Universidade de Aveiro Departamento de Educação e de Psicologia
Ano 2016

DIANA MARIA SOUSA SILVA

CAPACIDADE PARA O TRABALHO E DESEMPENHO COGNITIVO NOS INDIVÍDUOS SOBREVIVENTES DE CANCRO EM ATIVIDADE LABORAL

Universidade de Aveiro Departamento de Educação e Psicologia
Ano 2016

DIANA MARIA SOUS SILVA

CAPACIDADE PARA O TRABALHO E DESEMPENHO COGNITIVO NOS INDIVÍDUOS SOBREVIVENTES DE CANCRO EM ATIVIDADE LABORAL

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 Psicologia e Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu marido e filho, pelo amor, apoio e compreensão.

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora Associada com agregação da Universidade de Aveiro

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

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

agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram generosamente para a realização deste trabalho.

À Prof.ª Doutora Sara Monteiro e à Doutora Ana Bártolo pela orientação, disponibilidade e apoio concedidos na realização deste trabalho.

Ao CHEDV e ao CHBV pelo acolhimento desta investigação. A todos os colaboradores da instituição que me apoiaram e encaminharam pacientes dos quais destaco o apoio da Drª Anita, das enfermeiras do Serviço de Oncologia, assim como, o apoio das administrativas Sylvie e Florbela Primavera.

A todos os pacientes que aceitaram participar voluntariamente neste estudo, pois só com o seu contributo foi possível a realização deste trabalho.

Um agradecimento muito especial ao meu marido por todo o carinho, esforço, paciência, motivação e apoio. Ao meu filho pelo amor incondicional, pela inspiração e por ser a minha fonte de motivação.
À minha família, pais e irmão pelo amor e confiança.

À Andrea Andrade pela partilha, apoio, compreensão e amizade que tornou este percurso mais fácil e prazeroso. À Juliana por se encontrar sempre presente, apesar de se encontrar distante, pela amizade, motivação, carinho e disponibilidade que sempre tem comigo. À Vanessa por me apoiar e incentivar. E a todos os meus amigos que têm partilhado este percurso comigo.

A todas as senhoras que voluntariamente participaram neste estudo, que me transmitiram muitos ensinamentos e que foram a principal motivação para a realização deste trabalho.

palavras-chave

Cancro, capacidade para o trabalho, desempenho cognitivo, fatores psicossociais, atividade laboral, sobreviventes de cancro

resumo

O cancro apresenta-se como o principal problema de saúde das sociedades desenvolvidas, com o maior impacto económico derivado da perda de recursos humanos por falecimento, assim como, também pela diminuição da produtividade dos indivíduos diagnosticados com cancro ou em tratamento. Este estudo avalia a capacidade para o trabalho, os fatores psicossociais e o desempenho cognitivo dos indivíduos sobreviventes de cancro em atividade laboral. A amostra é constituída por 114 participantes, subdivididos por dois grupos: sobreviventes de cancro em atividade laboral (n=57) e indivíduos sem historial de cancro (n=57). Os instrumentos utilizados foram o Questionário Sociodemográfico, Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), o Work Ability Index (WAI), o Trail Making Test (TMT) e o Stroop Test. O estudo permitiu identificar uma capacidade para o trabalho e desempenho cognitivo diminuído, assim como, um maior impacto ao nível dos fatores psicossociais nos sobreviventes de cancro que se encontram em atividade laboral em comparação com indivíduos sem historial de cancro.

keywords

Cancer, work ability, cognitive performance, psychosocial factors, professional activity, cancer survivors

abstract

Cancer is the main health problem in developed societies today, with the greatest economic impact derived from the loss of human resources by death and also because of the loss in the productivity of those diagnosed with cancer and their treatments. This study assesses the work ability, psychosocial factors and cognitive performance of professionally active cancer survivors. The sample consists of 114 participants, divided into two groups: professionally active cancer survivors (n = 57) and individuals without cancer history (n = 57). The instruments used were the Sociodemographic Questionnaire, Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), the Work Ability Index (WAI), the Trail Making Test (TMT) and the Stroop Test. The study identified a worse work ability, reduced cognitive performance and a greater impact on psychosocial factors in professionally active cancer survivors compared to individuals without cancer history

Índice

Introdução 1
Metodologia 4
Participantes 4
Instrumentos 7
Procedimento 8
Resultados 9
Diferenças entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível da capacidade para o trabalho e dos riscos psicossociais 9
Diferenças entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível das funções executivas 12
Relação entre as diferentes avaliações do desempenho cognitivo em sobreviventes de Cancro 13
Discussão 14
Referências Bibliográficas 19
Anexos 29

Introdução

A doença oncológica é atualmente o principal problema de saúde das sociedades desenvolvidas (Boer, 2014). A Organização Mundial de Saúde menciona cerca de 8.2 milhões de mortes relacionadas com o cancro ocorridas em 2012 (Stewart & Wild, 2014; WHO, 2016). Adicionalmente, é uma doença com um grande impacto económico por levar à redução da produtividade, à inapetência para o trabalho e à perda de recursos humanos especializados por morte ou incapacidade laboral (American Cancer Society, 2015; Soares, 2009).

No conjunto das causas de mortalidade em Portugal, o cancro surge como a segunda causa de morte mais frequente, após as doenças cardiovasculares, e é a principal causa antes dos 70 anos de idade. Apesar de terem vindo a ser realizados avanços relevantes na prevenção e tratamento do cancro em Portugal (Saúde, 2011) em 2012 foram diagnosticados 49.2 mil novos casos de cancro, sendo que atualmente vivem em Portugal 134.3 mil pessoas com cancro diagnosticado há mais de 5 anos (Ferlay et al., 2015). Os tipos de cancro mais frequentes na população portuguesa são o cancro do colo-retal, próstata, da mama, pulmão e estômago (Ferlay et al., 2015).

O diagnóstico de cancro tem ocorrido mais frequentemente em indivíduos que se encontram em idade laboral ativa, devido ao aumento da esperança média de vida e ao aumento da idade da reforma. Este facto tem potenciado um número crescente de sobreviventes de cancro que retomam o trabalho após o tratamento ou que não cessam a sua atividade (Hoffman, 2005; Short, Vasey, & Tuncelli, 2005). No entanto, estes indivíduos podem apresentar um impacto ao nível da sua capacidade para o trabalho (Mehnert, 2011b).

A capacidade para o trabalho é um conceito relativo à aptidão do trabalhador em fazer face às necessidades, exigências físicas e cognitivas da função que desempenha, tomando em consideração os requisitos da profissão e a adaptação às mesmas (Banning & Grifiths, 2014; Nordenfelt, 2008; Stolk, Hofman, Hafner & Janta, 2014). Assim, a capacidade para a atividade laboral dos indivíduos sobreviventes de cancro encontra-se associada a fatores psicológicos, psicossociais e cognitivos.

Os fatores psicológicos e psicossociais são fatores relevantes na capacidade do indivíduo para exercer as suas funções e para regressar ao seu posto de trabalho (Boer et al., 2008; Taskila & Lindbohm, 2007). O regresso ao mercado laboral permite obter várias

compensações que se prendem com a sensação de rotina e normalidade, identidade pessoal, autoestima, sensação de mestria, satisfação com a vida, qualidade de vida, papeis sociais, oportunidade de socialização, perceção de contribuição e independência financeira (Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Mols, Thong, Vreugdenhil & Poll-Franse, 2009; Peteet, 2000). Nesta população, o retorno laboral é também beneficiado pela capacidade de ajustamento do empregador às especificidades dos sobreviventes, pelo apoio social concedido pelos colegas de trabalho, menor exigência da atividade laboral e uma boa remuneração (Mbengi et al., 2016; Mehnert, 2001b). Alem disso, o regresso ao trabalho é usualmente percecionado como uma mensuração do percurso transitado, um sinal de recuperação e de conquista (Stergiou-Kita et al., 2014). Deste modo, aproximadamente dois terços dos sobreviventes de cancro permanecem no seu posto de trabalho após o diagnóstico do carcinoma ou regressam aquando da cessação dos tratamentos, indiciando uma elevada motivação para o regresso à atividade laboral (Mehnert, 2011a). No entanto, a expectativa dos sujeitos face ao prognóstico e à eficácia dos tratamentos apresenta-se como um fator preditor do regresso ao trabalho, independentemente do diagnóstico e tratamento realizado (Boer et al., 2008). Desta forma, é importante ter em consideração o impacto físico e mental que o cancro tem nos indivíduos, em toda a sua família e dinâmicas relacionais (Stergiou-Kita, 2014).

Em contrapartida, alguns problemas físicos crónicos, emocionais e ocupacionais podem dificultar o retorno ao local de trabalho (Aaronson et al., 2014; Amir, Neary & Luker, 2008; Black & Frost, 2011; Boer, 2014; Carlsen, Dalton, Frederiksen, Diderichsen & Johansen, 2008; Taskila, & Lindbohm, 2007), fomentando uma maior vulnerabilidade no que concerne o desemprego e promovendo o risco de uma reforma antecipada (Boer, Taskila, Ojajärvi, Dijk, &Verbeek, 2009; Roelen, Koopmans, Groothoff, Klink, & Bültmann, 2011).

Os indivíduos sobreviventes de cancro apresentam ainda um declínio ao nível do funcionamento cognitivo (Boer et al, 2004; Maia & Correia, 2008; Pinto & Pais Ribeiro, 2007; Venâncio, 2004). Assim, as dificuldades neuropsicológicas nos sobreviventes de cancro em atividade laboral evidenciam-se ao nível da eficiência e velocidade de trabalho (Duijts et al., 2014), da velocidade de processamento de informação (Ahles, 2010, Phillips et al., 2012; Bentzen, 2006; Berkey, 2010; Ferguson & Martinson, 2011), da memória, da atenção (Bentzen, 2006; Berkey, 2010; Boer et al, 2008; Ferguson et al., 2010; Langer et al., 2002; Reddick et al, 2006), da concentração (Cheung, Shwe, Tan, Chui, Raymond & Chan, 2013; Langer et al., 2002), da flexibilidade cognitiva e função cognitiva (Ahles, 2010; Jim

et al., 2009, Fan et al., 2005; Schagen et al., 2006), realização de cálculo (Bentzen, 2006; Berkey, 2010), na aprendizagem de novas informações, organização da informação, tomada de decisão e receio de esquecimento das informações previamente aprendidas (Anderson-Hanley, Sherman, Riggs, Agocha e Compas, 2003; Duijts et al., 2014). Deste modo, é possível verificar uma diminuição na capacidade para o trabalho em 32% dos indivíduos sobreviventes de cancro no desempenho da sua atividade profissional Mehnert (2011b).

É de salientar o impacto dos tratamentos do cancro nestes domínios, principalmente da quimioterapia e radioterapia. (Ferguson, Cassel & Dawson, 2010). Entre 20% a 40% da população que realizou quimioterapia experiencia um declínio cognitivo ligeiro a longo prazo, não associado a outros fatores (Ferguson & Martinson, 2011). Adicionalmente, as consequências da radioterapia podem ser notórias a curto ou a longo prazo apresentando a população uma tendência para o comprometimento das funções executivas (Anderson-Hanley, Sherman, Riggs, Agocha e Compas, 2003). Segundo Fauske, Bondevik, Bruland e Ozakinci (2015) as consequências dos tratamentos aos quais são submetidos os indivíduos com cancro podem perdurar até ao fim da sua vida e, consequentemente, ter impacto na sua capacidade para o trabalho.

Devido à grande incidência de cancro na população portuguesa e, tomando em consideração a importância do impacto do mesmo, dos seus tratamentos e a escassez de estudos nesta vertente, o presente estudo tem como principal objetivo analisar a capacidade para o trabalho e o desempenho cognitivo de sobreviventes de cancro que tenham regressado ao mercado de trabalho em comparação com indivíduos sem historia de cancro. Pretende-se desta forma (i) avaliar as diferenças entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível da capacidade para o trabalho (ii) analisar o impacto dos riscos psicossociais entre os indivíduos sobreviventes de cancro e os indivíduos sem historial de cancro (iii) explorar as diferenças entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível das funções executivas; e (iv) Explorar a relação entre as diferentes avaliações do desempenho cognitivo em sobreviventes de Cancro.

Metodologia

Participantes

O presente estudo abrangeu 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) estar inserido no mundo laboral; (iii) sem diagnóstico psicopatológico, sem historial de consumo de substâncias e sem diagnóstico de múltiplos tipos de cancro. Os participantes deste estudo foram divididos em dois grupos, em função de presença ou ausência de história de diagnóstico de cancro.

O primeiro grupo incluiu 57 indivíduos sobreviventes de cancro, com processo de tratamento concluído maioritariamente há mais de 5 anos e que já regressaram ao mundo laboral após o tratamento (Tabela 1, 2 e 3). O outro grupo foi constituído por 57 indivíduos sem historial de diagnóstico de cancro e que se encontravam inseridos no mercado laboral (Tabela 1, 2 e 3). Estes grupos apresentaram-se equivalentes pois não ocorrem diferenças estatisticamente significativas ao nível das variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. *Características sociodemográficas e clínicas (variáveis contínuas*)

	Grupo de sobreviventes (GE) n=57			Grupo sem historial de cancro (GC) n=57			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
Idade	51.14	52.00	6.84	50.96	52.00	5.61	1565.00	.738
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 (variáveis categoriais*)

	Grupo de sobreviventes (GE) n=57		Grupo sem historial de cancro (GC) n=57		$\chi 2$	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)		
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)		
Apoio familiar						
Sim	55	(96.50)	56	(98.20)	0.342	1.000
Não	2	(3.50)	1	(1.80)		

n: tamanho da amostra; %: percentagem; $\chi 2$– Teste do Qui-Quadrado/ Teste Exato de Fischer.

Tabela 2. *Características clínicas (variáveis categoriais)*

	Grupo de sobreviventes (GE) n=57		Grupo sem historial de cancro (GC) n=57		χ2	p
	n	%	n	%		
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; χ2– Teste do Qui-Quadrado/ Teste Exato de Fischer.

Instrumentos

Para a realização da presente investigação, solicitou-se o preenchimento de um Questionário Sociodemográfico, do Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ); do Work Ability Index (WAI), do Trail Making Test (TMT) e do Stroop Test.

No Questionário Sociodemográfico foi recolhida informação referente à idade, estado civil, residência, escolaridade, profissão e o número de filhos. Relativamente à história médica, tipo de cancro, há quanto foi diagnosticada a doença; tipo de tratamento efetuado; em que estádio estava; há quanto tempo regressou ao trabalho após o tratamento da doença; se regressaram à mesma atividade laboral que anteriormente realizavam.

O Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) foi originalmente desenvolvido por Kristensen (2002) para avaliar os fatores de riscos psicossociais do absentismo no trabalho, o impacto do mesmo na saúde e no bem-estar do trabalhador. No presente estudo será utilizada a versão média que compreende 28 dimensões e 76 itens, apresentados por uma escala tipo Likert de 5 pontos, por ser a versão sugerida para fins de investigação. A consistência interna deste instrumento avaliado na sua versão original apresenta com características psicométricas para a as escalas na versão média, um alfa de *Cronbach* com valores compreendidos entre 0.64 e 0.85 (NRCWE, 2014; Kristensen, Hannerz, Hogh & Borg, 2005). O instrumento encontra-se adaptado para a população portuguesa por Silva et al. (2012), apresentando boas características psicométricas e valores de consistência interna em linha com os dos instrumentos originais, com valores de Alfa de *Cronbac*h entre os 0.60 e os 0.90 (Ramos, 2014; Silva et al., 2012). No presente estudo, o instrumento global apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.74.

O Work Ability Index (WAI) é um instrumento de medida subjetiva da capacidade para o trabalho, desenvolvido por Ilmarinen, Tuomi e Seitsamo (2005). 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 consistência interna deste instrumento avaliada na sua versão original apresenta um valor de alfa de *Cronbach* de 0.83 (Finnish Institute of Ocupational Health, 2014; Ilmarinen, et al., 2005; Tuomi, Ilmarinen, Jahkola, Katajarinne & Tulkki, 1998), encontrando-se aferido para a para a população portuguesa por Silva et al. (2000) através de um projeto de investigação (PTDC/SAU/ESA/66163/2006). As propriedades psicométricas deste instrumento no estudo com a população portuguesa (amostra de 1955 trabalhadores), revelou índices de consistência interna adequados, obtendo o valor de alfa de *Cronbach* de 0.79 (Silva et al., 2000). No presente estudo, o instrumento apresentou um alfa de *Cronbach* de 0.55.

O Trail Making Test (TMT) foi desenvolvido para a população portuguesa por Cavaco et al. (2008). Este instrumento é apropriado para avaliar, a velocidade de processamento de informação, a atenção, a memória de trabalho e a 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. A execução da parte B do TMT envolve funções que não se encontram implicadas na parte A uma vez que esta parte da prova exige uma alternância contínua entre duas categorias diferentes de estímulos (Peña-Casanova, Fombuena, Fullà, 2004), medindo assim a flexibilidade cognitiva (Jalan & Hayes, 1997).

O Stroop Test (ST) foi desenvolvido por Ridley Stroop em 1935 e traduzido para a população portuguesa por Castro, Cunha e 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, a concentração, a velocidade de processamento da informação, a flexibilidade cognitiva e a atenção seletiva avaliando, portanto, várias funções executivas (Stauss, Sherman, & Spreen, 2006). O teste de Stroop 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 et al., 2000). Este instrumento apresenta uma boa validade e fiabilidade, permitindo a sua utilização na população portuguesa (Fernandes, Rodríguez & Silva, 2012).

Procedimento

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais abrangente com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, os riscos psicossociais, o desempenho

cognitivo, a qualidade de vida e a fadiga em indivíduos sobreviventes de cancro que tenham regressado à sua atividade profissional.

A investigação foi realizada em duas instituições hospitalares, nomeadamente, no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. e no Centro Hospitalar entre o Douro e o Vouga, E.P.E., mediante uma primeira solicitação de autorização ao diretor executivo e posteriormente à Comissão de Ética dos Centros. Os participantes foram encaminhados pelo serviço hospitalar para a marcação de uma entrevista individual. Na entrevista foi apresentado o estudo, verificado o cumprimento dos critérios de inclusão para a participação no mesmo e solicitado o consentimento informado para a participação voluntária. Nesta entrevista foi recolhida informação sociodemográfica e clínica através de questionários previamente selecionados.

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, assim, análises realizadas utilizaram estatísticas não paramétricas, tendo em conta as características da amostra e hipóteses a serem testadas. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney (U) para avaliar as características contínuas, para além disso, utilizou-se o Teste Exato de Fischer e o Teste do Qui-Quadrado ($\chi 2$) para avaliar as diferenças entre as variáveis sociodemográficas categoriais dos dois grupos estudados. Assim, 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 também efetuadas análises correlacionais com recurso ao coeficiente de correlação de Spearman rho para averiguar a existência de relações entre algumas variáveis sociodemográficas e fatores psicológicos em análise entre variáveis neuropsicológicas estudadas.

Resultados

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

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

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 das exigências quantitativas 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 do trabalho, à previsibilidade laboral, às recompensas no trabalho, à qualidade de liderança no trabalho, à perceção de apoio social de colegas, à perceção de comunidade social de trabalho, à perceção de justiça e respeito no local de trabalho, à autoeficácia do individuo e à satisfação laboral.

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

	Grupo de sobreviventes n= 57			Grupo sem historial 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	6.02	635.00	.000
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*
Burnout	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 sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível das funções executivas

A análise dos resultados (Tabela 5) demostra que os sobreviventes de cancro apresentaram um maior número de erros ao nível do TMT-A comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro ao nível do Trail Making Test A, e ao nível do Trail Making Test B. Para além disso, os sobreviventes de cancro demoraram significativamente mais tempo comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro na realização das tarefas do Trail Making Test A, e do Trail Making Test B.

No que se refere ao Stroop Test, os sobreviventes de cancro apresentaram um número de palavras incorretas significativamente superior comparativamente aos indivíduos sem historial de cancro na tarefa de leitura e na tarefa de nomeação de cor. Para além disso, os sobreviventes de cancro apresentaram um número de palavras corretas significativamente inferior em relação aos indivíduos sem historial de cancro na tarefa de nomeação de cor.

Tabela 5. Diferenças entre sobreviventes de cancro e indivíduos sem historial de cancro ao nível das funções executivas.

	Grupo de sobreviventes n= 57			Grupo sem historial de cancro n= 57			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
Trail Making Test								
TMT A erros totais	0.12	0.00	0.33	0.02	0.00	0.13	1453.50	.029*
TMT A tempo total	58.79	58.00	21.32	49.89	49.00	9.24	1188.00	.013*
TMT B erros totais	0.60	0.00	0.75	0.33	0.00	0.66	1302.50	.029*
TMT B tempo total	146.56	137.00	58.28	97.16	97.00	25.96	576.50	.000*
Stroop Test								

Leitura- palavras corretas	109.60	112.00	6.34	110.09	112.00	6.30	1404.50	.099
Leitura- palavras incorretas	0.49	0.00	1.12	0.12	0.00	0.43	1385.00	.032*
Nomeação Cor-palavras corretas	68.74	72.00	17.63	75.95	77.00	15.88	1260.50	.039*
Nomeação Cor-palavras incorretas	2.35	2.00	2.36	0.89	1.00	1.01	1056.50	.001*

U: Teste de Mann-Whitney; p: probabilidade; *p<0.05

Relação entre as diferentes avaliações do desempenho cognitivo em sobreviventes de Cancro

Na análise dos dados obtidos (Tabela 6) verificou-se que existe uma correlação positiva entre o tempo demorado a completar as tarefas do TMT A, com o número de palavras incorretas na tarefa de leitura do ST e com o tempo demorado a completar a tarefa de leitura do ST. Por fim, foi possível analisar que existe uma correlação positiva entre o tempo demorado a completar as tarefas do TMT B, com o tempo demorado a concluir a tarefa de nomeação de cor do ST e com o tempo demorado a completar a tarefa de leitura do ST.

Tabela 6. Relação entre as diferentes avaliações do desempenho cognitivo em sobreviventes de Cancro.

	ST Leitura-palavras incorretas		**ST Nomeação Cor-palavras incorretas**		**ST Leitura - Tempo**		**ST Nomeação Cor - Tempo**	
	*r*s	p	*R*s	P	*r*s	p	*r*s	p
TMT A erros totais	.082	.545	.117	.384	.137	.310	.103	.447

TMT A tempo total	.384	.003**	.181	.177	.470	.000**	.297	.025*
TMT B erros totais	.262	.049*	.290	.029*	.050	.714	.120	.376
TMT B tempo total	.174	.195	.296	.025*	.313	.018*	.373	.004**

*r*s: Teste de correlação de Spearman; *p<.05; **p<.01

Discussão

O presente estudo pretendeu averiguar as diferenças ao nível da capacidade para o trabalho, dos riscos psicossociais e do desempenho cognitivo entre indivíduos sobreviventes de cancro que tenham regressado ao mercado laboral e indivíduos sem historial de cancro. Os resultados constituem uma evidência da diferença significativa existente entre os dois grupos avaliados, tendo sido possível verificar uma capacidade para o trabalho diminuída, um maior impacto ao nível dos riscos psicossociais e do desempenho cognitivo nos sobreviventes de cancro em atividade laboral.

Ao nível da capacidade para o trabalho, os sobreviventes de cancro apresentam resultados diminuídos, diferindo dos indivíduos sem historial de cancro. Estes dados vão de encontro ao referido na literatura onde é mencionado que os sobreviventes reportam a necessidade de um horário de trabalho reduzido, uma produtividade e eficiência diminuída e uma menor capacidade para o trabalho ao nível físico e mental (Bradley, Neumark, Luo & Schenk, 2007; Duijts et al., 2014; Feuerstein, Hansen, Calvio, Johnson & Ronquillo 2007; Gudbergsson, Fossa & Borgerass, 2006; Lee et al., 2008; Maunsell et al., 2004; Mehnert, 2011b; Short, Vasey & Moran, 2008; Soares, 2009; Yabroff, Lawrence, Clauser & Davis, 2004). Estes resultados podem derivar do possível impacto no bem-estar físico, psicológico, social, económico e laboral dos indivíduos derivado do diagnostico e tratamento do cancro (Banning & Grifiths, 2014; Boer et al., 2008; Munir, Yarker & McDermott, 2009; Nordenfelt, 2008; Torp, Nielsen, Gudbergsson & Dahl, 2012).

No que concerne os riscos psicossociais os indivíduos sobreviventes de cancro relatam maior dificuldade comparativamente com os indivíduos sem historial de cancro, consistentemente com outros estudos (Aaronson et al., 2014; Pachman, Barton, Swetz &

Loprinzi, 2012; Mitchell et al, 2011). Mais especificamente, os sobreviventes relatam impacto ao nível da saúde geral (Duijts et al., 2014; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), dos sintomas depressivos (Burton, Fanciullo, Beasley & Fisch, 2007; Dalton, Laursen, Ross, Mortensen & Johanson, 2009; Pirl, 2004) e do sono (Main, Nowels, Cavender, Etschmaier & Steiner, 2005; Pachman et al., 2012. Estes resultados enquadram-se nas conclusões obtidas a partir de alguns estudos que apontam para uma dificuldade na adaptação do regresso ao trabalho pela presença de possíveis alterações físicas e cognitivas nos indivíduos sobreviventes de cancro, que exigem um processo de adaptação à sua atual capacidade funcional (Mbengi et al., 2016; Mehnert, Boer & Feuerstein, 2013). Os sintomas apresentados poderão também encontrar-se associados aos efeitos secundários dos tratamentos realizados (Fauske et al., 2015).

Os sobreviventes de cancro apresentam ainda níveis superiores de conflitos na gestão entre o trabalho e a família (Stergiou-Kita, 2014), menor satisfação laboral (Seifart, Bohnenkamp & Jackisch, 2016), menor perceção de autoeficácia (Rogers, McAuley, Courneya & Verhulst, 2008) e um significado menor atribuído ao trabalho em comparação com os indivíduos sem historial de cancro (Hakanen & Lindbohm, 2008). Os dados referentes ao envolvimento com o posto de trabalho contrariam os obtidos por Gudbergsson, Fossa e Dahl (2008) onde não se verificaram diferenças entre as populações. O afastamento da atividade laboral e o impacto dos tratamentos ao nível funcional poderão conduzir a dificuldades na execução das tarefas laborais, o que poderá influenciar o sentido de autoeficácia dos sujeitos principalmente se estes considerarem que os seus resultados não se coadunam com os apresentados pelos colegas. Esta inapetência poderá resultar na necessidade de atualizar e reformular os conhecimentos na sua área de trabalho, podendo contribuir para a insatisfação laboral. Por outro lado, os sobreviventes podem sentir uma maior necessidade de tempo livre para dedicar à família e a atividades prazerosas após terem ultrapassado todo o processo relacionado com o cancro e os seus tratamentos.

Os sobreviventes reportam, uma comunidade laboral reduzida e apoio social de colegas diminuído (Berg, Elders, Zwart & Burdorf, 2009; Duijts et al., 2014; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007; Spelten, Sprangers & Verbeek, 2002; Taskila & Lindbohm, 2007; Torp et al., 2012) quando comparados com indivíduos sem historial de cancro. Estes dados sugerem um possível sentimento de exclusão relativamente aos colegas de trabalho que poderá estar associado à ausência prolongada do mundo laboral com consequente quebra de

relacionamento social com os colegas (Mbengi et al., 2016). Estes resultados poderão ainda surgir por os sobreviventes não considerarem que estejam a ser tomadas as diligências possíveis para terem a sua função e horário de trabalho devidamente adaptados às suas necessidades atuais (Kennedy, Haslam & Munir, 2007; Mbengi et al., 2016; Mehnert, 2001b).

Paralelamente, os resultados apontam que os sobreviventes, quando comparados com indivíduos sem historial de cancro, relatam uma qualidade inferior de liderança por parte da sua chefia, sentem-se sujeitos a menos situações de justiça e respeito no trabalho e reportam uma menor previsibilidade nos aspetos laborais. Estes dados constituem dados novos na investigação, uma vez que globalmente, os estudos efetuados neste contexto não se centram nestas dimensões psicossociais. No entanto, estes dados poderão ser explicados pela existência de estigma social face a indivíduos sobreviventes de cancro (Kagawa-Singer, Padilla & Ashing-Giwa, 2010; Shim et al., 2016). Por outro lado, a autoeficácia diminuída e os sintomas depressivos supramencionados poderão contribuir para uma menor valorização do reconhecimento prestado pelos empregadores. Por fim, os dados ao nível da previsibilidade podem indiciar uma maior instabilidade laboral neste grupo, assim como, a ocorrência de uma alteração na interpretação do mundo e da sua estabilidade após o diagnóstico inesperado do cancro.

Ao nível do desempenho cognitivo, os resultados apontam para um funcionamento diminuído nos indivíduos sobreviventes de cancro que desempenham funções laborais face a indivíduos sem historial de cancro (Fan et al., 2005, Phillips et al., 2012). Os dados sugerem um comprometimento ao nível da memória (Ahles, 2010; Jim et al., 2009), da atenção (Jim et al., 2009), da concentração (Cheung et al., 2013; Duijts et al., 2014; Langer et al., 2002), da flexibilidade cognitiva e função cognitiva (Ahles, 2010; Jim et al., 2009, Fan et al., 2005; Schagen et al., 2006) e da velocidade de processamento da informação (Ahles, 2010, Phillips et al., 2012). O comprometimento ao nível do desempenho cognitivo tem vindo a tornar-se uma consequência cada vez mais reconhecida do cancro e dos seus tratamentos (Asher & Myers, 2015). Numa revisão da literatura realizada por Ahles, Root & Ryan (2012), os autores concluíram que existem evidências reportadas por diversos estudos de alterações cognitivas associadas com o cancro e seus tratamentos em indivíduos sobreviventes de cancro, no entanto, é de salientar a ausência de avaliações cognitivas realizadas na fase pré-tratamento e pós-tratamento de cancro de modo a compreender o seu efeito nesta população.

Os resultados apresentados podem advir do impacto dos tratamentos realizados (Boer et al., 2008; Cheung et al., 2013; Ferguson et al.; Langer et al., 2002; Reddick et al, 2006), uma vez que, de acordo com Fauske et al. (2015) as consequências destes tratamentos ao nível do funcionamento do individuo podem ser vitalícias. Estes resultados poderão ainda ser provenientes de fatores biológicos ou genéticos dos indivíduos sobreviventes de cancro (Janelsi et al., 2011).

De modo complementar, no grupo dos sobreviventes de cancro em atividade laboral foi possível averiguar que os dados apontam para uma correlação positiva entre as avaliações do desempenho cognitivo. Estes resultados revelam que os sobreviventes que apresentam um maior comprometimento num dos instrumentos utilizados, apresentam igualmente piores resultados no outro instrumento, corroborando os dados anteriormente observados. Este facto sustenta a presença dos défices identificados, mesmo usando medidas distintas. Esta correlação entre ambos os instrumentos vai de encontro à preconizada por Campanholo et al. (2014), por Demakis (2004), Miller (2010), por Poreh, Miller, Dines & Levin (2012), por Renfrow (2010) e por Sánchez-Cubillo et al. (2009), sendo que Hodgson et al, (2012) menciona que estes testes tendem a apresentar uma boa correlação com outros instrumentos que avaliem constructos semelhantes. No entanto, a utilização da correlação entre ambos os instrumentos de avaliação das funções executivas num estudo com sobreviventes de cancro apresenta um dado inovador.

A investigação nesta população revela-se de suma importância para a identificação de dificuldades existentes e promoção de uma intervenção eficaz que auxilie na inclusão bem-sucedida destes indivíduos no mercado laboral (Boer et al., 2008). Os estudos realizados em Portugal sobre o impacto do cancro na capacidade para o trabalho, nos riscos psicossociais e no desempenho cognitivo são escassas, salientando a pertinência e importância do presente estudo. Deste modo, o presente estudo contribuiu para um melhor esclarecimento do impacto do cancro na capacidade para o trabalho, riscos psicossociais e desempenho cognitivo dos indivíduos sobreviventes de cancro em atividade laboral na população portuguesa.

Este estudo apresenta, no entanto, algumas limitações. O tamanho reduzido da amostra torna-se impeditivo da obtenção de dados representativos da população, impedindo a generalização dos resultados analisados e a impossibilidade de aleatorização da amostra constitui-se como um potencial condicionante dos resultados obtidos. Outra limitação

prende-se com o reduzido coeficiente de alfa de *Cronbach* de 0.55 obtido no presente estudo para o questionário WAI, que contrasta com o nível de consistência interna obtido na versão original do questionário ($\alpha = 0.83$) e da versão portuguesa ($\alpha = 0.79$).

A análise da influência do tipo de cancro, do tratamento e do tempo decorrido desde o diagnóstico não foi passível de realização dado que não se encontravam na amostra indivíduos sobreviventes de cancro que representassem equitativamente cada uma das variáveis referidas. Deste modo, foi ainda impossível analisar a relação entre o período de tempo necessário para o regresso à atividade profissional e a manutenção do posto de trabalho com a capacidade para o trabalho dos indivíduos sobreviventes de cancro. Por fim, a extensão dos instrumentos de avaliação aplicados poderá enviesar os resultados dado contribuir possivelmente para o cansaço ou desmotivação dos participantes do estudo.

No sentido de colmatar algumas lacunas metodológicas referidas e promover desenvolvimento dos conhecimentos científicos sugere-se a realização de investigações que permitam replicar o presente estudo numa amostra representativa da população portuguesa, preferencialmente numa vertente longitudinal. Propõe-se também o desenvolvimento de um estudo com o intuito de averiguar o possível impacto do variável tipo de cancro na capacidade para o trabalho e no risco psicossocial. Tendo em consideração os estudos já realizados em sobreviventes de cancro no que concerne a fadiga, seria pertinente avaliar a influência desta variável ao nível do funcionamento cognitivo e desempenho laboral dos sobreviventes de cancro (Kluthcovsky et al., 2012; Minton & Stone, 2008). Comparar o impacto do cancro e de outras doenças crónicas tendo em conta as variáveis capacidade para o trabalho e fatores psicossociais seria outra proposta de análise (Taskila & Lindbohm, 2009). Sugere-se ainda um estudo para verificar se a capacidade para o trabalho dos sobreviventes de cancro tem um créscimo associado ao aumento do período de tempo após o regresso ao mercado laboral, tal como sugerido por Mehnert (2011), procurando compreender se as melhorias se devem a um decréscimo do impacto da doença e dos tratamentos do cancro ou se deriva da adaptação dos indivíduos à sua condição ou ainda se tem por base outras variáveis. Além disso, seria pertinente comparar o tipo de tratamento tendo em conta o impacto ao nível das funções executivas, assim como, investigar os possíveis mecanismos responsáveis pelo impacto prolongado da quimioterapia e radioterapia nas funções executivas dos sobreviventes de cancro (Schagen & Wefel, 2013; Phillips et al., 2013). Em última instância, tomando em consideração o impacto sentido ao

nível social e laboral por parte dos indivíduos sobreviventes de cancro (Boer et al., 2008), é proposta a realização de uma investigação na população portuguesa com enfoque na ocorrência de estigma social no contexto laboral após o diagnóstico, tratamento e regresso ao posto de trabalho (Kagawa-Singer et al, 2010; Shim et al., 2016).

Referências Bibliográficas

Aaronson, N. K., Mattioli, V., Minton, O., Weis, J., Johansen, C., Dalton, S. O., ... & Boer, A. (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.

Ahles, T. A., Root, J. C., & Ryan, E. L. (2012). Cancer-and cancer treatment–associated cognitive change: An update on the state of the science. *Journal of Clinical Oncology*, JCO-2012. doi: 10.1200/JCO.2012.43.0116.

Ahles, T. A., Saykin, A. J., McDonald, B. C., Li, Y., Furstenberg, C. T., Hanscom, B. S., ... & Kaufman, P. A. (2010). Longitudinal assessment of cognitive changes associated with adjuvant treatment for breast cancer: impact of age and cognitive reserve. *Journal of Clinical Oncology*, *28*(29), 4434-4440. doi:10.1200/JCO.2009.27.0827.

American Cancer Society (2015). *Economic Impact of Cancer* [online]. Retrieved from http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/economic-impact-of-cancer

Amir, Z., Neary, D., & Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3years post diagnosis: a UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing,* 12*(3),*190–197.doi:10.1016/j.ejon.2008.01.006.

Anderson-Hanley, C. A. Y., Sherman, M. L., Riggs, R., Agocha, V. B., & Compas, B. E. (2003). Neuropsychological effects of treatments for adults with cancer: a meta-analysis and review of the literature. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *9*(07), 967-982. doi: 10.1017/S1355617703970019.

Asher, A., & Myers, J. S. (2015). The effect of cancer treatment on cognitive function. *Clinical Advances in Hematology and Oncology*, *13*, 1. Retrieved from http://digitaleditions.sheridan.com/publication/?i=288884.

Bentzen, S. M. (2006). Preventing or reducing late side effects of radiation therapy: radiobiology meets molecular pathology. *Nature Reviews Cancer*, *6*(9), 702-713. doi:10.1038/nrc1950.

Berg, T., Elders, L., 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.

Berkey, F. J. (2010). Managing the adverse effects of radiation therapy.*American family physician*, *82*(4), 381-8. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20704169.

Banning, M., & Griffths, E. (2014). The Lived Experience of Women Returning to Work after Breast Cancer. *Occupational Medicine & Health Affairs*, *2014*. doi: 10.4172/2329-6879.1000159.

Black, D., & Frost, D. (2011). *Health at work-an independent review of sickness absence*. The Stationery Office, 1-106. Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/181060/health-at-work.pdf

Boer, A., Taskila, T., Ojajärvi, 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., Ansink, A. C., De Reijke, T. M., ... & Van Dijk, F. J. (2008). Work ability and return-to-work in cancer patients. *British journal of cancer*, *98*(8), 1342-1347. doi: 10.1038/sj.bjc.6604302.

Boer, A. (2014). The European Cancer and Work Network: CANWON. *Journal of Occupational Rehabilitation*. doi: 10.1007/s10926-013-9474-5.

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.

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.

Campanholo, K. R., Romão, M. A., Machado, M. D. A. R., Serrao, V. T., Coutinho, D. G. C., Benute, G. R. G., & Lucia, M. C. S. D. (2014). Performance of an adult Brazilian sample on the Trail Making Test and Stroop Test. *Dementia & Neuropsychologia*, *8*(1), 26-31. http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642014DN81000005.

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 jornal 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.

Cheung, Y. T., Shwe, M., Tan, E. H. J., Chui, W. K., Ng, R., & Chan, A. (2013). Acknowledging the relevance of cognitive changes in cancer patients: perspectives of oncology practitioners in Asia. *Journal of Cancer Survivorship*,*7*(1), 146-154. doi: 10.1007/s11764-012-0256-4.

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.

Demakis, G. J. (2004). Frontal lobe damage and tests of executive processing: a meta-analysis of the category test, stroop test, and trail-making test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *26*(3), 441-450. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13803390490510149.

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.

Fan, H. G. M., Houédé-Tchen, N., Yi, Q. L., Chemerynsky, I., Downie, F. P., Sabate, K., & Tannock, I. F. (2005). Fatigue, menopausal symptoms, and cognitive function in women after adjuvant chemotherapy for breast cancer: 1-and 2-year follow-up of a prospective controlled study. *Journal of Clinical Oncology*, *23*(31), 8025-8032. doi: 10.1200/JCO.2005.01.6550.

Fauske, L., Bondevik, H., Bruland, Ø. S., & Ozakinci, G. (2015). Negative and Positive Consequences of Cancer Treatment Experienced by Long-term Osteosarcoma Survivors: A Qualitative Study. *Anticancer research*, *35*(11), 6081-6090. Retrieved from http://ar.iiarjournals.org/content/35/11/6081.short.

Ferguson, R. J., Cassel, A. G., & Dawson, R. F. (2010). Cognitive effects of cancer chemotherapy in adult cancer survivors: Cognitive-behavioral management. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*,*28*(1), 25-41. doi: 10.1007/s10942-010-0108-y.

Ferguson, R. J., & Martinson, A. A. (2011). An overview of cognitive-behavioral management of memory dysfunction associated with chemotherapy.*Psicooncologia*, *8*(2/3), 385. doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.

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(*1-3*), 29-36. Retrieved http://medicosecuador.com/revecuatneurol/vol21_n1-3_2012/revista212012.pdf.

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.

Finnish Institute of Occupational Health (2014). *Work Ability Index: Vality* [online]. Retrived from http://www.ttl.fi/en/health/wai/validity/pages/default.aspx

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. 10.1007/s11764-008-0059-9.

Gudbergsson, S. B., Fosså, 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.

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.

Hodgson, K. Wilson, C. Hutchinson, A. Netterbeck, T., Kichenadasse, G. & Zajac, I. (2012). The Effect of Chemotherapy on Cognition in Patients Treated for Colorectal Cancer. *Advances in Cancer Research &Treatment.* doi: 10.5171/2012.906659.

Hoffman, B. (2005). Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *55*, 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. C. (1997). Hepatic encephalopathy and ascites. *The Lancet*, *350* (9087), 1309-1315. doi:10.1016/S0140-6736(97)07503-X.

Janelsins, M. C., Kohli, S., Mohile, S. G., Usuki, K., Ahles, T. A., & Morrow, G. R. (2011, June). An update on cancer-and chemotherapy-related cognitive dysfunction: current status. In *Seminars in oncology* (Vol. 38, No. 3, pp. 431-438). WB Saunders. doi: http://dx.doi.org/10.1053/j.seminoncol.2011.03.014.

Jim, H. S., Donovan, K. A., Small, B. J., Andrykowski, M. A., Munster, P. N., & Jacobsen, P. B. (2009). Cognitive functioning in breast cancer survivors: a controlled comparison. *Cancer*, *115*(8), 1776-1783. doi: 10.1002/cncr.24192.

Kagawa-Singer, M., Padilla, G. V., & Ashing-Giwa, K. (2010). Health-related quality of life and culture. *Seminars in oncology nursing*, *26*(1), 59-67. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2009.11.008.

Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., & Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care*, *16* (1), 17-25. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x

Kristensen, T. (2002). *A new tool for assessing psychosocial factors at work: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire*. TUTB Newsletter.

Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, 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*, 438-449. doi: 10.5271/sjweh.948.

Kluthcovsky, A., Urbanetz, A., Carvalho, D., Maluf, E., Sylvestre, G., & Hatschbach, S. (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.

Langer, T., Martus, P., Ottensmeier, H., Hertzberg, H., Beck, J. D., & Meier, W. (2002). CNS late-effects after ALL therapy in childhood. Part III: Neuropsychological performance in long-term survivors of childhood ALL: Impairments of concentration, attention, and memory. *Medical and pediatric oncology*, *38*(5), 320-328. doi: 10.1002/mpo.10055.

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.

Maia, L., & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: Uma revisão da literatura para aplicação prática. *Portal dos Psicólogos*, 1-34. Retrieved from http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0445.pdf.

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., Drolet, M., Brisson, J., Brisson, C., Mâsse, B., & Deschênes, L. (2004). Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *Journal of the National Cancer Institute*, *96*(24), 1813-1822. doi: 10.1093/jnci/djh335.

Mbengi, R. K., Otter, R., Mortelmans, K., Arbyn, M., Van Oyen, H., Bouland, C., & de Brouwer, C. (2016). Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action—rapid review and expert consultation. *Systematic reviews*, *5*(1), 1. doi: 10.1186/s13643-016-0210-z

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, 23-26. doi:10.1007/s12312-010-0581-3.

Mehnert, A., Boer, A., & Feuerstein, M. (2013). Employment challenges for cancer survivors. *Cancer*, *119*(S11), 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.

Miller, A. K. (2010). *Examining the errors and self-corrections on the Stroop Test.* (Dissertação de Doutoramento). Cleveland State University, Cleveland.

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.

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.

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.

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.

Nordenfelt, L. (2008). *The concept of work ability*. Brussels: PIE Peter Lang.

NRCWE (2014). *Copenhagen Psychosocial Questionnaire - COPSOQ 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*(30), 3687-3696. doi: 10.1200/JCO.2012.41.7238

Peña-Casanova, J., Fombuena, N. G., &Fullà, J. G. (2004). *Tests Neuropsicológicos: Fundamentos para una neuropsicología clínica baseada en evidencias*. Barcelona: Masson.

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, K. M., Jim, H. S., Small, B. J., Laronga, C., Andrykowski, M. A., & Jacobsen, P. B. (2012). Cognitive functioning after cancer treatment. *Cancer*,*118*(7), 1925-1932. doi: 10.1002/cncr.26432.

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Texto e Contexto- Enfermagem*, 16(1), 142-148. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000100018.

Pirl, W. F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *Monographs-National Cancer Institute*, *32*, 32-39. Retrieved from http://jncimono.oxfordjournals.org/content/2004/32/32.full.

Poreh, A. M., Miller, A., Dines, P., & Levin, J. (2012). Decomposition of the Trail Making Test-Reliability and Validity of a Computer Assisted Method for Data Collection. *Archives of Assessment Psychology*, *2*(1), 57-72. Retrieved from http://apb2.2020staging.com/journal/index.php/AAP/article/view/38/25.

Reddick, W. E., Shan, Z. Y., Glass, J. O., Helton, S., Xiong, X., Wu, S., ... & Pui, C. H. (2006). Smaller white-matter volumes are associated with larger deficits in attention and learning among long-term survivors of acute lymphoblastic leukemia. *Cancer*, *106*(4), 941-949. doi: 10.1002/cncr.21679.

Renfrow, S. (2010). *Trail Making Test Quotient (Trails B/Trails A): A comparison with measures of executive functioning*. (Dissertação de Doutoramento). Nova Southeastern University, Florida.

Roelen, C., Koopmans, P.,Groothoff, J., Klink, J., & Bültmann, U. (2011). Sickness absence and full return to work aftercancer: 2-year follow-up of register data for different cancersites. *Psychooncology, 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.

Sanchez-Cubillo, I., Perianez, J. A., Adrover-Roig, D., Rodriguez-Sanchez, J. M., Rios-Lago, M., Tirapu, J. E. E. A., & Barcelo, F. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *15*(3), 438. doi: doi:10.1017/S1355617709090626.

Saúde, M. (2011). Decreto-lei nº 7/2012. Retrieved from http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx.

Schagen, S. B., & Wefel, J. S. (2013). Chemotherapy-related changes in cognitive functioning. *European Journal of Cancer Supplements*, *11*(2), 225-232. http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.007.

Schagen, S. B., Muller, M. J., Boogerd, W., Mellenbergh, G. J., & Dam, F. S. (2006). Change in cognitive function after chemotherapy: a prospective longitudinal study in breast cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, *98*(23), 1742-1745. doi: 10.1093/jnci/djj470.

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.

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, M. E. A. (2009). *Impacto do meio sócio-económico-demográfico do Concelho de Santa Maria da Feira na qualidade de vida e reacções emocionais (ansiedade e depressão), na mulher mastectomizada, face à alteração da sua imagem*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.

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.

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.

Stewart, B., & Wild, C. P. (2016). World cancer report 2014. *World*.

Strauss, E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms and Commentary* (3 ed.). Oxford University Press.

Stolk, C., Hofman, J., Hafner, M., & Janta, B. (2014). Psychological Wellbeing and Work - Improving Service Provision and Outcomes. *Social Science in Government*, 1-109. Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273433/psychological-wellbeing-and-work.pdf

Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reaction. Journal of Experimental Psychology, 18, 643-662.

Ramos, M. (2014). *Coping, fatores psicossociais e capacidade para o trabalho*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Taskila, T., & Lindbohm, M. L. (2007). Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncologica*, *46*(4), 446-451. doi: http://dx.doi.org/10.1080/02841860701355048.

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.

Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L., & Tulkki, A. (1998). *Work ability index*. Helsinki: Institute of Occupational Health.

Venâncio, J. L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, *50*(1), 55-63. Retrieved from http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf.

WHO (2016). Cancer. Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/.

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.

Anexos

Anexo A – Autorização para utilização de instrumentos cedida pelos autores

Re: Pedido de autorização para utilização do instrumento Trail Making Test (TMT) em Dissertação de Tese (UA)

Sara Cavaco <saramscavaco@gmail.com>

ter 05-01-2016 11:06

Para:Diana Silva <s.diana@ua.pt>;

6 anexos (2 MB)

TMT norms supplementary material CAVACO ET AL 2013.doc; TMT norms CAVACO ET AL 2013.pdf; Trail Making Test Parte A - AMOSTRA.pdf; Trail Making Test Parte A.pdf; Trail Making Test Parte B - AMOSTRA.pdf; Trail Making Test Parte B.pdf;

Cara Diana Silva

Conforme solicitado, envio o artigo dos dados normativos, as instruções e as folhas de registo do TMT.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Cavaco

Re: Pedido permissão para utilização do Teste de Stroop em Dissertação de Mestrado (na UA)

Sao Luis Castro <slcastro@me.com>

seg 25-01-2016 19:12

Para:Diana Silva <s.diana@ua.pt>;

Importância: Alta

4 anexos (343 KB)

teste_stroop_2015.pdf; ATT00001.htm; handout_final_stroop_apa03.pdf; ATT00002.htm;

Cara Diana,
obrigado pelo seu email e pelo interesse em usar o teste Stroop na versão por nós trabalhada.
Claro que concordo que o faça, seguindo as regras habituais da prática académica e científica (ie, citar adequadamente e não disseminar com fins comerciais).
Junto envio pdfs que lhe poderão ser úteis.
Cumprimentos,
slc

RE: Urgente: Pedido autorização para utilização do Indice de Capacidade para o Trabalho em Dissertação de Mestrado (UA)

Carlos Silva <csilva@ua.pt>

dom 17-01-2016 22:16

Para:Diana Silva <s.diana@ua.pt>; Pedro Bem-Haja <pedro.bem-haja@ua.pt>;

1 anexos (3 MB)

ANEXO 1_BOOKLET ICT.pdf;

Boa noite

Envio o WAI e autorização para fins estritos de investigação.
A utilização para outros fins implicará o pagamento de fees.
NOTA: Deverão referir em todos os trabalhos a referência FCT/COMPETE que o Mestre Pedro Bem-Haja vos poderá enviar (é obrigatório).
Carlos Fernandes

Com os mais cordiais cumprimentos / Best regards

RE: Pedido autorização para uso de Copenhagem Psychosocial Questionnaire em Dissertação de Mestrado

Carlos Silva <csilva@ua.pt>

qui 10-12-2015 23:10

Para:Diana Silva <s.diana@ua.pt>;

Cc:Pedro Bem-Haja <pedro.bem-haja@ua.pt>;

Olá
Está autorizada.
No fim, por favor envie uma cópia PDF da Dissertação e a base de dados (sem identificação dos participantes) para Dr Pedro Bem-Haja.

Anexo B – Ofícios de apresentação da investigação e solicitação de deferimento entregues no CHEDV e CHBV

Carta entregue ao 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, encontramo-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 saudáveis, sem diagnóstico de cancro na sua vida; 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 a memória de trabalho, atenção dividida, orientação e flexibilidade cognitiva para compreender qual o impacto que teve a doença oncológica nestas funções cognitivas nos sobreviventes; identificar possíveis psicopatologias presentes nesta mesma população, quando comparadas com a população salutar; 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.

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 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 encontramo-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

Carta entregue ao 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, encontramo-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 saudáveis, sem diagnóstico de cancro na sua vida; 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 a memória de trabalho, atenção dividida, orientação e flexibilidade cognitiva para compreender qual o impacto que teve a doença oncológica nestas funções cognitivas nos sobreviventes; identificar possíveis psicopatologias presentes nesta mesma população, quando comparadas com a população salutar; 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.

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 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 encontramo-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 –Proposta de Projeto de Investigação

Estado de Arte

O cancro constitui o principal problema de saúde das sociedades desenvolvidas (Boer, 2013).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, 2013;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 estádio 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 renumeração (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

Pretende-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 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 estádio 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 Assesment 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) (Ilmarien, 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 predizer 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., Mattioli, V., Minton, O., Weis, J., Johansen, C., Dalton, S., Verdonck-de Leeuw, I., Stein, K., Alfano, C., Mehnert, A., Boer, A., & Poll-Franse, L. (2014). Beyond treatment – Psychosocial and behavioural issues in cancer survivorship research and practice. Elsevier, 12, 54-64.doi:10.1016/j.ejcsup.2014.03.005

Amir, Z., Neary, D., & Luker, K. (2008). Cancer survivors' views of work 3years post diagnosis: a UK perspective. European Journal of Oncology Nursing, 12(3),190–197.doi:10.1016/j.ejon.2008.01.006

Boer, A. G. E. M. d. (2013). The European Cancer and Work Network: CANWON. Journal of Occupational Rehabilitation, [epub ahead of print]. doi: 10.1007/s10926-013-9474-5

Boer, A., Taskila, T., Ojajärvi, 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 jornal 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., Tulsky, D., Gray, G.,Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S., Winicour, P.,& Brannon, J. (1993). The Funcional Assessment of Cancer Therapy Scale: development and Validation of general measure. Journal of Clinical Oncology, 11(3), 570-579

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., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D., Forman, D., Bray, F. (2013). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11.[Internet]. International Agency for Research on Cancer. Retrieved from http://globocan.iarc.fr

Fernandes, S., Rodríguez, J., & Silva, C. (2012). Adaptación del Test de Colores y Palabras de Stroop: Su Importanciaen la Detección Precoz de los Déficits en las Funciones Ejecutivas. Revista Ecuatoriana de Neurología, 21(1-3), 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 Assesment (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, 271–280. doi: 10.3322/canjclin.55.5.271

Ilmarien, J., Tuomi, K., & Seitsamo, J. (2005).New dimensions of work ability. Proceedings of 2nd International Symposium on Work Ability, 1280, 3-7.

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, 19-20, 45-47.

Martinez, M., Latorre, M., &Fischer, F. (2010). Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. Ciência & Saúde Coletiva, 15(S1), 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, 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.

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.

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., Cummings, J., &Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. Journal of the American Geriatics Society, 53(4), 695-699.

Peña-Casanova, J., Fombuena, N. G., &Fullà, J. G. (2004).Tests Neuropsicológicos: Fundamentos para una neuropsicología clínica baseada 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.5, 45-54. Retrieved from http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIn5/serIIIn5a05.pdf

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 perceção 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. Psychooncology, 20(9), 1001–1006.

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.

Silva, C.F., Silvério, J., Nossa, P., Rodrigues, V., Pereira, A., & Queirós, A. (2000).

Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral - versão portuguesa do WorkAbilityIndex (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.

Anexo D – Consentimento Informado

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 saudáveis, sem diagnóstico de cancro na sua vida; 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 a memória de trabalho, atenção dividida, orientação e flexibilidade cognitiva para compreender qual o impacto que teve a doença oncológica nestas funções cognitivas nos sobreviventes; identificar possíveis psicopatologias presentes nesta mesma população, quando comparadas com a população salutar; 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 - andreavictoria@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