feasibility study.** BMJ Open **2**, 1-7.
21. Brasil, Presidência da República, Casa Civil (2014). Lei nº 13.105. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o processamento de recursos no âmbito da Justiça do Trabalho, Brasil.
22. Brasil, Previdência social. Acesso em 02/02/2013. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>. Acesso em: 10 Jan 2017.

23. Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C and Seifart U (2012). **Reintegrating cancer patients into the workplace.** Dtsch Arztebl Int **109**, 102-8.
24. Simões JC (2008). **Princípios do estadiamento em oncologia** in Câncer estadiamento e tratamento Ed: Simões JC, Gama RR and Winheski MR (São Paulo: Lemar).
25. Silva LASR (2016). **Cirurgia oncológica: um grande desafio.** Rev Col Bras Cir **43**, 139-140.
26. Evers PD, Logan JE, Sills V (2014). **Karnofsky Performance tatus predicts overall survival, cancer-specific survival, and progression-free survival following radical cystectomy for urothelial carcinoma.** World J Urology **32**, 384-91.
27. Braithwaite D, Satariano WA, Sternfeld B, Hiatt RA, Ganz PA, Kerlikowske K, et. al (2010). **Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer.** J Caan JNCI **102**, 1468-77.
28. Doorenbos A, Given B, Given C and Verbitsky N (2006). **Physical functioning: effect of behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer.** Nurs Res **55**, 161-71.
29. Ruegg CS, Michel G, Wengenroth L, von der Wied NX, Bergstraesser E and Kuehni CE (2012). **Physical performance limitations in adolescent and adult survivors of childhoos cancer and their siblings.** PLoS One **7**, e47944.
30. Roelen CAM, Koopmans PC, Schellart AJM and van der Beek AJ (2011). **Resuming work after cancer: a prospective study of occupational register data.** J Occup Rehabil **21**,431
31. Tolo DA, Critchi G, Mangabeira A, Matsushita F, Riechelmann R, Hoff PM and Saad ED (2015). **Living better or living longer? Perceptions of patients and health care professionals in oncology.** ecancer **9**, 574.