



Universidade de Aveiro
2016

Departamento de Educação e Psicologia

**Andrea Victoria
Piñuel de Andrade**

**Capacidade para o trabalho, qualidade de vida e
fadiga em trabalhadores sobreviventes de cancro**



**Andrea Victoria
Piñuel de Andrade**

**Capacidade para o trabalho, qualidade de vida e
fadiga em trabalhadores sobreviventes de cancro**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Prof.^a Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
Professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

Prof.^a Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa da minha vida e o início de outra, igualmente importante. Esta só foi possível devido à cooperação de algumas pessoas, a quem deixo o meu sincero obrigado.

À Professora Doutora Sara Monteiro e à Doutora Ana Bárto, pela motivação na orientação, pelo empenho, pela paciência, pelo apoio e contínua disponibilidade, pela capacidade de estímulo, pela partilha de conhecimentos, pelas sugestões dadas e pelos comentários reflexivos, que me permitiram alargar os meus conhecimentos na área da investigação e ultrapassar muitos dos obstáculos encontrados ao longo do trabalho.

À equipa do Hospital Infante D. Pedro – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e Hospital São Sebastião – Centro Hospitalar entre o Douro e o Vouga, E.P.E, por me terem possibilitado o acesso à amostra e por me terem aberto as portas à investigação na área da psico-oncologia.

A todos os homens e mulheres que aceitaram despende o seu tempo e participar no presente estudo, um obrigado muito especial pela partilha das suas experiências e sentimentos, nem sempre fáceis. Sem a vossa ajuda a realização deste trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, Victoria e Delmar, por me terem possibilitado esta experiência, pelo vosso amor, esforço, paciência, incentivo e apoio incondicional e pelos melhores conselhos.

Aos meus amigos, por estarem sempre presentes e me terem apoiado incondicionalmente.

A todos vocês, aqui mencionados, desejo que tenham a firme certeza de que estou imensamente grata por fazerem parte deste ano e me terem ajudado a concretizar um dos meus maiores sonhos.

palavras-chave

sobreviventes de cancro, capacidade para o trabalho, qualidade de vida, fadiga, riscos psicossociais.

resumo

Uma parte significativa dos portugueses diagnosticados com cancro sobrevive 5 anos ou mais após o primeiro diagnóstico. A maioria dos sobreviventes de cancro afirma querer voltar ao trabalho após o tratamento, porém, nem todos são capazes de encontrar o seu caminho de regresso à rotina normal, uma vez que o processo de regresso é condicionado por problemas físicos, emocionais e ocupacionais que os mesmos apresentam. O presente estudo teve como objetivo principal avaliar as diferenças entre uma amostra de sobreviventes de cancro e uma amostra de indivíduos sem historial clínico de cancro, ao nível da capacidade para o trabalho, qualidade de vida e fadiga. A amostra incluiu 57 indivíduos sobreviventes de cancro colo retal, mama e estômago, e 57 indivíduos sem historial clínico de cancro, todos profissionalmente ativos. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e clínico, o Work Ability Index; o Copenhagen Psychosocial Questionnaire; o Functional Assessment of Cancer Therapy-General e o Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue. Os resultados sugerem que os sobreviventes de cancro reportaram menor capacidade para o trabalho, comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro. Igualmente, os sobreviventes de cancro reportaram pontuações inferiores comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro ao nível da qualidade de vida. No que se refere à fadiga, os sobreviventes apresentaram maiores níveis de fadiga comparativamente com a restante amostra. Por fim, observa-se que a fadiga parece diminuir com a idade e o número de filhos não se correlacionou com a fadiga. Este estudo colmata uma lacuna da investigação em Portugal, permitindo um maior conhecimento na área da psico-oncologia.

keywords

cancer survivors, work ability, quality of life, fatigue, psychosocial risks.

abstract

A significant part of the Portuguese diagnosed with cancer survive five years or more after the first diagnosis. Most cancer survivors claim they want to return to work after treatment, but not everyone is able to find their way back to normal routine since the return process is conditioned by physical, emotional and occupational problems that they present. This study aimed to evaluate the work ability, quality of life and fatigue of cancer survivors and compared to a sample of individuals with no medical history of cancer. The sample included 57 colorectal, breast and stomach cancer survivors, and 57 subjects with no medical history of cancer, all professionally active. The instruments used were the sociodemographic and clinical questionnaire, the Work Ability Index; the Copenhagen Psychosocial Questionnaire; the Functional Assessment of Cancer Therapy-General and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue. The results suggest that cancer survivors reported less work ability, compared to those with no history of cancer. Also, the cancer survivors reported lower scores compared to individuals with no cancer history in Quality of Life. The survivors had higher levels of fatigue compared with the remaining sample. Finally, it is observed that fatigue appears to increase with decreasing age and the number of children did not correlate with fatigue. This investigation fills a research void in Portugal, allowing better knowledge in the psycho-oncology study field.

Índice

Introdução	1
Metodologia	5
Participantes	5
Instrumentos	6
Procedimento.....	10
Resultados	11
Diferenças entre os grupos ao nível da capacidade para o trabalho e dos riscos psicossociais....	11
Diferenças entre os grupos ao nível da qualidade de vida e da fadiga	13
Relação entre a fadiga e variáveis sociodemográficas em sobreviventes de Cancro	14
Discussão	14
Referências Bibliográficas	21
Anexos	32

Introdução

O cancro constitui uma das principais causas de mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Torre et al., 2015), sendo uma doença mundialmente conhecida que afeta milhões de pessoas e cuja evolução no mundo ocorre, desde os últimos anos, a um ritmo acelerado (Coronha, Camilo & Ravasco, 2011; Haber, Ahmed & Pekovic, 2012). De acordo com a *International Agency for Research on Cancer*, em 2012, foram diagnosticados 14.1 milhões de novos casos de cancro a nível mundial, sendo que os cancros com maior incidência na população são o cancro do pulmão, mama, colo retal, próstata e estômago (Ferlay et al., 2015).

Em Portugal, 49.2 mil novos casos de cancro foram diagnosticados no ano de 2012, sendo que os cancros que surgem com maior frequência são o cancro colo retal, seguindo-se o cancro da próstata, da mama, do pulmão e do estômago (Ferlay et al., 2015). A incidência de cancro ocorre em todas as faixas etárias, contudo, com o avançar da idade, a incidência do mesmo aumenta substancialmente. Na população portuguesa, o cancro colo retal apresenta uma incidência estimada por 100.000 habitantes, de 138.3 em indivíduos entre os 60 e os 64 anos, de 94.7 em indivíduos entre os 55 e os 59 anos; de 57.6 em indivíduos entre os 50 e os 54 anos e de 31.0 entre os 45 e os 49 anos. Relativamente ao cancro da mama, a incidência estimada por 100.00 habitantes é de 192.0 entre os 60 e os 64 anos; de 190.9 entre os 55 e os 59; de 183.2 entre os 50 e os 54 anos; e de 153.0 entre os 45 e 49 anos. Por fim, no que concerne ao cancro do estômago, a incidência estimada por 100.000 habitantes é de 46.2 entre os 60 e os 64 anos; de 36.0 em indivíduos entre os 55 e os 59; de 27.0 entre os 50 e os 54 anos e de 17.0 entre os 45 e 49 anos (Ferlay et al., 2015).

Apesar de o cancro ser a principal causa de mortalidade na sociedade portuguesa, antes dos 70 anos de idade, na última década têm-se verificado progressos significativos na prevenção e tratamento do mesmo (Ministério da Saúde, 2011). Os avanços científicos e tecnológicos, a deteção precoce e o tratamento multimodal, permitiram um melhoramento significativo do prognóstico para muitos doentes de cancro (Mehnert, 2011a), prevendo-se que o número de sobreviventes continue a aumentar (Boer, 2014). Desta forma, uma parte significativa dos portugueses diagnosticados com cancro sobrevive 5 anos ou mais após o primeiro diagnóstico. Contudo, estar livre da doença não significa uma vida livre de problemas físicos, psicológicos e sociais, devido a vários sintomas e situações relacionados com o cancro e com o seu tratamento que permanecem ou surgem posteriormente (Aaronson et al., 2014).

O diagnóstico de cancro pode surgir em indivíduos que se encontram em idade laboral, quando a carreira e os aspetos profissionais desempenham um papel relevante nas suas vidas (Boer, 2014; Duijts et al., 2014; Mehnert, 2011a). Segundo a literatura, verifica-se um aumento dos sobreviventes de cancro que continuam a trabalhar durante o tratamento da doença ou regressam ao trabalho após o mesmo (Hoffman, 2005; Mehnert, 2011a; Short, Vasey & Tuncelli, 2005). O

estudo de Taskila & Lindbohm (2007) indica que entre 41% a 84% dos sobreviventes de cancro regressam ao trabalho após o tratamento, sugerindo grande motivação para manter ou regressar ao trabalho (Mehnert, 2011a). Deste modo, o regresso ao trabalho constitui para os sobreviventes de cancro um sinal de recuperação completa, associado a uma maior qualidade de vida, autoconceito, estatuto social e bem-estar geral (Amir, Neary & Luker, 2008; Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Mols, Thong, Vreugdenhil & Poll-Franse, 2009; Peteet, 2000).

Alguns fatores que influenciam positivamente o regresso laboral em sobreviventes de cancro são a capacidade do empregador permitir maior flexibilidade laboral, a existência de maior suporte social prestado pelos colegas de trabalho e a realização de trabalhos menos fatigantes (Mehnert, 2011a; Mehnert, 2011b).

Neste âmbito, constata-se um aumento da atenção por parte da comunidade científica para estudar o impacto do diagnóstico de cancro no regresso dos sobreviventes ao seu trabalho (Taskila, Martikainen, Hietanen & Lindbohm, 2007). O estudo de Taskila et al. (2007) refere que o diagnóstico de cancro não tem grande impacto sobre o emprego dos sobreviventes e que estes são capazes de voltar aos seus trabalhos com normalidade. Contudo, o processo de regresso ao trabalho em sobreviventes de cancro é dificultado devido a problemas crónicos que a doença acarreta (Aaronson et al., 2014; Boer, 2014). Os sobreviventes de cancro podem experienciar uma debilitação na saúde física e mental levando à diminuição da capacidade para o trabalho, a um elevado número de faltas por doença, a prejuízos na produtividade e à diminuição da qualidade de vida, sendo estas algumas das consequências mais graves nas pessoas que sobreviveram ao cancro que ainda se encontram em plena idade de trabalho (Duijts et al., 2014; Goetzel et al., 2004; Groeneveld, Boer & Frings-Dresen, 2012; Taskila et al., 2007).

São vários os autores que observam a existência de dificuldades em sobreviventes de cancro na fase de regresso ao trabalho, reportando menor qualidade de vida e capacidade para o trabalho diminuída comparativamente com uma população sem historial clínico de cancro (Boer, Taskila, Ojajarvi, Dijk, & Verbeek, 2009; Mehnert, 2011b; Roelen, Koopmans, Groothoff, Klink, & Bültmann, 2011). Ao nível dos aspetos sociodemográficos, verifica-se que os sobreviventes de cancro mais velhos e com baixo nível de escolaridade encontram-se menos capacitados e menos envolvidos no regresso ao trabalho (Mehnert, 2011a; Mehnert, 2011b). Neste sentido, a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho em sobreviventes encontra-se afetada devido à presença de alguns fatores psicológicos, físicos e sociais que podem surgir após os tratamentos e no regresso ao mundo laboral (Duijts et al., 2014; Pinto & Ribeiro, 2007).

Ao nível psicológico identificam-se preocupações relativas ao futuro, dor e morte; tristeza; sintomas de depressão, stresse pós-traumático; dificuldades em dormir; preocupação com a saúde; ansiedade aquando das consultas de rotina; incapacidade para fazer planos relativos ao futuro;

incerteza; vulnerabilidade; sentimento de sorte e gratidão; maior valorização da vida; e problemas cognitivos (Duijts et al., 2014; Pinto & Ribeiro, 2007).

Duijts *et al.* (2014) estabelecem as principais dificuldades relativas ao funcionamento cognitivo dos sobreviventes de cancro no local de trabalho, nomeadamente, diminuição da eficácia e da velocidade de trabalho, dificuldades em lidar com a quantidade de trabalho, aumento do stress, falta de concentração e dificuldade em lidar com o ruído, reduzindo assim as hipóteses de promoção ou de lhes serem atribuídos certos projetos.

No que concerne ao nível físico, identificam-se nos sobreviventes mudanças corporais (como por exemplo cicatrizes, amputação e desfiguramento), dificuldades cardiorrespiratórias, défice imunitário, linfodema, osteoporose e fraturas, dor, neuropatia e insensibilidade, menopausa precoce e sintomas de menopausa, incontinência, cancros secundários, disfunção sexual e mudanças na vida sexual, maior sensibilidade cutânea, fadiga persistente e subsequente decréscimo de energia, dificuldades em ficar sentado longos períodos de tempo, dificuldade em lidar com a perda de cabelo, dificuldade com o vestuário e com as próteses, desconforto físico geral e condições de comorbilidade (Duijts et al., 2014; Groeneveld et al., 2012; Pinto & Ribeiro, 2007; Taskila & Lindbohm, 2007; Weis, 2011).

Neste âmbito, um dos sintomas físicos mais debilitantes e comuns percebidos em sobreviventes oncológicos é a fadiga (Spelten et al., 2003). A fadiga é um problema com elevada prevalência em sobreviventes de cancro, variando entre os 22% e os 94% (Lee et al., 2008). Esta pode ser, ou não, secundária aos restantes sintomas provocados pelo cancro como as queixas físicas, depressão e problemas em dormir (Duijts et al., 2014; Spelten et al., 2003). Alguns autores relacionam a fadiga com fatores sociodemográficos e clínicos, tendo observado maiores níveis de fadiga em indivíduos jovens, do sexo feminino, profissionalmente ativos, com historial clínico de doença oncológica, em estágio de desenvolvimento do cancro avançado e que realizam tratamentos mais invasivos (Aaronson et al., 2014; Kim et al., 2008; Mehnert, 2011a).

Dando especial ênfase à fadiga relacionada com o cancro, observa-se que apesar de a fadiga ser uma experiência universal que geralmente desaparece após repouso, nos sobreviventes de cancro esta sensação persiste, tornando-se crónica, desagradável e afetando a capacidade da pessoa enfrentar o seu dia-a-dia. Assim, a convivência constante com este sintoma acarreta um significativo desgaste físico e emocional, capaz de afetar os níveis de bem-estar e de qualidade de vida, e de atingir a capacidade do indivíduo em gerir a doença (Koornstra, Peters, Donofrio, van den Borne & Jong, 2014; Minton & Stone, 2008; Schjolberg et al., 2014).

Na fase de regresso ao emprego, a fadiga encontra-se associada a uma menor produtividade no trabalho, diminuição da carga horária laboral, absentismo, aumento do número de pausas durante o horário laboral e diminuição do ritmo de trabalho, provocando um grande impacto no

funcionamento físico e psicossocial e na performance laboral dos sobreviventes (Aaronson et al., 2014; Duijts et al., 2014; Feuerstein, Hansen, Calvio, Johnson, & Ronquillo, 2007; Lee et al., 2008; Minton & Stone, 2008; Pryce, Munir & Haslam, 2007; Steiner et al., 2008). Deste modo, verifica-se que a fadiga contribui para uma diminuição da capacidade para o trabalho e diminuição da qualidade de vida em sobreviventes de cancro (Amir et al., 2008; Main, Nowels, Cavender, Etschmaier, & Steiner, 2005; Pinto & Ribeiro, 2007; Pinto & Ribeiro, 2006).

No que se refere ao nível social, nos sobreviventes de cancro identificam-se dificuldades no regresso à vida laboral; impacto financeiro significativo; preocupações socioeconómicas; alterações das relações sociais; discriminação; relação difícil com os colegas de trabalho; afrontamentos; sentimentos de vergonha; redução da confiança; diminuição da autoestima; isolamento; diminuição da motivação e da tolerância; sentimentos de incompreensão e falta de apoio por parte dos empregadores e colegas de trabalho para com os sobreviventes (Duijts et al., 2014; Grunfeld & Cooper, 2012; Pinto & Ribeiro, 2007). Para além disso, observa-se um sentimento paradoxal por parte dos sobreviventes ao quererem ser tratados com normalidade e, ao mesmo tempo, sentirem necessidade de ter um apoio acrescido, provocando por vezes, nos empregadores e colegas de trabalho, dificuldades em encontrar um equilíbrio (Duijts et al., 2014; Shim et al., 2016). Em fase de regresso ao trabalho observam-se ainda problemas relacionados com as estratégias de *coping* necessárias para voltar ao ambiente laboral e dificuldades em lidar com as exigências do trabalho (Duijts et al., 2014;).

Em síntese, observa-se que a maioria dos sobreviventes de cancro afirma querer voltar ao trabalho após o tratamento, porém, nem todos são capazes de encontrar o seu caminho de regresso à rotina normal, uma vez que o processo de regresso é condicionado por problemas físicos, emocionais e ocupacionais que os mesmos apresentam (Aaronson et al., 2014; Amir et al., 2008; Boer, 2014; Taskila & Lindbohm, 2007).

A atenção prestada por parte da comunidade científica aos sobreviventes do cancro que regressam ao mundo do trabalho, bem como aos efeitos a longo prazo da doença e às dificuldades que os sobreviventes enfrentam no local de trabalho, tem sido limitada (Duijts et al., 2014). Considerando a falta de estudos em Portugal sobre a capacidade para o trabalho, qualidade de vida e fadiga em sobreviventes de cancro a exercer uma atividade laboral, o presente estudo teve como objetivo principal avaliar as diferenças entre uma amostra de sobreviventes de cancro e uma amostra de indivíduos sem historial clínico de cancro, ao nível da capacidade para o trabalho, qualidade de vida e fadiga. Deste modo, o estudo teve como objetivos específicos: (i) avaliar a capacidade para o trabalho nos sobreviventes de cancro comparativamente com indivíduos sem historial de diagnóstico de cancro; (ii) avaliar os fatores de risco psicossocial no trabalho em sobreviventes de cancro comparativamente com indivíduos sem historial de diagnóstico de cancro;

(iii) analisar a qualidade de vida de trabalhadores sobreviventes de cancro, comparativamente com indivíduos sem historial de cancro; (iv) avaliar os níveis de fadiga em indivíduos sobreviventes de cancro, comparativamente com indivíduos sem historial de cancro; (v) explorar a relação entre a fadiga e as variáveis sociodemográficas (idade e número de filhos) na amostra de sobreviventes de cancro.

Metodologia

Participantes

O estudo incluiu 114 participantes, 90 do sexo feminino (78.90%) e 24 do sexo masculino (21.10%), com média de idades de 51.05 anos (DP =6.23). A participação dos indivíduos foi voluntária e os critérios de inclusão foram (i) ter idade superior a 18 anos; (ii) estarem profissionalmente ativos; (iii) sem diagnóstico psicopatológico; (iv) sem historial de consumo de substâncias; (v) não diagnosticados com múltiplos tipos de cancro. Os participantes foram divididos em dois grupos, em função de presença ou ausência de historial clínico de cancro.

O grupo de sobreviventes de cancro incluiu 57 indivíduos (50.00%), com tipo de cancro colo retal (22.80%), mama (61.40%) e estômago (15.80%), sendo que 12 eram do sexo masculino (21.10%) e 45 do sexo feminino (78.90%), com média de idades de 51.14 anos (Min=33; Max=63; DP = 6.84). Relativamente ao estado civil a maioria era casada (80.70%), apresentando predominantemente o 3º ciclo de escolaridade (36.80%). Quanto às exigências profissionais do grupo, estas foram principalmente físicas (54.40%). A maioria dos indivíduos encontrava-se em processo de tratamento concluído há mais de cinco anos (63.20%), todos profissionalmente ativos (Tabela 1, 2 e 3).

O grupo sem historial clínico de cancro incluiu 57 indivíduos (50.00%), todos profissionalmente ativos, sendo que 12 (21.10%) eram do sexo masculino e 45 (78.90%) do sexo feminino, com média de idades de 50.96 anos (Min=35; Max=61; DP = 5.61). Relativamente ao estado civil a maioria da amostra era casada (71.90%). No que concerne às habilitações literárias a maioria apresentou o 3º ciclo de escolaridade (33.30%). As exigências profissionais relatadas pelo grupo foram principalmente físicas (57.90%) (Tabela 1, 2 e 3).

Os grupos apresentaram-se idênticos/equivalentes uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível de nenhuma das variáveis sociodemográficas (Tabela 1, 2 e 3).

Tabela 1. *Características sociodemográficas (variáveis contínuas)*

	Grupo de sobreviventes de cancro (GE) n=57			Grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro (GC) n=57			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
	Idade	51.14	52.00	6.84	50.96	52.00		
Nº de filhos	1.65	2.00	0.86	1.67	2.00	0.55	1600.50	.875

U: Teste de Mann-Whitney

Tabela 2. *Características sociodemográficas e clínicas (variáveis categoriais)*

	Grupo de sobreviventes de cancro (GE) n=57		Grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro (GC) n=57		χ^2	p
	n	%	n	%		
	Sexo					
Masculino	12	(21.10)	12	(21.10)	-	-
Feminino	45	(78.90)	45	(78.90)		
Estado Civil						
Solteiro	4	(7.00)	9	(15.80)		
Casado	46	(80.70)	41	(71.90)	2.320	.520
Divorciado	5	(8.80)	5	(8.80)		
Viúvo	2	(3.50)	2	(3.50)		
Nível de escolaridade						
1º ciclo	7	(12.30)	8	(14.00)		
2º ciclo	17	(29.80)	18	(31.60)		
3º ciclo	21	(36.80)	19	(33.30)	0.373	.987
Secundário	7	(12.30)	8	(14.00)		
Licenciatura/ Mestrado	5	(8.80)	4	(7.00)		
Apoio familiar						
Sim	55	(96.50)	56	(98.20)	0.342	1.000
Não	2	(3.50)	1	(1.80)		
Tipo de cancro						
Sem cancro	-	-	57	(100.00)	-	

Colo retal	13	(22.80)	-	-	-	-
Estômago	9	(15.80)	-	-	-	-
Mama	35	(61.40)	-	-	-	-
Tempo decorrido do diagnóstico						
Não aplicável	-	-	57	(100.00)	-	-
2 ou mais anos	4	(7.00)	-	-	-	-
3 ou mais anos	13	(22.80)	-	-	-	-
4 ou mais anos	4	(7.00)	-	-	-	-
5 ou mais anos	36	(63.20)	-	-	-	-
Tipo de tratamento						
Não aplicável	-	-	57	(100.00)	-	-
Quimioterapia	3	(5.30)	-	-	-	-
Radioterapia e Quimioterapia	5	(8.80)	-	-	-	-
Cirurgia	5	(8.80)	-	-	-	-
Radioterapia, Quimioterapia e Cirurgia	17	(29.80)	-	-	-	-
Cirurgia e Quimioterapia	25	(43.90)	-	-	-	-
Cirurgia e Radioterapia	2	(3.50)	-	-	-	-
Estádio da doença						
Não aplicável	-	-	57	(100.00)	-	-
Estádio 1	4	(7.00)	-	-	-	-
Estádio 2	30	(52.60)	-	-	-	-
Estádio 3	21	(36.80)	-	-	-	-
Estádio 4	2	(3.50)	-	-	-	-

n: tamanho da amostra; %: percentagem; χ^2 – Teste do Qui-Quadrado/ Teste Exato de Fischer

Tabela 3. Características relacionadas com o trabalho (variáveis categoriais)

	Grupo de sobreviventes de cancro (GE) n=57		Grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro (GC) n=57		χ^2	p
	n	%	n	%		
Exigências profissionais						
Física	31	(54.40)	33	(57.90)		
Mental	10	(17.50)	11	(19.30)	0.420	.872

Ambas	16	(28.10)	13	(22.80)		
Paragem do trabalho						
Não aplicável	-	-	57	(100.00)	-	-
Sim	44	(77.20)	-	-		
Não	13	(22.80)	-	-		
Manutenção do trabalho						
Não aplicável	6	(10.50)	57	(100.00)	-	-
Sim	45	(78.90)				
Não	6	(10.50)				
Dificuldades no trabalho						
Sim	25	(43.90)	22	(38.60)	0.326	.704
Não	32	(56.10)	35	(61.40)		

n: tamanho da amostra; %: percentagem; χ^2 – Teste do Qui-Quadrado/ Teste Exato de Fischer

Instrumentos

Os instrumentos de avaliação utilizados foram: um questionário sociodemográfico e clínico, o *Work Ability Index* (WAI); o *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ); o *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G) e o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue* (FACIT-F).

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica foi desenvolvido para este estudo. De entre as variáveis sociodemográficas destacam-se a idade, o sexo, as habilitações literárias, a profissão, o estado civil, o número de filhos, as dificuldades sentidas no local de trabalho e o apoio familiar. As variáveis clínicas estudadas foram o tipo de cancro, o tempo decorrido desde o diagnóstico de cancro, o estágio da doença, o tipo de tratamento realizado, a data de regresso ao trabalho após o tratamento e se houve manutenção da atividade laboral.

O *Work Ability Index* (WAI) é um instrumento de avaliação da capacidade para o trabalho, desenvolvido por Ilmarinen, Tuomi, & Seitsamo (2005). Este é um instrumento multidimensional que engloba escalas acerca das exigências físicas e mentais do trabalho, do estado de saúde do trabalhador e dos seus recursos. É constituído por 7 itens que indicam, sinteticamente, a estimativa da capacidade para o trabalho atual em comparação com a melhor capacidade registada ao longo da vida; a capacidade para o trabalho atual em relação às exigências físicas e mentais do trabalho; o número de doenças diagnosticadas por um médico; a estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doença; o absentismo registado por doença no último ano; o prognóstico individual sobre a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos; a autoavaliação dos recursos

psicológicos. A pontuação do WAI varia entre 7 e 49 pontos, sendo que valores baixos indicam “fraca capacidade para o trabalho” e valores elevados indicam “excelente capacidade para o trabalho”. A versão original do instrumento apresenta uma consistência interna elevada, com um valor de alfa de *Cronbach* de .83 (Finnish Institute of Occupational Health, 2014; Ilmarinen et al., 2005; Tuomi, Ilmarinen, Jahkola, Katajarinne & Tulkki, 1998). O instrumento encontra-se aferido e adaptado para a população portuguesa por Silva et al. (2000), no âmbito de um projeto de investigação (PTDC/SAU/ESA/66163/2006), revelando boas características psicométricas com índices de consistência interna adequados, obtendo o valor de alfa de *Cronbach* de .79 (Silva et al., 2000). Por fim, no presente estudo, o instrumento apresentou um alfa de *Cronbach* de .55.

O *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) foi originalmente desenvolvido por Kristensen (2002) para avaliar os fatores de risco psicossocial no trabalho e o impacto do mesmo na saúde e no bem-estar do trabalhador, englobando uma avaliação das exigências laborais; da organização do trabalho e conteúdo; das relações sociais e liderança; da interface trabalho-indivíduo; dos valores no local de trabalho; da personalidade; da saúde e bem-estar; e dos comportamentos ofensivos. Apresenta 3 versões, a longa, a média e a curta. No presente estudo será utilizada a versão média por ser a versão sugerida para fins de investigação. Esta versão compreende 28 dimensões e 76 itens, apresentados por uma escala tipo *Likert* de 5 pontos. A escala original na versão média apresentou um alfa de *Cronbach* com valores compreendidos entre .64 e .85 (Kristensen, Hannerz, Hogh & Borg, 2005; NRCWE, 2014). O instrumento encontra-se adaptado para a população portuguesa por Silva et al. (2012), apresentando boas características psicométricas, com valores de alfa de *Cronbach* situados entre os .60 e os .90 (Ramos, 2014; Silva et al., 2012). No presente estudo, o instrumento global apresentou um alfa de *Cronbach* de .74.

O *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G) avalia a qualidade de vida em pacientes oncológicos, sendo constituído por 27 itens que se organizam em 4 domínios: bem-estar físico (7 itens); bem-estar funcional (7 itens); bem-estar social/familiar (7 itens) e bem-estar emocional (6 itens). As questões apresentam-se com o formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos. Os valores de cada uma das quatro subescalas podem ser somados, podendo ainda obter-se o valor global de qualidade de vida. Assim, valores mais elevados correspondem a melhor qualidade de vida nas suas diversas dimensões (Cella, 1997). Esta escala foi originalmente desenvolvida por Cella et al. (1993), cumprindo todas as exigências para utilização em estudos clínicos de oncologia e apresentando boas características psicométricas no que concerne à validade e fidelidade da escala total e das subescalas que o constituem. O instrumento está traduzido para a língua portuguesa pela organização Organização *Functional Assessment of Cancer Therapy Organization* (Eremenco, Cella & Arnold, 2005) e validado e adaptado para a população portuguesa por Pereira & Santos (2011). Desta forma, apresenta boas características psicométricas, com um coeficiente de

consistência interna global de .91, mais elevado relativamente ao valor encontrado na validação da versão original (.89), e com boa fidelidade teste-reteste com r de .99 (Pereira & Santos, 2011). No presente estudo, a escala total apresentou uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de .88.

O *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue* (FACIT-F) é uma subescala do FACT-G constituída por 13 itens de autorresposta relacionados com a fadiga, procurando avaliar o impacto físico da fadiga nas atividades da vida diária do indivíduo e obtendo a perceção da fadiga do próprio indivíduo. A escala apresenta-se sob o formato de escala tipo *Likert* de 5 pontos, podendo variar entre os 0 pontos e os 52 pontos, sendo que quanto maior é a pontuação, menores são os níveis de fadiga e maior será a qualidade de vida do paciente. A subescala da fadiga pode ser utilizada em doentes oncológicos, sobreviventes de cancro e população em geral (Yellen, Cella, Webster, Blendowski & Kaplan, 1997). A versão original da FACIT-F pode ser aplicada isoladamente, independente do resto da bateria de instrumentos da FACT, apresentando propriedades psicométricas robustas. Assim, a subescala original é fiável e válida na medição da fadiga, demonstrando uma boa confiança no teste-reteste (0.90) e boa consistência interna (0.93-0.95) (Minton & Stone, 2009; Yellen et al., 1997). O estudo de Ishikawa et al. (2008) refere que a versão traduzida para português da subescala da fadiga apresenta boas características de reprodutibilidade através do teste-reteste em pacientes com diferentes tipos de diagnóstico de cancro. No presente estudo esta subescala apresentou uma boa consistência interna com um alfa de *Cronbach* de .91.

Procedimento

O estudo inclui-se num projeto de investigação abrangente que decorreu no Hospital Infante D. Pedro – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e no Hospital São Sebastião – Centro Hospitalar entre o Douro e o Vouga, E.P.E., com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, a qualidade de vida, a fadiga e o desempenho cognitivo de sobrevivente de cancro comparativamente com indivíduos sem historial de cancro. Inicialmente solicitou-se autorização ao diretor executivo e à Comissão de Ética dos Centros Hospitalares. Os participantes foram contactados pelos médicos dos serviços hospitalares para uma entrevista individual. Na entrevista foi explicado o estudo, confirmado o cumprimento dos critérios de inclusão para a participação no mesmo e fornecido o consentimento informado para a participação voluntária. Nesta entrevista foi recolhida informação sociodemográfica e clínica através dos instrumentos supramencionados.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do *Statistical Package for Social Sciences*, versão 23.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Os dados foram sujeitos a análises descritivas e inferenciais. Recorreu-se ao teste de Shapiro-Wilk para averiguar a distribuição da amostra. As

análises realizadas utilizaram estatísticas não paramétricas, tendo em conta as características da amostra. Utilizaram-se os testes de Qui-Quadrado (χ^2) e o Teste Exato de Fischer para a avaliação das diferenças entre as variáveis sociodemográficas categoriais dos dois grupos estudados e o de Mann-Whitney (U) para as características contínuas. Mediante uma distribuição não normal, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (U) para amostras independentes. A correção de Bonferroni foi aplicada, de forma a diminuir o erro de tipo I (Martins, 2011). Foram ainda efetuadas análises correlacionais com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman rho para avaliar a existência de relações entre algumas variáveis sociodemográficas e fatores psicológicos em análise (fadiga). O tamanho do efeito foi ainda calculado assumindo os valores .1, .3 e .5 respetivamente como efeito pequeno, médio e grande (Field, 2009).

Nesta investigação teve-se em consideração as indicações da *American Psychological Association* (APA, 2010) e do código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Regulamento n.º 258/2011 de 20 de Abril de 2011) para o tratamento ético dos participantes.

Resultados

Diferenças entre os grupos ao nível da capacidade para o trabalho e dos riscos psicossociais

Os resultados sugerem que os sobreviventes de cancro reportaram um grau de capacidade para o trabalho significativamente inferior, comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro (Tabela 4).

No que diz respeito aos riscos psicossociais, observou-se que os sobreviventes de cancro reportaram pontuações significativamente superiores comparativamente com indivíduos sem historial de cancro, ao nível da carga laboral e produtividade no local de trabalho, conflito trabalho-família, problemas de saúde geral, problemas em dormir e sintomas depressivos. Para além disso, os sobreviventes apresentaram pontuações significativamente inferiores comparativamente com indivíduos sem historial de cancro, no que concerne ao significado atribuído ao local trabalho, à previsibilidade laboral, às recompensas no trabalho, à qualidade de liderança por parte da chefia no trabalho, à perceção de apoio social de colegas, à perceção de comunidade social no trabalho, à perceção de justiça e respeito no local de trabalho, à autoeficácia do individuo e à satisfação e envolvimento laboral (Tabela 4).

Tabela 4. Diferenças entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível da capacidade para o trabalho e ao nível dos riscos psicossociais.

	Grupo de sobreviventes de cancro n= 57			Grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro n= 57			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
	Capacidade para o trabalho	36.09	36.00	7.02	44.12	42.50		
Riscos Psicossociais								
Exigências Quantitativas	2.39	2.33	0.81	1.69	1.67	0.56	809.50	.000*
Ritmo de Trabalho	2.88	3.00	1.35	2.75	3.00	1.21	1514.50	.519
Exigências Cognitivas	3.49	3.33	0.84	3.14	3.00	0.89	1245.50	.031
Exigências Emocionais	3.75	4.00	0.87	3.72	4.00	1.06	1595.00	.855
Influência no trabalho	2.23	2.25	0.94	2.26	2.00	0.97	1614.50	.955
Possibilidade de Desenvolvimento	3.67	3.67	0.76	4.06	4.00	0.59	1080.50	.002
Previsibilidade	3.53	3.50	0.97	4.07	4.00	0.57	1015.00	.000*
Transparência no papel laboral desempenhado	4.74	5.00	0.36	4.87	5.00	0.27	1249.00	.013
Recompensas	4.08	4.00	0.53	4.39	4.33	0.47	1057.00	.001*
Conflitos Laborais	2.30	2.33	0.88	1.95	1.67	0.68	1248.50	.032
Apoio Social de Colegas	3.14	3.00	0.68	3.66	3.33	0.66	968.50	.000
Apoio Social de Superiores	2.74	3.00	0.87	3.09	3.00	0.80	1259.50	.037
Comunidade Social no Trabalho	3.88	4.00	0.75	4.34	4.33	0.53	1041.50	.001*
Qualidade da Liderança	3.45	3.50	0.88	4.02	4.00	0.48	837.00	.000*
Confiança Horizontal	2.15	2.00	0.84	1.81	2.00	0.51	1311.50	.074
Confiança Vertical	3.98	4.00	0.59	4.21	4.00	0.57	1253.50	.031
Justiça e Respeito	3.85	4.00	0.76	4.30	4.33	0.45	987.00	.000*
Autoeficácia	4.25	4.00	0.54	4.65	5.00	0.45	989.50	.000*
Significado do Trabalho	4.42	4.33	0.51	4.84	5.00	0.30	844.50	.000*
Compromisso face ao local de trabalho	3.76	4.00	1.00	4.18	4.00	0.65	1273.00	.040
Satisfação Laboral	3.95	4.00	0.56	4.46	4.50	0.51	827.50	.000*

Insegurança Laboral	2.79	3.00	1.42	2.14	2.00	0.95	1198.50	.013
Saúde Geral	3.74	4.00	0.48	3.18	3.00	0.38	736.00	.000*
Conflito Trabalho/Família	2.53	2.33	0.87	1.72	1.67	0.67	764.00	.000*
Problemas em Dormir	1.84	1.50	1.08	1.30	1.00	0.57	1096.00	.001*
<i>Burnout</i>	1.61	1.00	0.94	1.11	1.00	0.33	1191.00	.002
Stresse	1.59	1.00	1.00	1.20	1.00	0.34	1353.00	.075
Sintomas Depressivos	1.31	1.00	0.68	1.02	1.00	0.09	1218.50	.000*
Comportamentos Ofensivos	1.01	1.00	0.07	1.00	1.00	0.00	1567.50	.155

U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade; *p<.002 com correção Bonferroni

Diferenças entre os grupos ao nível da qualidade de vida e da fadiga

Os sobreviventes de cancro reportaram pontuações significativamente inferiores comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro ao nível da qualidade de vida total. Relativamente às subescalas da qualidade de vida, os sobreviventes de cancro apresentaram pontuações significativamente inferiores comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro nas subescalas bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar emocional/psicológico e bem-estar funcional (Tabela 5).

No que se refere à fadiga total, foi possível observar que os sobreviventes de cancro reportaram pontuações significativamente piores de fadiga em relação aos indivíduos sem historial de cancro, o que revela que os sobreviventes apresentaram maiores níveis de fadiga comparativamente com a restante amostra (Tabela 5).

Tabela 5. Diferenças entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível da qualidade de vida e ao nível da fadiga.

	Grupo de sobreviventes de cancro n= 57			Grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro n= 57			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
	Qualidade de Vida Total	82.14	82.00	8.01	94.81	94.00		
Bem-Estar Físico	23.02	24.00	3.43	27.42	28.00	0.73	176.50	.000**
Bem-Estar	20.11	20.00	3.56	22.39	21.00	2.58	945.00	.000**

Social/Familiar								
Bem-Estar	19.67	20.00	2.09	22.72	23.00	0.65	254.00	.000**
Emocional/Psicológico								
Bem-Estar Funcional	19.35	19.00	2.35	22.28	23.00	2.26	591.00	.000**
Fadiga Total	41.82	43.00	6.20	50.42	51.00	1.72	106.00	.000*

U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade; *p<0.01; **com correção Bonferroni

Relação entre a fadiga e variáveis sociodemográficas em sobreviventes de Cancro

Os resultados mostram que existe uma associação negativa moderada entre a fadiga e a idade dos participantes sobreviventes de cancro ($r_s = -.262$, $p = .049$). A fadiga parece aumentar com a diminuição da idade. O número de filhos não se correlacionou significativamente com a fadiga ($r_s = .122$, $p = .367$).

Discussão

A presente investigação focou a avaliação das diferenças entre uma amostra de sobreviventes de cancro e uma amostra de indivíduos sem historial clínico de cancro, ao nível da capacidade para o trabalho, dos fatores de risco psicossocial, da qualidade de vida e da fadiga.

Segundo a literatura, o cancro colo retal, da próstata, da mama, do pulmão e do estômago são os tipos de cancro mais prevalentes em homens e mulheres em Portugal (Ferlay et al., 2015). O atual estudo foi constituído por uma amostra de indivíduos sobreviventes de cancro colo retal, da mama e do estômago e uma amostra de indivíduos sem historial clínico de cancro, sendo a amostra total maioritariamente do sexo feminino e todos profissionalmente ativos.

Os resultados do estudo constituem uma evidência de que a capacidade para o trabalho em sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro é diferenciada, encontrando-se diferenças ao comparar ambas populações. Os sobreviventes de cancro parecem evidenciar piores resultados ao nível da capacidade para o trabalho. Estes dados são consistentes com os resultados obtidos na amostra de Mehnert (2011a), Munir, Yarker & McDermott (2009) e Torp, Nielsen, Gudbergsson & Dahl (2012) e são ainda congruentes com os estudos de Ahn et al. (2009) e de Gudbergsson, Fossa & Dahl (2008). No estudo de Torp, Gudbergsson, Dahl, Fossa & Flotten (2011) verificou-se que 31% dos sobreviventes de cancro relataram uma redução da capacidade para o trabalho ao nível físico e 23% relataram uma redução da capacidade para o trabalho ao nível mental. Concomitantemente são vários os autores que observam que os sobreviventes de cancro da mama, colo retal e do estômago reportam menor produtividade laboral, diminuição da capacidade para o trabalho em termos físicos e mentais e necessidade de um horário reduzido de trabalho, o

que corrobora os resultados obtidos na amostra do presente estudo (Bradley, Neumark, Luo & Schenk, 2007; Gudbergsson, Fossa, Borgerass & Dahl, 2006; Lee et al., 2008; Short, Vasey & Moran, 2008; Yabroff, Lawrence, Clauser, Davis & Brown, 2004). Os resultados não são surpreendentes uma vez que o cancro constitui um acontecimento de vida adverso que pode desencadear uma sucessão de dificuldades psicológicas, físicas e funcionais que provocam impacto em todos os contextos da vida do indivíduo, influenciando negativamente o contexto profissional e a capacidade para o trabalho dos mesmos (Aaronson et al., 2014; Duijts et al., 2014; Mehnert, Boer & Feuerstein, 2013). Por outro lado, o estudo de Taskila et al. (2007) observou que os sobreviventes de cancro comparativamente com indivíduos sem historial clínico de cancro não diferiram ao nível da capacidade para o trabalho, deste modo, os sobreviventes regressam ao trabalho com normalidade, não existindo impacto sobre o emprego. Estas divergências nos resultados encontrados podem ser explicadas através de variáveis que interferem com a capacidade para o trabalho demonstrada, tais como o género, a idade, o tipo de cancro e o tipo de tratamento realizado (Cooper, Hankins, Rixon, Eaton & Grunfled, 2013; Hofman, Ryan, Figueroa-Moseley, Jean-Pierre & Morrow, 2007; Mehnert, 2011b; Rugulies et al., 2010).

Ao nível dos riscos psicossociais, e em congruência com o que alguns estudos sugerem (Aaronson et al., 2014; Mitchell et al., 2011; Pachman, Barton, Swetz & Loprinzi, 2012), existem diferenças significativas entre as amostras, isto é, os sobreviventes de cancro apresentaram mais fatores de risco psicossocial no local de trabalho comparativamente com indivíduos sem historial clínico de cancro. Assim, os sobreviventes reportaram maior dificuldade em lidar com a carga laboral (Main et al., 2005) e mais problemas de saúde geral (Duijts et al., 2014; Pinto & Ribeiro, 2007). Os estudos ao nível destas variáveis corroboram os resultados obtidos, verificando-se que sobreviventes de cancro da mama reportaram dificuldades em lidar com as exigências do trabalho, evidenciando menor produtividade no trabalho comparativamente com mulheres sem historial de cancro e apresentaram uma redução média na produtividade de duas horas e meia no trabalho, no período de duas semanas (Hansen, Feuerstein, Calvio & Olsen, 2008; Mehnert et al., 2013). Consistentemente, o estudo de Yabroff et al. (2004) sugere que os sobreviventes de cancro apresentaram maior dificuldade na realização do trabalho, menor produtividade e eram mais propensos a descrever a sua saúde geral como razoável ou pobre comparativamente com indivíduos sem historial de cancro. Deste modo, os resultados da presente investigação eram previstos, uma vez que os sobreviventes apresentam dificuldades de natureza física, psicológica e social que provocam impacto significativo no desempenho laboral e na saúde dos sobreviventes (Aaronson et al., 2014).

A literatura sugere que uma percentagem significativa de sobreviventes de cancro profissionalmente ativos apresenta problemas físicos e psicológicos tais como fadiga, humor

deprimido, dor e insónia (Duijts et al., 2014; Pachman et al., 2012). Os resultados apontam que os sobreviventes reportaram mais problemas em dormir (Main et al., 2005; Pachman et al., 2012) e mais sintomas depressivos comparativamente com indivíduos sem historial de cancro (Burton, Fanciullo, Beasley & Fisch, 2007; Carlson, Clifford, Groff, Maciejewski & Bultz, 2010; Dalton, Laursen, Ross, Mortensen & Johanson, 2009; Pinto & Ribeiro, 2007). Estes resultados, juntamente com os resultados atuais, foram encontrados em diferentes estudos. No estudo de Kim et al. (2008), verificou-se que 24,9% dos sobreviventes de cancro reportaram sintomatologia depressiva moderada a grave. O estudo de Feuerstein et al. (2007) indicou que os sobreviventes de cancro apresentavam níveis elevados de sintomatologia depressiva, fadiga e pior qualidade do sono. Estes resultados eram expectáveis, uma vez que as evidências científicas indicam que o cancro afeta profundamente o equilíbrio emocional dos pacientes, implicando uma elevada incidência de morbilidades psicológicas derivado das dificuldades de adaptação a esta fase e um comprometimento da qualidade de vida (Moreira, Silva & Canavarro, 2008; Pinto & Ribeiro, 2007).

A perceção de existência de uma comunidade social no local de trabalho, assim como o apoio social de colegas encontraram-se diferenciados entre ambas amostras, isto é, os sobreviventes de cancro reportaram sentir menor suporte social por parte dos colegas de trabalho comparativamente com indivíduos sem historial de cancro, sendo este dado congruente com a literatura (Berg, Elders, Zwart & Burdorf, 2009; Duijts et al., 2014; Pinto & Ribeiro, 2007; Spelten, Sprangers & Verbeek, 2002; Taskila & Lindbohm, 2007; Torp et al., 2012). O estudo de Yarker, Munir, Bains, Kalawsky & Haslam (2010) revelou que os sobreviventes de cancro reportam problemas na relação com os colegas e empregadores e falta de suporte no regresso ao trabalho, afirmando que os empregadores e colegas não reconhecem ou compreendem o impacto dos efeitos tardios do tratamento no trabalho. Assim, os resultados ao nível destas variáveis podem dever-se à falta de conhecimento por parte dos colegas de trabalho acerca dos sintomas e das dificuldades que um sobrevivente de cancro pode apresentar, influenciando o modo de comportamento em relação aos mesmos (Duijts et al., 2014).

Os resultados parecem ainda indicar que os sobreviventes de cancro, quando comparados com indivíduos sem historial de cancro relataram ter uma menor previsibilidade quanto às questões laborais, uma qualidade de liderança inferior por parte da sua chefia; referiram ser menos reconhecidos, apreciados e respeitados pela gerência e reportaram sentir-se sujeitos a menos situações de justiça e respeito no trabalho. O resultado ao nível destes fatores psicossociais constitui um dado inovador na investigação uma vez que globalmente, os estudos efetuados neste contexto não se centram neste tipo de dimensões psicossociais. Uma possível explicação para estes resultados é que os sobreviventes quando regressam ao trabalho sentem que devem ter um suporte

acrescido e maior flexibilidade laboral devido a todo o processo de cancro e às dificuldades que os mesmos apresentam, o que não se verifica nos postos de trabalho, podendo levar a uma perceção de má qualidade de liderança da chefia e a sentimentos de menor reconhecimento, apreço e respeito por parte da gerência e colegas de trabalho para com os sobreviventes. Posto isto, sugere-se a realização de estudos que se debrucem sobre estas variáveis em sobreviventes de cancro.

Alguns autores referem que o regresso ao trabalho se relaciona positivamente com um maior autoconceito, identidade pessoal e satisfação com a vida em sobreviventes de cancro (Amir, et al., 2008; Mellon et al., 2006; Mols et al., 2009; Peteet, 2000). No estudo de Gudbergsson et al. (2008) não se verificaram diferenças entre as amostras ao nível da satisfação, motivação e envolvimento laboral. Porém, os resultados do presente estudo sugerem que os sobreviventes reportam maior impacto ao nível da autoeficácia (Rogers, McAuley, Courneya & Verhulst, 2008), menor satisfação laboral (Seifart, Bohnenkamp & Jackisch, 2016), menor motivação e envolvimento laboral e maior dificuldade na gestão entre o trabalho e a família (Stergiou-Kita et al., 2014) comparativamente com indivíduos sem historial de cancro (Hakanen & Lindbohm, 2008). O estudo de Maunsell, Brisson, Dubois, Lauzier & Fraser (1999) observou que sobreviventes de cancro da mama relataram experienciar alterações indesejadas nas suas funções no local de trabalho, mudanças na relação com colegas de trabalho e empregadores e mudanças ao nível dos sentimentos sobre a importância e significado do trabalho. Outros estudos indicam que o diagnóstico de cancro influencia a prioridade que o sobrevivente de cancro concede ao trabalho em relação a outros aspetos da vida tais como a família, os amigos e a saúde, para além disso, os sobreviventes reportam uma diminuição da satisfação no trabalho e diminuição das perspetivas de carreira (Amir, Moran, Walsh, Iddenden & Luker, 2007; Mehnert et al., 2013). Tendo em consideração o que os estudos revelam ao nível destes fatores psicossociais, os resultados obtidos no que concerne à satisfação, à motivação no trabalho e à gestão entre o trabalho e a família eram esperados. Adicionalmente constata-se que as exigências principais no trabalho da presente amostra são maioritariamente físicas, podendo influenciar negativamente a motivação, desempenho e envolvimento laboral nos sobreviventes de cancro, dadas as dificuldades que esta população apresenta em termos físicos.

No que se refere à avaliação da qualidade de vida dos sobreviventes de cancro, a investigação tem evidenciado resultados pouco consensuais. Alguns estudos referem que os sobreviventes de cancro apresentam pontuações superiores ou iguais comparativamente com o grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro ao nível da qualidade de vida (Ganz et al., 2002; Harrison et al., 2011; Helgeson & Tomich, 2005; Hodgkinson et al., 2007; Joly et al., 2002; Tomich & Helgeson, 2002). Por sua vez, outros estudos apontam que os sobreviventes de cancro apresentam piores resultados na qualidade de vida quando comparados com o grupo de indivíduos

sem diagnóstico de cancro (Duijts et al., 2014; Holzner et al., 2001; Kluthcovsky, 2012; Mehnert & Koch, 2008; Pinto & Ribeiro, 2007; Trentham-Dietz et al., 2008). No presente estudo, o grupo de sobreviventes de cancro diferiu significativamente do grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro ao nível da qualidade de vida geral, sendo que os sobreviventes apresentaram pior qualidade de vida quando comparados com o grupo de indivíduos sem historial de cancro. Estes resultados podem também ser observados no estudo de Amir & Ramati (2002), onde as sobreviventes de cancro da mama apresentaram pior qualidade de vida geral em comparação com mulheres sem exposição a qualquer doença crónica. As divergências encontradas na literatura ao nível da qualidade de vida poderão dever-se a diferenças no tipo de metodologia utilizada, especialmente no que concerne ao instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida. Outro aspeto a ser considerado é o fato de a qualidade de vida ter um carácter multidimensional e abstrato, referindo-se a aspetos objetivos e subjetivos da vida, podendo influenciar os diferentes resultados na literatura que avaliam este constructo no âmbito da psico-oncologia (Pinto & Ribeiro, 2006). Por fim, a literatura demonstra que existe uma relação positiva direta entre o otimismo e a qualidade de vida, podendo existir diferenças entre estas variáveis na amostra dos estudos realizados e consequentemente influenciar os resultados dos estudos (Applebaum et al. 2014).

No que concerne as dimensões da qualidade de vida, os resultados sugerem que os sobreviventes de cancro diferiram significativamente de indivíduos sem historial de cancro evidenciando piores resultados na dimensão física, social, psicológica e funcional. Esta descoberta encontra-se em consonância com o que vários estudos preconizam (Duijts et al., 2014; Gil-Fernandez et al., 2003; Kluthcovsky, 2012; Pinto & Ribeiro, 2007; Sales, Paiva, Scanduzzi & Anjos, 2001). O estudo de Gudbergsson et al. (2008) demonstra que os sobreviventes de cancro reportam pior qualidade de vida na dimensão física, comparativamente com o grupo de indivíduos sem diagnóstico de cancro e o estudo de Holzner et al. (2001) observou que os sobreviventes de cancro da mama reportaram diminuição da qualidade de vida, especialmente nas áreas de funcionamento psicológico e social, após dois anos do tratamento e após cinco anos do tratamento. Assim, a literatura sugere que dificuldades na dimensão física (disfunção sexual, fadiga, e dor), psicológica (significados atribuídos à doença, défices cognitivos, sintomatologia depressiva e insónia) e social (défice das relações interpessoais; impacto financeiro) influenciam negativamente a qualidade de vida nos sobreviventes de cancro e diminuem a capacidade para o trabalho dos mesmos (Pinto, Lima, Muniz, & Schwartz, 2013). Portanto, os resultados são previstos uma vez que o cancro tem um impacto em todos os domínios da qualidade de vida, e as sequelas dos tratamentos que surgem e persistem durante anos, repercutem-se muitas vezes no bem-estar dos sobreviventes (Ronson & Body, 2002).

No que concerne a fadiga, parecem existir diferenças significativas entre os sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro. Os estudos apontam que um dos principais sintomas percebidos pelos sobreviventes de cancro é a fadiga, tendo um impacto negativo na qualidade de vida, no humor, na capacidade para o trabalho, nas habilidades funcionais e no bem-estar do indivíduo (Blaney, Lowe-Strong, Rankin-Watt, Campbell & Gracey, 2013; Brown & Kroenke, 2009; Luciani et al., 2008; Peteet, 2000; Phillips & McAuley 2013).

A fadiga em sobreviventes de cancro apresenta uma grande prevalência, podendo persistir durante anos, com um grande impacto sobre o funcionamento diário do indivíduo e consequentemente na qualidade de vida do mesmo (Goedendorp, Gielissen, Verhagen & Bleijenberg, 2013; Servaes, Verhagen & Bleijenberg, 2002). Em consonância com o que vários estudos preconizam, os resultados sugerem que os sobreviventes do cancro sentem maiores níveis de fadiga comparativamente com indivíduos sem historial clínico de cancro (Amir et al., 2008; Hansen et al., 2008; Hubner, 2013; Kluthcovsky, 2012). Concomitantemente, no estudo de Reinertsen et al. (2010) avaliou-se a fadiga em 247 sobreviventes de cancro da mama, sendo que 33% das mulheres apresentavam fadiga crónica 3 a 7 anos após o diagnóstico e 39% das mulheres 2 a 3 anos mais tarde. O estudo de Lee et al. (2011) demonstrou que as sobreviventes de cancro da mama reportaram maiores níveis de fadiga um ano após os tratamentos (n=206), quando comparadas com a população feminina geral. Estes estudos são consistentes com os resultados do presente estudo, deste modo, era previsto que os sobreviventes de cancro apresentassem fadiga mais severa do que indivíduos sem historial de cancro. Por outro lado, alguns estudos não observaram diferenças na fadiga entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro (Tomich & Helgeson, 2002). As diferenças na literatura ao nível dos resultados na avaliação da fadiga poderão estar relacionadas, em parte, com as diferenças nas metodologias utilizadas. Para além disso, alguns estudos sugerem que o tipo de tratamento efetuado influencia o nível de fadiga nos sobreviventes de cancro, podendo também explicar as diferenças encontradas na literatura no que concerne este constructo (Bower et al., 2006).

As relações entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de fadiga têm sido documentados sendo também encontradas para a amostra em estudo. No grupo de sobreviventes de cancro não se verificou uma relação entre o número de filhos e a fadiga, indo ao encontro com os estudos de Kluthcovsky (2012) e de Kluthcovsky et al. (2012) que não observaram relação entre as variáveis. Relativamente à idade, os resultados sugerem que a fadiga parece aumentar com a diminuição da idade, contudo, não existe consenso na literatura. Por um lado, os resultados do estudo de Soares et al. (2013) indicavam que participantes mais jovens, apresentavam menores níveis de fadiga geral, menor incapacidade física e menor fadiga física, por outro lado, os resultados do estudo de Kim et al. (2008), de Kluthcovsky (2012) e de Kluthcovsky et al. (2012)

concluíram que mulheres jovens apresentavam níveis mais elevados de fadiga do que as mulheres mais velhas. Deste modo, a literatura sugere que os jovens podem ser mais propensos à fadiga do que os mais velhos, devido a fatores não relacionados com a doença, tais como o desempenho do papel parental, trabalho doméstico, ou compromissos de trabalho, o que corrobora os resultados obtidos no presente estudo (Kim et al., 2008).

Face aos resultados, este estudo colmata uma lacuna em Portugal ao explorar a capacidade para o trabalho, os fatores de risco psicossocial, a qualidade de vida e a fadiga em sobreviventes de cancro, permitindo um maior conhecimento na área da psico-oncologia. No entanto, o estudo apresenta algumas limitações. Apesar dos resultados obtidos, uma amostra de maior dimensão conduziria a resultados mais representativos da população de sobreviventes de cancro, para além disso, a impossibilidade de aleatorização da amostra poderá ter condicionado os resultados apresentados. Por outro lado, a recolha de sobreviventes com diferentes anos após o diagnóstico de cancro poderá ter influenciado os resultados obtidos, não sendo consideradas as diferenças que eventualmente possam existir entre as diferentes variáveis estudadas e o tempo decorrido após o diagnóstico de cancro. A inclusão de diferentes tipos de tratamento realizado é um fator de relevância podendo influenciar as conclusões obtidas dado que existem tipos de tratamento menos invasivos do que outros. Igualmente, para a amostra se tornar representativa da população clínica, foram incluídos diferentes tipos de cancro, sendo que estas diferenças poderão constituir também fatores de influência nos resultados, porém, a análise da sua influência não pode contudo ser realizada neste estudo dado que não representam em número equivalente cada tipo de cancro. É ainda relevante apontar que no estudo não foi possível fazer uma análise no grupo de sobreviventes relativamente às questões laborais, nomeadamente ao tempo que os indivíduos regressaram à atividade profissional após a doença e se houve manutenção do posto de trabalho. Finalmente, o instrumento utilizado para a avaliação da capacidade para o trabalho (WAI) apresentou um valor de alfa *Cronbach* baixo no presente estudo.

Verifica-se um incentivo na literatura para se efetuarem mais estudos e dirigir a atenção sobre a qualidade de vida, a fadiga e as reações psicossociais que estão associadas aos sobreviventes de doença oncológica (Tomich & Helgeson, 2002), para além disso, a avaliação da capacidade para o trabalho torna-se pertinente no processo de regresso ao trabalho de sobreviventes de cancro, a fim de se identificarem as principais dificuldades e vulnerabilidades e de construir evidência empírica que facilite a gestão das mesmas (Boer et al., 2008). Deste modo, no sentido de colmatar algumas lacunas metodológicas, sugere-se a realização de investigações que se debrucem sobre as diferenças do tipo de cancro e do tempo decorrido após o diagnóstico em sobreviventes ao nível das variáveis analisadas no presente estudo. Comparar a capacidade para o trabalho, a qualidade de vida e a fadiga entre homens e mulheres sobreviventes de cancro seria ainda uma

proposta de análise (Rugulies et al., 2010). Igualmente sugere-se a realização do presente estudo numa vertente longitudinal (após um ano e após cinco anos de regresso ao trabalho) com uma amostra representativa da população; a realização de um estudo que compare os sobreviventes de curta duração (menor ou igual a cinco anos) com os sobreviventes de cancro de longa duração (mais de cinco anos) ao nível da capacidade para o trabalho; a realização de uma investigação que compare a capacidade para o trabalho e os fatores de risco psicossocial entre sobreviventes de cancro e sobreviventes de cancro com doenças crónicas comórbidas (Taskila & Lindbohm, 2007); a realização de uma investigação que avalie se o tipo de tratamento tem impacto ao nível da fadiga e da qualidade de vida em sobreviventes de cancro, uma vez que embora acerca tratamento efetuado existam estudos nesta população específica (Hofman et al., 2007), em Portugal continua a ser escassa a investigação nesta problemática; e por fim avaliar a influência do otimismo na capacidade para o trabalho em sobreviventes (Hakanen & Lindbohm, 2008).

Referências Bibliográficas

- Aaronson, N. K., Mattioli, V., Minton, O., Weis, J., Johansen, C., Dalton, S. O., ... & Poll-Franse, L. (2014). Beyond treatment–psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. *European Journal of Cancer Supplements*, *12*(1), 54-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcsup.2014.03.005>.
- Ahn, E., Cho, J., Shin, D. W., Park, B. W., Ahn, S. H., Noh, D. Y., ... & Yun, Y. H. (2009). Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast cancer research and treatment*, *116*(3), 609-616.
- Amir, M., & Ramati, A. (2002). Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(2), 191-206. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00095-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00095-6).
- Amir, Z., Moran, T., Walsh, L., Iddenden, R., & Luker, K. (2007). Return to paid work after cancer: a British experience. *Journal of Cancer Survivorship*, *1*(2), 129-136. doi: 10.1007/s11764-007-0021-2.
- Amir, Z., Neary, D., & Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: a UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, *12*(3), 190-197. doi:10.1016/j.ejon.2008.01.006.
- APA (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [on line]. Retrieved from www.apa.org/ethics/code/index.aspx.
- Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *23*(3), 299-306. doi: 10.1002/pon.3418.

- Berg, T., Elders, L., de Zwart, B., & Burdorf, A. (2008). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and environmental medicine*, *66*(1), 211-220. doi:10.1136/oem.2008.039883.
- Blaney, J. M., Lowe-Strong, A., Rankin-Watt, J., Campbell, A., & Gracey, J. H. (2013). Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire-survey. *Psycho-Oncology*, *22*(1), 186-194.
- Boer, A., Taskila, T., Ojajarvi, A., Dijk, F., & Verbeek, J. (2009). Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA*, *301*(7), 753-762. doi:10.1001/jama.2009.187.
- Boer, A., Verbeek, J. H., Spelten, E. R., Uitterhoeve, A. L. J., Ansink, A. C., De Reijke, T. M., ... & Van Dijk, F. J. H. (2008). Work ability and return-to-work in cancer patients. *British journal of cancer*, *98*(8), 1342-1347. doi:10.1038/sj.bjc.6604302.
- Bower, J. E., Ganz, P. A., Desmond, K. A., Bernards, C., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2006). Fatigue in long-term breast carcinoma survivors. *Cancer*, *106*(4), 751-758. doi: 10.1002/cncr.21671.
- Bradley, C. J., Neumark, D., Luo, Z., & Schenk, M. (2007). Employment and cancer: findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. *Cancer investigation*, *25*(1), 47-54. doi: 10.1080/07357900601130664
- Brown, L. F., & Kroenke, K. (2009). Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics*, *50*(5), 440-447. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70835-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70835-7).
- Burton, A. W., Fanciullo, G. J., Beasley, R. D., & Fisch, M. J. (2007). Chronic pain in the cancer survivor: a new frontier. *Pain Medicine*, *8*(2), 189-198. doi: 10.1111/j.1526-4637.2006.00220.x.
- Carlson, L. E., Clifford, S. K., Groff, S. L., Maciejewski, O., & Bultz, B. (2010). Screening for depression in cancer care. In A. J. C. J. Mitchell (Ed.), *Screening for Depression in Clinical Practice* (pp. 265-98). New York: Oxford University Press.
- Cella, D. (1997). *FACIT manual: Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) measurement system*. Evanston: Center on Outcomes, Research and Education.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology*, *11*(3), 570-579. Retrieved from <http://jco.ascopubs.org/content/11/3/570.short>.

- Cooper, A., Hankins, M., Rixon, L., Eaton, E., & Grunfeld, E. (2013). Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psycho-Oncology*, 22(3), 659-667. doi: 10.1002/pon.3049.
- Coronha, A. L., Camilo, M. E. & Ravasco, P. (2011). A importância da composição corporal no doente oncológico: qual a evidência? *Ata Médica Portuguesa*, 24(4), 769-778. Retrieved from www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1595/1178.
- Dalton, S. O., Laursen, T. M., Ross, L., Mortensen, P. B., & Johansen, C. (2009). Risk for hospitalization with depression after a cancer diagnosis: a nationwide, population-based study of cancer patients in Denmark from 1973 to 2003. *Journal of Clinical Oncology*, 27(9), 1440-1445. doi: 10.1200/JCO.2008.20.5526.
- Duijts, S., van Egmond, M., Spelten, E., van Muijen, P., Anema, J., & van der Beek, A. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), 481-492. doi: 10.1002/pon.3467.
- Eremenco, S., Cella, D. & Arnold, B. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 212-232. doi: 10.1177/0163278705275342.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), 359-386. doi: 10.1002/ijc.29210.
- Feuerstein, M., Hansen, J. A., Calvio, L. C., Johnson, L., & Ronquillo, J. G. (2007). Work productivity in brain tumor survivors. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(7), 803-811. doi: 10.1097/JOM.0b013e318095a458.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3ª edição. London: SAGE Publications.
- Finnish Institute of Occupational Health (2014). *Work Ability Index: Validity* [online]. Retrieved from <http://www.ttl.fi/en/health/wai/validity/pages/default.aspx>.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Leedham, B., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., & Belin, T. R. (2002). Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49. doi: 10.1093/jnci/94.1.39.
- Gil-Fernandez, J., Ramos, C., Tamayo, A., Tomás, J., Figuera, A., Arranz, R., ... & Fernández-Rañada, J. (2003). Quality of life and psychological well-being in Spanish long-term survivors of Hodgkin's disease: results of a controlled pilot study. *Annals of hematology*, 82(1), 14-18. doi: 10.1007/s00277-002-0582-0.
- Goedendorp, M. M., Gielissen, M. F., Verhagen, C. A., & Bleijenberg, G. (2013). Development of fatigue in cancer survivors: a prospective follow-up study from diagnosis into the year after

- treatment. *Journal of pain and symptom management*, 45(2), 213-222. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.02.009>.
- Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting US employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), 398-412. doi: 10.1097/01.jom.0000121151.40413.bd.
- Groeneveld, I. F., Boer, A. G., & Frings-Dresen, M. H. (2012). A multidisciplinary intervention to facilitate return to work in cancer patients: intervention protocol and design of a feasibility study. *BMJ open*, 2(4), 1-7. doi:10.1136/bmjopen-2012-001321.
- Grunfeld, E. A., & Cooper, A. F. (2012). A longitudinal qualitative study of the experience of working following treatment for gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 21(1), 82-89. doi: 10.1002/pon.1874.
- Gudbergsson, S. B., Fossa, S. D., & Dahl, A. A. (2008). Is cancer survivorship associated with reduced work engagement? A NOCWO Study. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(3), 159-168. doi: 10.1007/s11764-008-0059-9.
- Gudbergsson, S. B., Fossa, S. D., Borgeraas, E., & Dahl, A. A. (2006). A comparative study of living conditions in cancer patients who have returned to work after curative treatment. *Supportive care in cancer*, 14(10), 1020-1029. doi:10.1007/s00520-006-0042-9.
- Haber, G., Ahmed, N. U. & Pekovic, V. (2012). Family history of cancer and its association with breast cancer risk perception and repeat mammography. *American journal of public health*, 102(12), 2322-2329. doi: 10.2105/AJPH.2012.300786.
- Hakanen, J. J., & Lindbohm, M. L. (2008). Work engagement among breast cancer survivors and the referents: the importance of optimism and social resources at work. *Journal of Cancer Survivorship*, 2(4), 283-295. doi: 10.1007/s11764-008-0071-0.
- Hansen, J. A., Feuerstein, M., Calvio, L. C., & Olsen, C. H. (2008). Breast cancer survivors at work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(7), 777-784. doi: 10.1097/JOM.0b013e318165159e.
- Harrison, S. E., Watson, E. K., Ward, A. M., Khan, N. F., Turner, D., Adams, E., ... & Rose, P. W. (2011). Primary health and supportive care needs of long-term cancer survivors: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Oncology*, 1-9. doi: 10.1200/JCO.2010.32.5167.
- Helgeson, V. S., & Tomich, P. L. (2005). Surviving cancer: A comparison of 5-year disease-free breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 14(4), 307-317. doi: 10.1002/pon.848.

- Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G. E., Pendlebury, S., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007). Breast cancer survivors supportive care needs 2–10 years after diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, *15*(5), 515-523. doi: 10.1007/s00520-006-0170-2.
- Hoffman, B. (2005). Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *55*(1), 271–280. doi: 10.3322/canjclin.55.5.271.
- Hofman, M., Ryan, J. L., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P., & Morrow, G. R. (2007). Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *The oncologist*, *12*(1), 4-10. doi: 10.1634/theoncologist.12-S1-4.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H. R., Du Nser, M., ... & Sperner-Unterweger, B. (2001). Quality of life in breast cancer patients—not enough attention for long-term survivors?. *Psychosomatics*, *42*(2), 117-123. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.42.2.117>.
- Hubner, J. (2013). Sport against cancer-related fatigue. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, *138*(8), 353. doi: 10.1055/s-0032-1329150.
- IImarinen, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005). New dimensions of work ability. *International Congress Series*, *1280*(1), 3-7. doi:10.1016/j.ics.2005.02.060.
- Ishikawa, N. M., Thuler, L. C., Giglio, A. G., da Rocha Baldotto, C. S., de Andrade, C. J. C., & Derchain, S. F. (2008). Reproducibility of functional assessment of cancer therapy-fatigue (FACT-F) questionnaire for cancer patients. *Applied Cancer Research*, *28*(2), 55-61.
- Joly, F., Heron, J. F., Kalusinski, L., Bottet, P., Brune, D., Allouache, N., ... & Henry-Amar, M. (2002). Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: a population-based case-control study. *Journal of Clinical Oncology*, *20*(1), 73-80. doi: 10.1200/JCO.20.1.73.
- Kim, S. H., Son, B. H., Hwang, S. Y., Han, W., Yang, J. H., Lee, S., & Yun, Y. H. (2008). Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: prevalence, correlates, and association with quality of life. *Journal of pain and symptom management*, *35*(6), 644-655. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.08.012>.
- Kluthcovsky, A. C. (2012). *Fadiga e qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama após um ano do diagnóstico*. (Dissertação de Doutorado). Universidade Federal do Paraná, Brasil.
- Kluthcovsky, A. C., Urbanetz, A. A., de Carvalho, D. S., Maluf, E. M., Sylvestre, G. C., & Hatschbach, S. B. (2012). Fatigue after treatment in breast cancer survivors: prevalence, determinants and impact on health-related quality of life. *Supportive care in cancer*, *20*(8), 1901-1909. doi: 10.1007/s00520-011-1293-7.

- Koornstra, R. H., Peters, M., Donofrio, S., van den Borne, B., & Jong, F. A. (2014). Management of fatigue in patients with cancer—a practical overview. *Cancer treatment reviews*, *40*(6), 791-799. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2014.01.004>.
- Kristensen, T. (2002). *A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. TUTB Newsletter.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Hogh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian journal of work, environment & health*, *31*(6), 438-449. doi: 10.5271/sjweh.948.
- Lee, E. S., Lee, M. K., Kim, S. H., Ro, J. S., Kang, H. S., Kim, S. W., ... & Yun, Y. H. (2011). Health-related quality of life in survivors with breast cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a prospective cohort study. *Annals of surgery*, *253*(1), 101-108. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181f662ce.
- Lee, M. K., Lee, K. M., Bae, J. M., Kim, S., Kim, Y. W., Ryu, K. W., ... & Yun, Y. H. (2008). Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population. *British journal of cancer*, *98*(4), 708-715. doi:10.1038/sj.bjc.6604236.
- Luciani, A., Jacobsen, P. B., Extermann, M., Foa, P., Marussi, D., Overcash, J. A., & Balducci, L. (2008). Fatigue and functional dependence in older cancer patients. *American journal of clinical oncology*, *31*(5), 424-430. doi: 10.1097/COC.0b013e31816d915f.
- Main, D. S., Nowels, C. T., Cavender, T. A., Etschmaier, M., & Steiner, J. F. (2005). A qualitative study of work and work return in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *14*(11), 992-1004. doi:10.1002/pon.913.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Maunsell, E., Brisson, C., Dubois, L., Lauzier, S., & Fraser, A. (1999). Work problems after breast cancer: an exploratory qualitative study. *Psycho-Oncology*, *8*(6), 467-473.
- Mehnert, A. (2011a). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, *77*(2), 109-130. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.004.
- Mehnert, A. (2011b). Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung, *Springer Medizin*, *26*(1), 23-26. doi:10.1007/s12312-010-0581-3.
- Mehnert, A., & Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of psychosomatic research*, *64*(4), 383-391. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.12.005>.

- Mehnert, A., Boer, A., & Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer, 119*(11), 2151-2159. doi: 10.1002/cncr.28067.
- Mellon, S., Northouse, L., & Weiss, L., (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing, 29*(2), 120–131. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565621>.
- Minton, O., & Stone, P. (2008). How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment, 112*(1), 5-13. doi:10.1007/s10549-007-9831-1.
- Minton, O., & Stone, P. (2009). A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF). *Annals of Oncology, 20*(1), 17-25. doi: 10.1093/annonc/mdn537.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology, 12*(2), 160-174. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X).
- Mols, F., Thong, M., Vreugdenhil G., & Poll-Franse L. (2009). Long-term cancer survivors experience work changes after diagnosis: results of a population-based study. *Psychooncology, 18*(12), 1252–1260. doi: 10.1002/pon.1522.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(1), 165-184. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a14.pdf>.
- Munir, F., Yarker, J., & McDermott, H. (2009). Employment and the common cancers: correlates of work ability during or following cancer treatment. *Occupational medicine, 59*(6), 381-389. doi: 10.1093/occmed/kqp088.
- NRCWE (2014). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSQ II* [online]. Retrieved from <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/publikationer/spoergeskemaer/psykisk-arbejdsmiljoe>.
- Pachman, D. R., Barton, D. L., Swetz, K. M., & Loprinzi, C. L. (2012). Troublesome symptoms in cancer survivors: fatigue, insomnia, neuropathy, and pain. *Journal of Clinical Oncology, 30*(1), 3687-3696. doi: 10.1200/JCO.2012.41.7238.
- Pereira, F., & Santos, C. (2011). Estudo de adaptação cultural e validação da Functional Assessment of Cancer Therapy-General em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência, 3*(5), 45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1041>.

- Peteet, J. (2000). Cancer and the meaning of work. *General Hospital Psychiatry*, 22(3), 200–205. doi:10.1016/S0163-8343(00)00076-1.
- Phillips, S. M., & McAuley, E. (2013). Physical activity and fatigue in breast cancer survivors: a panel model examining the role of self-efficacy and depression. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 22(5), 773-781. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0983.
- Pinto, B. K., Lima, J. F., Muniz, R. M., & Schwartz, E. (2013). Quality of life in cancer survivors: an integrative review. *Northeast Network Nursing Journal*, 14(4), 829-835. Retrieved from <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/85/pdf>.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 37-56. Retrieved from <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/03.pdf>.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. P. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade!. *Texto e Contexto- Enfermagem*, 16(1), 142-148. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100018>.
- Pryce, J., Munir, F., & Haslam, C. (2007). Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of occupational rehabilitation*, 17(1), 83-92. doi:10.1007/s10926-006-9040-5.
- Ramos, M. (2014). *Coping, fatores psicossociais e capacidade para o trabalho*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Regulamento n° 258/2011. (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Diário da República 2ª Série. N° 78 (20-04-2011), 17931-17936.
- Reinertsen, K. V., Cvancarova, M., Loge, J. H., Edvardsen, H., Wist, E., & Fossa, S. D. (2010). Predictors and course of chronic fatigue in long-term breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(4), 405-414. doi: 10.1007/s11764-010-0145-7.
- Roelen, C., Koopmans, P., Groothoff, J., Klink, J., & Bültmann, U. (2011). Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psycho-oncology*, 20(9), 1001–1006. doi: 10.1002/pon.1820.
- Rogers, L. Q., McAuley, E., Courneya, K. S., & Verhulst, S. J. (2008). Correlates of physical activity self-efficacy among breast cancer survivors. *American journal of health behavior*, 32(6), 594-603. doi: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.32.6.4>.
- Ronson, A., & Body, J. J. (2002). Psychosocial rehabilitation of cancer patients after curative therapy. *Supportive care in cancer*, 10(4), 281-291. doi: 10.1007/s005200100309.

- Rugulies, R., Christensen, B., Borritz, M., Villadsen, E., Bultmann, U., & Kristensen, T. (2007). The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: results from a 3-year follow-up. *Work Stress*, 21(4), 293-311.
- Sales, C. A. C., Paiva, L., Scanduzzi, D., & Anjos, A. C. Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev. Bras. Cancerol*, 47(3), 263-272. Retrieved from http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo2.pdf.
- Schjolberg, T. K., Dodd, M., Henriksen, N., Asplund, K., Småstuen, M. C., & Rustoen, T. (2014). Effects of an educational intervention for managing fatigue in women with early stage breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 286-294. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.008>.
- Seifart, U., Bohnenkamp, H., & Jackisch, C. (2016). Armut durch Krebs—Wenn Menschen als Folge der Erkrankung in soziale Notlagen geraten. *Hessisches Ärzteblatt*, 77(3), 145-147. Retrieved from https://www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2016/03_2016/Mensch_und_Gesundheit_Krebs_03_2016.pdf.
- Servaes, P., Verhagen, C., & Bleijenberg, G. (2002). Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *European journal of cancer*, 38(1), 27-43. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049\(01\)00332-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0959-8049(01)00332-X).
- Shim, H. Y., Shin, J. Y., Kim, J. H., Kim, S. Y., Yang, H. K., & Park, J. H. (2016). Negative Public Attitudes Towards Cancer Survivors Returning to Work: A Nationwide Survey in Korea. *Cancer research and treatment: official journal of Korean Cancer Association*, 48(2), 815. doi: 10.4143/crt.2015.094.
- Short, P. F., Vasey, J. J., & Moran, J. R. (2008). Long-term effects of cancer survivorship on the employment of older workers. *Health Services Research*, 43(11), 193-210. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00752.x.
- Short, P. F., Vasey, J. J., & Tuncelli, K. (2005). Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*, 103(6), 1292–1301. doi: 10.1002/cncr.20912.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., ...Nossa, P. (2012). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*. Portugal e Países Africanos de língua oficial portuguesa. Fundação para a Ciência e Tecnologia. Retrieved from http://ns131.hocnet.pt/uploads/ANEXO%202_BOOKLET%20COPSOQ.pdf.
- Silva, C.F., Silvério, J., Nossa, P., Rodrigues, V., Pereira, A., & Queirós, A. (2000). Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral - versão portuguesa do Work Ability Index (WAI). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5(2), 329-340.

- Soares, A., Biasoli, I., Scheliga, A., Baptista, R. L., Brabo, E. P., Morais, J. C., ... & Spector, N. (2013). Association of social network and social support with health-related quality of life and fatigue in long-term survivors of Hodgkin lymphoma. *Supportive Care in Cancer*, *21*(8), 2153-2159. doi: 10.1007/s00520-013-1775-x.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A., & Verbeek, J. H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology*, *11*(2), 124-131. doi: 10.1002/pon.585.
- Spelten, E. R., Verbeek, J., Uitterhoeve, A., Ansink, A. C., Van Der Lelie, J., De Reijke, T. M., ... & Sprangers, M. A. G. (2003). Cancer, fatigue and the return of patients to work—a prospective cohort study. *European Journal of Cancer*, *39*(11), 1562-1567. doi:10.1016/S0959-8049(03)00364-2.
- Steiner, J. F., Cavender, T. A., Nowels, C. T., Beaty, B. L., Bradley, C. J., Fairclough, D. L., & Main, D. S. (2008). The impact of physical and psychosocial factors on work characteristics after cancer. *Psycho-Oncology*, *17*(2), 138-147. doi:10.1002/pon.1204.
- Stergiou-Kita, M., Grigorovich, A., Tseung, V., Milosevic, E., Hebert, D., Phan, S., & Jones, J. (2014). Qualitative meta-synthesis of survivors' work experiences and the development of strategies to facilitate return to work. *Journal of Cancer Survivorship*, *8*(4), 657-670. doi: 10.1007/s11764-014-0377-z.
- Saúde, M. (2011). Decreto-lei nº 7/2012. Retrieved from <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>.
- Taskila, T., & Lindbohm, M. (2007). Factors affecting cancer survivors employment and work ability. *Acta Oncológica*, *46*(4), 446-451. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02841860701355048>.
- Taskila, T., Martikainen, R., Hietanen, P., & Lindbohm, M. (2007). Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *European Journal of Cancer*, *43*(5), 914-920. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2007.01.012>.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-oncology*, *11*(2), 154-169. doi: 10.1002/pon.570.
- Torp, S., Gudbergsson, S. B., Dahl, A. A., Fossa, S. D., & Flotten, T. (2011). Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian journal of public health*, *39*(6), 33-42. doi: 10.1177/1403494810395827.
- Torp, S., Nielsen, R. A., Gudbergsson, S. B., & Dahl, A. A. (2012). Worksite adjustments and work ability among employed cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, *20*(9), 2149-2156. doi: 10.1007/s00520-011-1325-3.

- Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, *65*(2), 87-108. doi: 10.3322/caac.21262.
- Trentham-Dietz, A., Sprague, B. L., Klein, R., Klein, B. E., Cruickshanks, K. J., Fryback, D. G., & Hampton, J. (2008). Health-related quality of life before and after a breast cancer diagnosis. *Breast cancer research and treatment*, *109*(2), 379-387. doi: 10.1007/s10549-007-9653-1.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (1998). *Work ability index*. Helsinki: Institute of Occupational Health.
- Weis, J. (2011). Cancer-related fatigue: prevalence, assessment and treatment strategies. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *11*(4), 441-446. doi: <http://dx.doi.org/10.1586/erp.11.44>.
- Yabroff, K. R., Lawrence, W. F., Clauser, S., Davis, W. W., & Brown, M. L. (2004). Burden of illness in cancer survivors: findings from a population-based national sample. *Journal of the National Cancer Institute*, *96*(17), 1322-1330. doi: 10.1093/jnci/djh255.
- Yarker, J., Munir, F., Bains, M., Kalawsky, K., & Haslam, C. (2010). The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. *Psycho-Oncology*, *19*(10), 1078-1085. doi: 10.1002/pon.1662.
- Yellen, S. B., Cella, D. F., Webster, K., Blendowski, C., & Kaplan, E. (1997). Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. *Journal of Pain Symptom Manage*, *13*(2), 63-74.

Anexos

Anexo A – Carta de Solicitação dirigida ao Concelho de Administração e ao Presidente da Comissão de ética do Hospital Infante D. Pedro – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Exmo. Dr. Aurélio Rodrigues/ Exmo. Dr. Amorim Figueiredo

Encontramo-nos presentemente a realizar a unidade curricular Estágio Curricular, do plano de estudos do segundo e último ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, da Universidade de Aveiro, nas instituições hospitalares: Hospital Infante D. Pedro – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e Hospital São Sebastião – Centro Hospitalar entre o Douro e o Vouga, E.P.E.. Simultaneamente, encontramos-nos a realizar a unidade curricular Dissertação, sob a orientação da Professora Doutora Sara Monteiro.

O presente estudo tem como objetivos primordiais averiguar se a capacidade para o trabalho nos sobreviventes de doença oncológica se encontra afetada comparativamente com indivíduos sem diagnóstico de cancro; perceber se existem défices no regresso ao trabalho nos sobreviventes e que tipo de défices se reportam, para futuramente construir evidência empírica que enfatize a necessidade de melhorar esses aspetos; avaliar as funções cognitivas nos sobreviventes comparativamente com indivíduos sem diagnóstico de cancro; avaliar a qualidade de vida e fadiga em sobreviventes de cancro comparativamente com indivíduos sem historial de cancro; verificar o impacto dos riscos psicossociais na saúde e no bem-estar do trabalhador, englobando uma avaliação às exigências laborais, à organização do trabalho, às relações sociais, à interface trabalho-indivíduo, aos valores no local de trabalho, à saúde e bem-estar e aos comportamentos ofensivos em ambas populações.

Para tal, solicitamos a sua permissão para recolher dados da amostra clínica nesta instituição, mais especificamente, no Departamento Médico, no Serviço de Oncologia Médica. O estudo dirige-se a pessoas sobreviventes de cancro colo retal, da próstata, da mama e do pulmão, com processo de tratamento concluído há pelo menos 6 meses, com idade superior a 18 anos e que já regressaram ao mundo laboral após o tratamento. O procedimento desta investigação consiste no preenchimento de alguns questionários, podendo ser realizado no Centro Hospitalar num período extra consulta e entregue no momento, e tendo uma duração aproximada de 1 hora. Assim, os questionários são: Questionário Sociodemográfico relativo à caracterização do indivíduo, Brief Symptom Inventory (BSI) que avalia a presença/ ausência de psicopatologia; Copenhagen

Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) que avalia os riscos psicossociais, o impacto do mesmo na saúde e no bem-estar do trabalhador; Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) que avalia a qualidade de vida geral em pacientes oncológicos; Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F) que avalia o impacto físico da fadiga nas atividades da vida diária do indivíduo; Work Ability Index (WAI) que avalia a capacidade para o trabalho e prediz a incidência de incapacidade nos trabalhadores; Trail Making Test (TMT), onde a parte A avalia a orientação visuo-espacial e a velocidade psicomotora, e a parte B avalia a atenção dividida e a flexibilidade cognitiva; Stroop Test que avalia várias funções executivas e a atenção seletiva.

A participação dos utentes será totalmente voluntária, sendo que poderão recusar e até desistir de participar, em qualquer momento, sem que tal incorra em custos ou danos. Todos os dados recolhidos serão tratados de um modo confidencial e anónimo, ao abrigo do disposto na Lei de Proteção de Dados Pessoais - Lei nº 67/98 de 26 de Outubro. A recolha e armazenamento destes dados será realizada exclusivamente pelas investigadoras, e não incorrerá, igualmente, quaisquer custos ou interferências no funcionamento do serviço de Oncologia Médica.

Se o presente pedido for autorizado, tenciona-se dar início à recolha de dados em Fevereiro de 2016 e como data prevista de término, o mês de Abril do mesmo ano.

Agradecemos a atenção que possa dedicar a este assunto e encontramos-nos disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida adicional.

Aguardamos deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

Andrea Victoria Piñuel de Andrade

Diana Maria de Sousa e Silva

Anexo B – Carta de Solicitação dirigida ao Concelho de Administração e ao Presidente da Comissão de ética do Hospital São Sebastião – Centro Hospitalar entre o Douro e o Vouga, E.P.E

Exmo. Dr. Miguel Paiva/ Exmo. Dr. Pedro Santos

Encontramo-nos presentemente a realizar a unidade curricular Estágio Curricular, do plano de estudos do segundo e último ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, da Universidade de Aveiro, nas instituições hospitalares: Hospital Infante D. Pedro – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e Hospital São Sebastião – Centro Hospitalar entre o Douro e o Vouga, E.P.E.. Simultaneamente, encontramos-nos a realizar a unidade curricular Dissertação, sob a orientação da Professora Doutora Sara Monteiro.

O presente estudo tem como objetivos primordiais averiguar se a capacidade para o trabalho nos sobreviventes de doença oncológica se encontra afetada comparativamente com indivíduos sem diagnóstico de cancro; perceber se existem défices no regresso ao trabalho nos sobreviventes e que tipo de défices se reportam, para futuramente construir evidência empírica que enfatize a necessidade de melhorar esses aspetos; avaliar as funções cognitivas nos sobreviventes comparativamente com indivíduos sem diagnóstico de cancro; avaliar a qualidade de vida e fadiga em sobreviventes de cancro comparativamente com indivíduos sem historial de cancro; verificar o impacto dos riscos psicossociais na saúde e no bem-estar do trabalhador, englobando uma avaliação às exigências laborais, à organização do trabalho, às relações sociais, à interface trabalho-indivíduo, aos valores no local de trabalho, à saúde e bem-estar e aos comportamentos ofensivos em ambas populações.

Para tal, solicitamos a sua permissão para recolher dados da amostra clínica nesta instituição, mais especificamente, no Departamento Médico, no Serviço de Oncologia Médica. O estudo dirige-se a pessoas sobreviventes de cancro colo retal, da próstata, da mama e do pulmão, com processo de tratamento concluído há pelo menos 6 meses, com idade superior a 18 anos e que já regressaram ao mundo laboral após o tratamento. O procedimento desta investigação consiste no preenchimento de alguns questionários, podendo ser realizado no Centro Hospitalar num período extra consulta e entregue no momento, e tendo uma duração aproximada de 1 hora. Assim, os questionários são: Questionário Sociodemográfico relativo à caracterização do indivíduo, Brief Symptom Inventory (BSI) que avalia a presença/ ausência de psicopatologia; Copenhagen

Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) que avalia os riscos psicossociais, o impacto do mesmo na saúde e no bem-estar do trabalhador; Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) que avalia a qualidade de vida geral em pacientes oncológicos; Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F) que avalia o impacto físico da fadiga nas atividades da vida diária do indivíduo; Work Ability Index (WAI) que avalia a capacidade para o trabalho e prediz a incidência de incapacidade nos trabalhadores; Trail Making Test (TMT), onde a parte A avalia a orientação visuo-espacial e a velocidade psicomotora, e a parte B avalia a atenção dividida e a flexibilidade cognitiva; Stroop Test que avalia várias funções executivas e a atenção seletiva.

A participação dos utentes será totalmente voluntária, sendo que poderão recusar e até desistir de participar, em qualquer momento, sem que tal incorra em custos ou danos. Todos os dados recolhidos serão tratados de um modo confidencial e anónimo, ao abrigo do disposto na Lei de Proteção de Dados Pessoais - Lei nº 67/98 de 26 de Outubro. A recolha e armazenamento destes dados será realizada exclusivamente pelas investigadoras, e não incorrerá, igualmente, quaisquer custos ou interferências no funcionamento do serviço de Oncologia Médica.

Se o presente pedido for autorizado, tenciona-se dar início à recolha de dados em Fevereiro de 2016 e como data prevista de término, o mês de Abril do mesmo ano.

Agradecemos a atenção que possa dedicar a este assunto e encontramos-nos disponíveis para o esclarecimento de qualquer dúvida adicional.

Aguardamos deferimento.

Com os melhores cumprimentos,
Andrea Victoria Piñuel de Andrade
Diana Maria de Sousa e Silva

Anexo C- Projeto de Investigação entregue junto das Instituições Hospitalares

Estado de Arte

O cancro constitui o principal problema de saúde das sociedades desenvolvidas (Boer, 2014). Em termos gerais, de acordo com International Agency for Research on Cancer, em 2012, foram diagnosticados 14.1 milhões de novos casos de Cancro, sendo que os cancros com maior incidência na população a nível mundial são o cancro do pulmão, mama, colo retal, próstata e estômago (Ferlay et al., 2013).

Em Portugal, 49.2 mil novos casos de cancro foram diagnosticados no ano de 2012, e 134.3 mil pessoas vivem atualmente com cancro (após 5 anos de diagnóstico). (Ferlay et al., 2013), sendo que os cancros com maior frequência na população portuguesa são o cancro do colo retal, seguindo-se o cancro da próstata, mama, pulmão e estômago.

A incidência de cancro em Portugal ocorre em todas as faixas etárias, contudo, com o avançar da idade, a incidência do mesmo aumenta substancialmente. Neste sentido, é de salientar que o cancro colo retal apresenta uma incidência, estimada por 100.000 habitantes, de 138.3 em indivíduos entre os 60 e os 64 anos, de 94.7 em indivíduos entre os 55 e os 59 anos e de 57.6 em indivíduos entre os 50 e os 54 anos. Relativamente à incidência do cancro da próstata em Portugal, verifica-se que a incidência estimada por 100.000 habitantes é de 13.4 entre os 45-49 anos; de 69.0 entre os 50-54 anos; de 161.5 entre os 55-59 anos e de 230.5 entre os 60-64 anos. No que diz respeito ao cancro da mama a incidência estimada por 100.00 habitantes é de 153.0 entre os 45 e 49; de 183.2 entre os 50 e os 54 anos; de 190.9 entre os 55 e os 59 e de 192.0 entre os 60 e os 64 anos. Por fim, no cancro do pulmão a incidência é de 26.1 entre os 45 e 49 anos; de 48.4 entre os 50 e os 54 anos; de 72.9 entre os 55 e os 59 e de 93.5 entre os 60 e os 64 anos (Ferlay et al., 2013).

A doença oncológica surge na sociedade portuguesa como a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Porém, na última década, devido ao maior investimento nesta problemática, têm-se verificado progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro em Portugal (Ministério da Saúde, 2011).

Devido à elevada incidência da doença oncológica, o diagnóstico desta surge cada vez mais em indivíduos que se encontram em idade laboral, levando, desta forma, a um número crescente de sobreviventes de cancro que voltam ao trabalho após o tratamento, ou continuam a trabalhar durante o tratamento (Short, Vasey, & Tuncelli, 2005; Hoffman, 2005). Assim sendo, cerca de dois terços dos sobreviventes permanecem no seu posto de trabalho após o diagnóstico da doença ou regressam no final dos tratamentos, sugerindo uma elevada motivação para o regresso ao mundo laboral (Mehnert, 2011a).

Os sobreviventes de cancro encaram o trabalho como uma forma de manter a sua identidade pessoal, sensação de normalidade, relações sociais, autoestima, autoconceito, papéis sociais, satisfação com a vida e qualidade de vida (Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Mols, Thong, Vreugdenhil & Poll-Franse, 2009; Peteet, 2000). Neste sentido, a maioria dos sobreviventes de cancro afirma querer voltar ao trabalho após o tratamento, porém, nem todos são capazes de o fazer, uma vez que o processo de retorno é dificultado por problemas físicos crónicos, emocionais e ocupacionais que os mesmos apresentam (Aaronson et al., 2008; Amir, Neary, Luker, 2008; Boer, 2014; Taskila, & Lindbohm, 2007).

Segundo Duijts, et al. (2014), indivíduos sobreviventes de cancro ativos em contexto laboral apresentam problemas físicos e psicossociais, que podem levar a grandes dificuldades no seu trabalho. Em congruência, Aaronson et al. (2014) e Minton, Stone, & How (2008) revelam que a fadiga crónica é um fator que afeta o regresso ao mercado de trabalho dos sobreviventes comprometendo o funcionamento e a performance dos mesmos.

Mehnert (2011b) reconhece uma diminuição na qualidade de vida e na capacidade para o trabalho em 32% dos indivíduos sobreviventes de cancro que tenham regressado ao mercado de trabalho. Para além disso, refere a existência de uma maior vulnerabilidade no que concerne ao desemprego, devido à perda do local de trabalho pré-existente ou dificuldade em conseguir um novo emprego condicionado pelas repercussões físicas, cognitivas ou psicológicas do cancro e respetivos tratamentos. Desta forma, os sobreviventes de cancro apresentam maior risco de desemprego ou reforma antecipada (Boer, Taskila, Ojajärvi, Dijk, & Verbeek, 2009; Roelen, Koopmans, Groothoff, Klink, & Bültmann, 2011).

O regresso ao trabalho encontra-se associado a fatores clínicos e sociodemográficos. Assim, indivíduos jovens, do sexo masculino e com elevados níveis de escolaridade sobreviventes de cancro estão mais propensos e mais motivados para o regresso ao trabalho. Além disso, os sobreviventes que descobrem o cancro num estágio de desenvolvimento precoce e que são submetidos a tratamento menos invasivos apresentam menor fadiga, menor sintomatologia e encontram-se em melhor forma física (Mehnert, 2011b).

Existem ainda outros fatores que também influenciam o regresso laboral nesta população, tais como, a capacidade do empregador para autorizar uma flexibilidade laboral, o suporte social prestado pelos colegas do trabalho, a realização de trabalhos que não exijam elevado esforço físico e uma boa remuneração (Mehnert, 2011b).

Objetivo

O presente estudo tem como objetivos primordiais averiguar se a capacidade para o trabalho nos sobreviventes de doença oncológica se encontra afetada comparativamente com

indivíduos saudáveis, sem diagnóstico de cancro na sua vida; perceber se existem défices no regresso ao trabalho nos sobreviventes e que tipo de défices se verificam, para futuramente construir evidência empírica que enfatize a necessidade de melhorar esses aspetos; avaliar as funções cognitivas nos sobreviventes comparativamente com indivíduos sem diagnóstico de cancro; avaliar a qualidade de vida e a fadiga dos sobreviventes de cancro quando comparados com indivíduos sem historial de cancro; e verificar o impacto dos riscos psicossociais na saúde e no bem-estar do trabalhador, englobando uma avaliação às exigências laborais, à organização do trabalho, às relações sociais, à interface trabalho-indivíduo, aos valores no local de trabalho, à saúde e bem-estar e aos comportamentos ofensivos em ambas populações.

Metodologia

Preende-se para a investigação em causa, recolher uma amostra de sobreviventes de cancro colo retal, da próstata e da mama junto das instituições hospitalares: Hospital Infante D. Pedro – Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e Hospital São Sebastião – Centro Hospitalar entre o Douro e o Vouga, E.P.E..

O procedimento desta investigação consiste no preenchimento de alguns questionários, podendo ser realizado no Centro Hospitalar num período extra consulta e entregue no momento, e tendo uma duração aproximada de 1 hora.

Assim sendo, o estudo dirige-se a indivíduos sobreviventes de cancro colo retal, da próstata e da mama, com processo de tratamento concluído há pelo menos 6 meses, com idade superior a 18 anos e que já regressaram ao mundo laboral após o tratamento. Por outro lado, serão excluídos para esta investigação, indivíduos com diagnóstico psicopatológico, indivíduos com historial de consumo de substâncias, indivíduos com diagnóstico de múltiplos tipos de cancro, indivíduos com diagnóstico de cancro do sistema nervoso central ou indivíduos sem recorrência da doença oncológica.

Para a realização da presente investigação, pretende-se que os indivíduos procedam ao preenchimento de um Questionário Sociodemográfico e Clínico, do Brief Symptom Inventory (BSI); do Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ); do Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G); do Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-F), do Work Ability Index (WAI), do Trail Making Test (TMT) e do Stroop Test.

Neste sentido, no Questionário Sociodemográfico será pedido o sexo, a idade, estado civil, residência, escolaridade, profissão, número de filhos. Relativamente à história médica, tipo de cancro, há quanto foi diagnosticada a doença; tipo de tratamento efetuado; em que estágio estava; há quanto tempo regressou ao trabalho após o tratamento da doença; se regressaram à mesma atividade laboral que anteriormente realizavam.

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) é um instrumento que avalia a presença/ ausência de psicopatologia nos sobreviventes de cancro. Este foi validado e traduzido por Canavarro (1999), podendo ser aplicado a indivíduos da população geral, a doentes de foro psiquiátrico, sujeitos perturbados emocionalmente e quaisquer outros doentes. É constituído por 53 itens, com escala de resposta de Likert, que avaliam sintomas psicopatológicos através de nove dimensões: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo; e três índices: índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e total de sintomas positivos (TSP).

O *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ; Kristensen, 2000) está adaptado para a população portuguesa por Silva et al. (2012). Este avalia os fatores de riscos psicossociais do absentismo ao trabalho, o impacto do mesmo na saúde e no bem-estar do trabalhador, englobando uma avaliação às exigências laborais; à organização do trabalho e conteúdo; às relações sociais e liderança; à interface trabalho-indivíduo; aos valores no local de trabalho; à personalidade; à saúde e bem-estar; e aos comportamentos ofensivos. No presente estudo será utilizada a segunda versão, nomeadamente a versão média que compreende 28 dimensões e 76, apresentados por uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, por ser a versão sugerida para fins de investigação.

O *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G) foi originalmente construído por Cella e colaboradores em 1993, traduzido para a língua portuguesa pela organização Organização *Functional Assessment of Cancer Therapy Organization* (Eremenco, Cella & Arnold, 2005) e validado e adaptado para a população portuguesa por Pereira & Santos (2011). A escala tem como objetivo permitir a avaliação da qualidade de vida geral em pacientes oncológicos, sendo constituída por 27 itens que se organizam em 4 domínios: Bem-estar Físico (7 itens); Bem-estar Funcional (7 itens); Bem-estar Social/Familiar (7 itens) e Bem-estar emocional (6 itens). As questões apresentam-se com o formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (de 0 a 4) (Pereira & Santos, 2011).

O *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue* (FACIT-F) é uma subescala do FACT-G constituída por 13 itens de autorresposta relacionados com a fadiga, procurando avaliar o impacto físico da fadiga nas atividades da vida diária do indivíduo, aliando a fadiga à qualidade de vida relacionada com a saúde em indivíduos com cancro ou outras patologias, obtendo a perceção da fadiga do próprio indivíduo. A escala apresenta-se sob o formato de escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 a 4), podendo variar entre os 0 pontos e os 52 pontos, sendo que quanto maior é a pontuação, menores são os níveis de fadiga e maior será a qualidade de vida do paciente (Eremenco, Cella & Arnold, 2005; Pereira & Santos, 2011).

O *Work Ability Index* (WAI) (Ilmarinen, Tuomi, & Seitsamo, 2005) foi desenvolvido para a população portuguesa por Silva et al. (2000). Este é um instrumento multidimensional que engloba

escalas acerca das exigências do trabalho, quer físicas, quer mentais, do estado de saúde do trabalhador e dos seus recursos. É constituído por 7 itens que indicam, sinteticamente, a estimativa da capacidade para o trabalho atual em comparação com a melhor capacidade registada ao longo da vida; a capacidade para o trabalho atual em relação às exigências físicas e mentais do trabalho; o número de doenças diagnosticadas por um médico; a estimativa do grau de incapacidade para o trabalho devido a doença; o absentismo registado por doença no último ano; o prognóstico individual sobre a capacidade para o trabalho para daqui a 2 anos; a autoavaliação dos recursos psicológicos. A pontuação do ICT varia entre 7 e 49 pontos, sendo que valores baixos (7-27 pontos) indicam “fraca capacidade para o trabalho” e valores elevados (44-49 pontos) indicam “excelente capacidade para o trabalho”. O ICT permite avaliar a capacidade para o trabalho e prever a incidência de incapacidade nos trabalhadores, dando informações para melhorar as condições de trabalho e promover a saúde e a competência profissional. No estudo de Martinez, Latorre & Fischer (2010), o instrumento foi administrado a 475 trabalhadores, exibindo uma consistência interna de $\alpha = 0,72$ para todos os sete itens.

O *Trail Making Test* (TMT) foi desenvolvido para a população portuguesa por Cavaco, Pinto, Gonçalves, Gomes, Pereira, & Malaquias (2008). Este instrumento é apropriado para efetuar um rastreio visual e avaliar a atenção, velocidade de processamento, agilidade, velocidade motora, sequenciação e flexibilidade cognitiva, sendo constituído por duas partes: a parte A consiste em ligar de forma crescente, com um traço, os números de 1 a 25 que se encontram distribuídos aleatoriamente numa folha; e a parte B, mantém a mesma lógica de ligação mas desta vez devem-se unir números (do 1 ao 13) e letras (do A ao L) de forma alternada. Assim, a parte A avalia a orientação visuo-espacial e a velocidade psicomotora enquanto a parte B surge como uma medida de atenção, flexibilidade cognitiva, capacidade de planeamento e alternância entre estímulos.

O *Stroop Test* foi desenvolvido por Ridley Stroop em 1935 e traduzido para a população portuguesa por Castro, Cunha & Martins (2000). Este tem como objetivo medir o controlo cognitivo e verificar a facilidade com que um sujeito consegue manter um objetivo em mente e reprimir uma resposta habitual. O instrumento permite avaliar a memória de trabalho, a velocidade de processamento da informação e a ativação semântica, avaliando, portanto, várias funções executivas e a atenção seletiva. O *Stroop Test* é composto por duas tarefas, uma de leitura e outra de nomeação de cor, e os estímulos são nomes de cor impressos em cor incongruente (Castro, Cunha & Martins, 2000). Este instrumento apresenta uma boa validade e fiabilidade, permitindo a sua utilização na população portuguesa (Fernandes, Rodríguez & Silva, 2012).

Referências Bibliográficas

Aaronson, N. K., Mattioli, V., Minton, O., Weis, J., Johansen, C., Dalton, S. O., ... & Poll-Franse, L. (2014). Beyond treatment–psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship

- research and practice. *European Journal of Cancer Supplements*, 12(1), 54-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcsup.2014.03.005>.
- Amir, Z., Neary, D., & Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: a UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 190-197. doi:10.1016/j.ejon.2008.01.006.
- Boer, A. (2014). The European Cancer and Work Network: CANWON. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 393-398. doi: 10.1007/s10926-013-9474-5.
- Boer, A., Taskila, T., Ojajarvi, A., Dijk, F., & Verbeek, J. (2009). Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA*, 301(7), 753-762. doi:10.1001/jama.2009.187.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos. In Simões, M., Machado, C. Gonçalves, M., Almeida, L. (Eds). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*, 1ª, 305-331. Coimbra: Quarteto editora.
- Carlsen, K., Dalton S., Frederiksen, K., Diderichsen, F., & Johansen, C. (2008). Cancer and the risk for taking early retirement pension: a Danish cohort study. *Scandinavian journal of public health*. 36 (2), 117-125. doi: 10.1177/1403494807085192.
- Castro, S., Cunha, L., & Martins, L. (2000). Teste Stroop Neuropsicológico em Português. Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9191/2/86565.pdf>.
- Cavaco, S., Pinto, C., Gonçalves, A., Gomes, F., Pereira, A., & Malaquias, C. (2008). Trail Making Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos. *Psychologica*, 49, 222-238.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., ... & Brannon, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *Journal of clinical oncology*, 11(3), 570-579. Retrieved from <http://jco.ascopubs.org/content/11/3/570.short>.
- Duijts, S., van Egmond, M., Spelten, E., van Muijen, P., Anema, J., & van der Beek, A. (2014). Physical and psychosocial problems in cancer survivors beyond return to work: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(5), 481-492. doi: 10.1002/pon.3467.
- Eremenco, S., Cella, D. & Arnold, B. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 28(2), 212-232. doi: 10.1177/0163278705275342.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*, 136(5), 359-386. doi: 10.1002/ijc.29210.

- Fernandes, S., Rodríguez, J., & Silva, C. (2012). Adaptación del Test de Colores y Palabras de Stroop: Su Importancia en la Detección Precoz de los Déficits en las Funciones Ejecutivas. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 21(3), 29-36. Retrieved from http://medicosecuador.com/revecuatneurol/vol21_n1-3_2012/revista212012.pdf#page=29.
- Ferreira, S. N. (2013). *Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores formais de idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Portugal.
- Freitas, S., Simões, M.R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCa) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Hoffman, B. (2005). Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(1), 271–280. doi: 10.3322/canjclin.55.5.271.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005). New dimensions of work ability. *International Congress Series*, 1280, 3-7. doi:10.1016/j.ics.2005.02.060.
- Jalan, R., & Hayes, P. (1997). Hepatic encephalopathy and ascites. *The Lancet*, 350, 1309. doi:10.1016/S0140-6736(97)07503-X.
- Kristensen, T. (2002). *A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. TUTB Newsletter.
- Martinez, M., Latorre, M., & Fischer, F. (2010). Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 1553-1561.
- Martins, L. (2010). *Trauma e psicopatologia na dor somatoforme*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Mehnert, A. (2011a). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 77(2), 109-130. doi:10.1016/j.critrevonc.2010.01.004
- Mehnert, A. (2011b). Rückkehr zur Arbeit bei Patienten mit einer Krebserkrankung, *Springer Medizin*, 26(1), 23-26. doi:10.1007/s12312-010-0581-3.
- Mellon, S., Northouse, L., & Weiss, L., (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*, 29(2), 120–131. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565621>.
- Minton, O., & Stone, P. (2008). How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 112(1), 5–13. doi:10.1007/s10549-007-9831-1.
- Mols, F., Thong, M., Vreugdenhil G., & Poll-Franse L. (2009). Long-term cancer survivors experience work changes after diagnosis: results of a population-based study. *Psychooncology*, 18(12), 1252–1260. doi: 10.1002/pon.1522.

- Nasreddine, Z. A., Phillips, N. A., Bédiriam, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I.,... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Peña-Casanova, J., Fombuena, N. G., & Fullà, J. G. (2004). *Tests Neuropsicológicos: Fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias*. Barcelona: Masson.
- Pereira, F., & Santos, C. (2011). Estudo de adaptação cultural e validação da Functional Assessment of Cancer Therapy-General em cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1041>.
- Peteet, J. (2000). Cancer and the meaning of work. *General Hospital Psychiatry*, 22(3), 200–205. doi:10.1016/S0163-8343(00)00076-1.
- Pinto, A. S. (2013). *Vinculação aos pais, psicopatologia e percepção de competências parentais em mães de crianças utentes da consulta de Psicologia*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.
- Roelen, C., Koopmans, P., Groothoff, J., Klink, J., & Bültmann, U. (2011). Sickness absence and full return to work after cancer: 2-year follow-up of register data for different cancer sites. *Psycho-oncology*, 20(9), 1001–1006. doi: 10.1002/pon.1820.
- Saúde, M. (2011). Decreto-lei nº 7/2012. Retrieved from <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>.
- Short, P. F., Vasey, J. J., & Tuncelli, K. (2005). Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*, 103(6), 1292–1301. doi: 10.1002/cncr.20912.
- Silva, C., Amaral, V., Pereira, A., Bem-haja, P., Pereira, A., Rodrigues, V., ... Nossa, P. (2012). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)*. Portugal e Países Africanos de língua oficial portuguesa. Fundação para a Ciência e Tecnologia. Retrieved from http://ns131.hocnet.pt/uploads/ANEXO%202_BOOKLET%20COPSOQ.pdf.
- Silva, C.F., Silvério, J., Nossa, P., Rodrigues, V., Pereira, A., & Queirós, A. (2000). Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral - versão portuguesa do Work Ability Index (WAI). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5(2), 329-340.
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reaction. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Taskila, T., & Lindbohm, M. (2007). Factors affecting cancer survivors employment and work ability. *Acta Oncológica*, 46(4), 446–451. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02841860701355048>.

Anexo D – Consentimento Informado

Enquadramento na Investigação:

No âmbito da Unidade Curricular de «Dissertação de Mestrado», do 2º ano de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, da Universidade de Aveiro, realiza-se uma investigação no âmbito da Psicooncologia. O presente estudo tem como objetivos primordiais averiguar se a capacidade para o trabalho nos sobreviventes de doença oncológica se encontra afetada comparativamente com indivíduos sem diagnóstico de cancro; perceber se existem défices no regresso ao trabalho nos sobreviventes e que tipo de défices se reportam, para futuramente construir evidência empírica que enfatize a necessidade de melhorar esses aspetos; avaliar as funções cognitivas nos sobreviventes comparativamente com indivíduos sem historial de cancro; avaliar a qualidade de vida e a fadiga em sobreviventes de cancro comparativamente com indivíduos sem historial de cancro; e verificar o impacto dos riscos psicossociais na saúde e no bem-estar do trabalhador, englobando uma avaliação às exigências laborais, à organização do trabalho, às relações sociais, à interface trabalho-indivíduo, aos valores no local de trabalho, à saúde e bem-estar e aos comportamentos ofensivos em ambas populações.

Procedimento Específico:

Primeiramente será entregue um consentimento informado com o objetivo da experiência. Posteriormente será pedido para responder a um questionário sociodemográfico e aos restantes questionários específicos da investigação.

Duração:

O procedimento da investigação terá uma duração média de cerca de 1 hora.

Risco para o participante:

Não há riscos acrescidos pela participação nesta investigação para além dos normalmente encontrados no seu dia-a-dia.

Benefício para o participante:

A sua participação nesta experiência será uma mais-valia, pois permite alargar o autoconhecimento sobre os aspetos avaliados ao longo da investigação, tais como, o impacto cognitivo derivado da doença, a capacidade para o trabalho percebida após a doença e o bem-estar percebido após o término dos tratamentos oncológicos e regresso ao mercado de trabalho. Para o caso de nunca ter

estado em contacto com uma investigação, terá uma oportunidade de ficar com uma ideia geral de como é realizada uma investigação científica específica na área da Psico-oncologia.

Confidencialidade:

Qualquer dado fornecido aos investigadores, no decorrer da experiência, será anónimo e confidencial, sendo que nenhum dado será revelado.

Natureza voluntária da sua participação:

A sua participação é de cariz voluntário. Mesmo concordando inicialmente com o estudo, poderá desistir da investigação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização, devendo apenas comunicar o seu desejo ao investigador responsável. Deverá ficar informado que mesmo que deseje desistir de participar na experiência os seus dados continuarão a ser confidenciais, sendo apagados imediatamente logo após a sua desistência.

Contactos:

Para mais informações sobre o estudo, podem contactar os investigadores responsáveis pela experiência: Andrea Andrade - andrevictoria@ua.pt; Diana Silva – s.diana@ua.pt

Afirmação do Consentimento Informado:

Ao assinar, confirma a sua participação na experiência, bem como o facto de ter lido todo o consentimento, concordando com os termos inscritos. Qualquer dúvida que surja antes ou durante o decorrer da experiência será respondida pelo responsável da investigação.

Assinatura do Participante

Data

Assinatura do Investigador

Data

Anexo E – Pedido de Autorização solicitado para a utilização dos Instrumentos Psicométrico

31/10/2016

RE: Urgente: Pedido de permissão para a utilização do COP... - Andrea Andrade

RE: Urgente: Pedido de permissão para a utilização do COPSOQ II e do ICT na dissertação de mestrado

Carlos Silva <csilva@ua.pt>

seg 11-01-2016 20:02

Para: Andrea Andrade <andreavictoria@ua.pt>;

Muito boa noite
 Presumo que já terei respondido.
 Pode utilizar sem problema.
 Deverá referir nos trabalhos a Refª FCT/COMPETE que os Drs Pedro Bem-Haja e Vânia Amaral lhe fornecerão.

Com os mais cordiais cumprimentos / Best regards

Carlos Fernandes da Silva, PhD

Professor Catedrático / Full Professor

 Universidade de Aveiro – Departamento de Educação

Subdiretor / Vice Director

CINTESIS.UA, Aveiro Unity of CINTESIS

Center for Health Technology and Services Research – UP

31/10/2016

Portuguese FACT-G - Andrea Andrade

Portuguese FACT-G

Jason Bredle <jbredle@facit.org>

ter 01-12-2015 17:04

Para: Andrea Andrade <andreavictoria@ua.pt>;

 4 anexos (236 KB)

doc03_ScoringFACT-G v4-REVISED.doc; FACT-G_POR_Final_Ver4_NI_14Jan10.doc; FACT-G_POR_Final_Ver4_NI_14Jan10.pdf; doc01_Administration Guidelines_Manual_082505-2.doc;

Hi Andrea,

I've attached the Portuguese FACT-G questionnaire along with the scoring materials. Please let me know if I can do anything else for you.

Kind regards,

Jason

Jason Bredle
 Manager, Business Operations
jbredle@facit.org
 +1-773-807-9094



PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

www.facit.org

31/10/2016

RE: New Authorization Request for using FACIT-F, portuguese... - Andrea Andrade

RE: New Authorization Request for using FACIT-F, portuguese version, in Master Thesis

ter 05-01-2016 16:19

Para: Andrea Andrade <andrea victoria@ua.pt>:

 3 anexos (66 KB)

doc41_ScoringFACIT-Fatigue subscale v4-REVISED.doc; FACIT-Fatigue_POR_Final_Ver4_NI_27Jan11.docx; FACIT-Fatigue_POR_Final_Ver4_NI_27Jan11.pdf;

Hi Andrea,

No problem, here you go.

Thanks,
JasonJason Bredle
Manager, Business Operations
jbredle@facit.org
+1-773-807-9094PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE
www.facit.org