LUCIANA CASTRO GARCIA LANDEIRO

Retorno ao trabalho em pacientes com câncer de
mama tratadas em um serviço oncológico do
Sistema Único de Saúde (SUS)

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutora em Ciências

Programa de Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Max Senna Mano

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Landeiro, Luciana Castro Garcia

Retorno ao trabalho em pacientes com câncer de mama tratadas em um serviço oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS) / Luciana Castro Garcia Landeiro -- São Paulo, 2017.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Oncologia.

Orientador: Max Senna Mano.

Descritores: 1.Câncer de mama 2.Sistema Único de Saúde (SUS)
3.Sobreviventes 4.Retorno ao trabalho/fatores associados 5.Epidemiologia
6.Estudo prospectivo 7.Estudo observacional

USP/FM/DBD-263/17

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: *Adaptado de International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Dedicatória

Dedico esta obra a meu pai, meu primeiro ídolo e apoiador de todos os meus sonhos.

Agradecimentos

A todas as mulheres que se disponibilizaram a participar desse projeto e tornaram possível sua concretização.

Ao meu orientador Prof. Dr. Max Senna Mano pelo exemplo de profissional que é, pela confiança, ensinamentos, e constante disponibilidade.

Ao Prof. Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff pela oportunidade de fazer parte dessa instituição.

Ao grupo da mama do ICESP pelos conhecimentos compartilhados e espírito de equipe.

A Dra. Rachel Riechelmann por ter me influenciado de forma positiva desde o nosso primeiro contato.

A toda equipe do Núcleo de Pesquisa do ICESP, por sempre me receberem de forma carinhosa e por toda ajuda ao longo desses anos.

Aos coautores Dr. Angelo Fêde, Dr. Leonardo Fonseca e Dra. Natalia Fraile pela inestimável participação no projeto.

Aos amigos do Núcleo de Oncologia da Bahia pelo apoio e compreensão.

A Joana, por seu amor que me preenche com a mais profunda alegria e me faz querer evoluir a cada dia.

A minha mãe por seu amor incondicional.

A minha Tici e Mari Dória pelo privilégio que é tê-las em minha vida.

A meu irmão por me confiar seu bem maior, Nandinho, como afilhado.

A Gabi e Marcela, por todo acolhimento e aconchego a cada ida a São Paulo.

A tia Smell por vibrar com todas as minhas conquistas como se fossem suas.

A Vini por sua compreensão, disponibilidade para ajudar “no que fosse possível” e pelo estímulo diário a ser o melhor de mim.

Sumário

Lista de Abreviaturas e Siglas

Lista de Símbolos

Lista de Tabelas

Lista de Quadro

Lista de Figuras

Lista de Gráfico

Resumo

Abstract

1 Introdução

1.1	Câncer de mama: epidemiologia da doença e de seus sobreviventes.....	1
1.2	Retorno ao trabalho e qualidade de vida após diagnóstico de câncer de mama.....	3
1.3	Seguridade social brasileira e reabilitação profissional.....	5
1.4	Justificativa do estudo.....	7

2 Objetivos

2.1	Objetivo geral.....	8
2.2	Objetivos específicos.....	8

3 Casuística e Métodos

3.1	Desenho do estudo.....	9
3.2	Aspectos regulatórios.....	9
3.3	Casuística.....	9
3.3.1	Critérios de inclusão.....	9
3.3.2	Critérios de exclusão.....	10
3.3.3	Recrutamento e seguimento das pacientes.....	10
3.4	Variáveis e instrumentos de avaliação.....	11

3.4.1	Instrumento de avaliação da qualidade de vida.....	13
3.4.2	Retorno ao trabalho.....	14
3.5	Considerações estatísticas.....	15
3.6	Tamanho da amostra.....	16
4	Resultados	
4.1	População do estudo.....	17
4.2	Aspectos socioeconômicos das participantes.....	21
4.3	Taxas de retorno do trabalho.....	23
4.4	Análise univariada das variáveis quanto a sua associação ao retorno ao trabalho 24 meses após o diagnóstico.....	24
4.5	Análise múltipla das variáveis quanto a sua associação ao retorno ao trabalho 24 meses após o diagnóstico.....	26
4.6	Qualidade de vida.....	27
5	Discussão	30
6	Conclusões	39
7	Anexos	41
8	Referências	53

Lista de Abreviaturas e Siglas

art.	artigo
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DATANASPS	Associação Nacional dos Servidores da Previdência e da Seguridade Social
DP	desvio padrão
et al	e outros
EUA	Estados Unidos da América
FACIT	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy
FACT-B	Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General
FISH	Hibridização fluorescente <i>in situ</i>
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HER2	receptor do fator de crescimento epidérmico 2
IC 95%	intervalo de confiança de 95%
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
IHQ	imunoistoquímica
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IOM	Institute of Medicine
OR	odds ratio (razão de chances)
ref.	referência
RT	retorno ao trabalho
SM	salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOI	Trial Outcome Index
QV	qualidade de vida

QWLQ-CS	The Quality of Working Life Questionnaire for Cancer Survivors
V _{máx}	Valor máximo
V _{mín}	Valor mínimo
YLL	Years of Life Lost (anos de vida perdidos por morte prematura)
YLD	Years Lived with Disability (anos de vida vividos com incapacidade)

Lista de Símbolos

$>$	maior que
$<$	menor que
$\geq$	maior ou igual a
$\leq$	menor ou igual a
$=$	igual
$\pm$	mais ou menos
kg	kilograma(s)
%	porcento
p	probabilidade de significância estatística

Lista de Tabelas

Tabela 1	Número de casos de câncer de mama, por faixa etária segundo ano de diagnóstico no período de 2009 a 2014...	2
Tabela 2	Características demográficas e clínicas das participantes..	20
Tabela 3	Características do diagnóstico e tratamento oncológico das participantes.....	21
Tabela 4	Características socioeconômicas das participantes.....	22
Tabela 5	Fatores avaliados quanto à associação ao retorno ao trabalho aos 24 meses após o diagnóstico do câncer de mama.....	25
Tabela 6	Análise múltipla dos fatores associados a retorno ao trabalho em 24 meses.....	27
Tabela 7	Qualidade de vida (FACT-B) das participantes 06, 12 e 24 meses após o diagnóstico do câncer de mama.....	28
Tabela 8	Valores da escala de qualidade de vida FACT-B total e suas subescalas (FACT-B TOI e FACT-G total) nos meses 06, 12 e 24 entre as participantes que retornaram e as que não retornaram ao trabalho após 24 meses do diagnóstico do câncer de mama.....	29

Lista de Quadro

Quadro 1	Estudos quantitativos que avaliaram a prevalência de retorno ao trabalho após o diagnóstico e tratamento do câncer da mama não metastático.....	5
----------	---	---

Lista de Figuras

Figura 1	Diagrama representando o fluxo das participantes durante o estudo.....	18
----------	--	----

Lista de 1

Gráfico 1 Taxas de retorno ao trabalho após diagnóstico de câncer
 de mama (%).…………… 23

Resumo

Landeiro, L. *Retorno ao trabalho em pacientes com câncer de mama tratadas em um serviço oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS)*. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Introdução: Câncer de mama é o mais comum em mulheres. Embora sua incidência ainda esteja em ascensão, as taxas de recorrência e mortalidade têm diminuído, em especial nos países desenvolvidos. Assim o câncer pode ser considerado um choque transitório que não impede que os sobreviventes retomem a normalidade em suas vidas, incluindo atividades laborais. Na América do Norte e Europa, as taxas de RT entre as pacientes com câncer de mama variam de 24-66% após 6 meses e 53-82% após 36 meses de diagnóstico. Os fatores mais associados ao RT são: idade, quimioterapia, sequelas da terapia do câncer e apoio do empregador e colegas de trabalho. Esses achados, no entanto, variam sugerindo que outros fatores e até aspectos de diferentes legislações podem interferir no RT. Na América Latina há escassez de dados sobre RT após o diagnóstico de câncer de mama.

Objetivos: Avaliar as taxas de retorno ao trabalho nos meses 12 e 24 após o diagnóstico de câncer de mama e verificar a correlação de fatores à retomada ao trabalho aos 24 meses. **Métodos:** Estudo prospectivo observacional avaliando taxas de RT em mulheres com câncer de mama tratadas no Instituto do Câncer do estado de São Paulo, com idade >18 e <57 anos e que trabalhavam de forma remunerada por pelo menos 03 meses ao diagnóstico. Pacientes com doença inoperável ou metastática foram excluídas. Nos meses 06, 12 e 24 do seguimento responderam à questionários do estudo e de qualidade de vida (FACT-B), por telefone. **Resultados:** Entre julho/2012 e setembro/2014, 125 pacientes assinaram o TCLE. Quatro foram excluídas da análise (02 óbitos e 02 sem contato por telefone). A idade média foi de 45.1 anos ($\pm$ 8,1). A maioria (94%) gostava do trabalho, 73% receberam apoio do empregador, mas apenas 29% relataram ter recebido oferta de ajuste no trabalho. Metade apresentava doença no estágio II e 93% fizeram quimioterapia como parte de seu tratamento. As taxas de RT foram 21,5%, 30,3% e 60,4% aos 06, 12 e 24 meses, após o diagnóstico de câncer de mama. Na análise multivariada os fatores que afetaram de forma positiva as taxas de RT foram: renda familiar mensal $\geq$ 02 salários mínimos (OR 17,76, IC95% 3,33-94,75, p 0,001), cirurgia conservadora da mama (OR 9,77, IC 95% 2,03-47,05, p 0,004) e oferta de ajuste no trabalho pelo empregador (OR 37,62, IC95% 2,03-47,05, p 0,004). Fatores que se associaram de forma negativa ao RT foram: terapia endócrina (OR 0,11, IC95% 0,02-0,74, p 0,023) e diagnóstico de depressão após o câncer (OR 0,07, IC95% 0,01-0,63, p 0,017).

Conclusões: As taxas de RT aos 12 e 24 meses após diagnóstico de câncer de mama são inferiores a maioria dos estudos conduzidos na América do Norte e Europa. Oferta de ajuste no trabalho, maior renda familiar, cirurgia conservadora da mama, terapia endócrina adjuvante e diagnóstico de depressão após o câncer de mama desempenharam importante papel no RT.

Descritores: Câncer de mama; Sistema Único de Saúde; sobreviventes; retorno ao trabalho/ fatores associados; epidemiologia; estudo prospectivo; estudo observacional

Abstract

Landeiro, L. *Return to work after breast cancer diagnosis: experience of a cancer institute from the unified health system (SUS) in Brazil* [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

Background: Breast cancer is the most common cancer in women. While its incidence has been increasing, recurrence and mortality rates have been decreasing, mainly because of better treatment options. Because of that cancer can be regarded as a transient shock that does not prevent survivors resume normality in their lives including return to their workplace. In North America and Europe return to work (RTW) rates vary among breast cancer patients from 24-66% after 06 months and 53-82% after 36 months of diagnosis. Factors most associated with the decision to return to work are: age, chemotherapy, sequelae related to cancer therapy and support from the employer and coworkers. However, these findings vary among the different populations evaluated, suggesting that other factors and even variations in countries laws may interfere with the decision to return to work. So far there is a lack of data on RTW after breast cancer diagnosis in Latin America. **Endpoints:** To evaluate return to work rates on months 12 and 24 after breast cancer diagnosis, and check the correlation of some factors with the decision to return to work at 24 months.

Methods: A prospective, observational study evaluating RTW rates in patients with breast cancer diagnosis, > 18 and <57 years old and a paid work for at least 03 months at the time of diagnosis. Patients with inoperable or metastatic disease were excluded. On months 6, 12 and 24 they answered a telephone interview and the quality of life questionnaire (FACT-B). **Results:** Between July/2012 and September/2014, 125 patients were enrolled. Two of them died and two other could not be reached by telephone, and were excluded from the analysis. Mean age was 45,1 years ($\pm 8,1$). Most of them reported that they liked their job (94%) and received support from employer (73%), but only 29,1% reported having been offered work adjustment. Half of patients had stage II disease and 93% received chemotherapy as part of their treatment. Overall, 21,5%, 30,3% and 60,4% of patients returned to work 06, 12 and 24 months after breast cancer diagnosis, respectively. In the *multivariate analysis*, factors associated with positive RTW outcomes included higher income (OR: 17,76, CI95% 3,33-94,75; $p = 0,001$), breast conserving surgery (OR: 9,77, CI95% 2,03-47,05; $p = 0,004$) and work adjustment (OR: 37,62, CI95% 2,03-47,05; $p = 0,004$). Factors associated with *negative* RTW outcomes included adjuvant endocrine therapy (OR: 0,11, IC95% 0,02-0,74; $p = 0,023$) and depression diagnosis after breast cancer diagnosis (OR: 0,07, IC95% 0,01-0,63; $p = 0,017$).

Conclusion: RTW rates after 12 and 24 months of breast cancer diagnosis are lower than reported in North America (with exception for low income americans) and Europe. Workplace adjustments, higher income, breast conserving surgery, endocrine therapy and depression after breast cancer played an important role in the RTW decision.

Descriptors: Breast cancer; public health system; survivors; return to work/ factors associated; epidemiology; prospective study; observational study.

1 Introdução

1.1 Câncer de mama: epidemiologia da doença e de seus sobreviventes

Câncer de mama é a principal neoplasia maligna na população feminina, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Apesar de ocupar tal posição, nos países desenvolvidos, desde os anos 2000 vem se observando períodos de estabilidade ou declínio da sua incidência, enquanto nos países em desenvolvimento tem se registrado aumento dessas taxas nas últimas décadas¹. Para o biênio 2016/2017, estima-se ocorrência de 57.960 novos casos de câncer de mama ao ano, no Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 56,2 casos novos a cada 100 mil mulheres².

Ao avaliar o risco cumulativo de desenvolver câncer de mama até os 75 anos, observa-se que ele é maior na América do Norte (10%) quando comparado ao risco nas Américas do Sul (5,6%) e Central (3,5%)¹. Por outro lado, a incidência de câncer de mama entre jovens é maior na América Latina do que na América do Norte (20 versus 12%, considerando-se o subgrupo de pacientes com < 44 anos)³. Segundo dados do Registro Hospitalar do Câncer da Fundação Oncocentro de São Paulo, entre 2009 e 2014 aproximadamente um quarto dos casos de câncer de mama ocorreram em indivíduos com idade inferior a 45 anos e 63,4% com idade inferior a 60 anos (Tabela 1)⁴.

Tabela 1 - Número de casos de câncer de mama, por faixa etária segundo ano de diagnóstico no período de 2009 a 2014

Período	Casos notificados < 45 anos (%)	Casos notificados < 60 anos (%)	Casos notificados em todas as idades
2009	635 (23,9)	1.690 (65,5)	2.661
2010	670 (22,7)	1.874 (63,5)	2.952
2011	800 (22,6)	2.243 (63,4)	3.539
2012	835 (23,4)	2.282 (63,9)	3.570
2013	719 (21,5)	2.138 (63,8)	3.350
2014	737 (22,3)	2.060 (62,4)	3.301
TOTAL	4.396 (22,7)	12.287 (63,4)	19.373

Fonte: Fundação Oncocentro de São Paulo - Registro Hospitalar de Câncer (acessado em 26-03-2017)

Devido aos avanços no rastreamento⁵, no entendimento da biologia e heterogeneidade da doença⁶ e de seu tratamento^{7, 8}, a sobrevida das pacientes diagnosticadas com câncer de mama vem crescendo nas últimas décadas na América do Sul. No Brasil, a sobrevida em 05 anos aumentou de 78 para 87% quando comparados os períodos de 1995-1999 e 2005-2009⁹. Apesar desse avanço, o câncer de mama ainda ocupa o primeiro lugar em mortalidade proporcional por câncer entre as brasileiras, representando 16.1% do total de óbitos¹.

Como consequência da maior sobrevida, observa-se também um aumento no número de sobreviventes ao câncer de mama. Em 2002, o número de pacientes que sobreviveram a algum tipo de câncer era de aproximadamente 8 milhões e as sobreviventes ao câncer de mama representavam 22% dos casos. Para 2022 estima-se que esse número se aproxime a 18 milhões¹⁰. Desde a publicação do importante relatório do IOM, a

sobrevivência é vista como uma fase distinta do câncer¹¹. Embora ainda existam muitas definições diferentes do termo "sobrevivente de câncer", Hebdon et al. recentemente propuseram que um sobrevivente de câncer é alguém que vive com história de malignidade, viveu a experiência do tratamento do câncer, foi afetado de forma positiva e negativa pela experiência e está agora na fase de acompanhamento de tratamento¹².

Nesse cenário crescente de sobreviventes ao câncer de mama, e tendo em vista o expressivo número de mulheres jovens e economicamente ativas (as quais muitas vezes representam a principal fonte de suporte financeiro e moral da família), torna-se necessário melhor entendimento acerca das necessidades médicas e psicossociais específicas dessas pacientes que requerem avaliação e gestão proativa pelos prestadores de cuidados primários.

1.2 Retorno ao trabalho e qualidade de vida após diagnóstico de câncer de mama

Um importante aspecto que se relaciona ao bem-estar e à qualidade de vida das pacientes sobreviventes ao câncer de mama é o retorno ao trabalho (RT) após o diagnóstico e tratamento específico do câncer, seja ele com cirurgia isoladamente ou em combinação com quimioterapia, terapia anti Her2, radioterapia e/ou terapia endócrina.

Absenteísmo durante o período do tratamento do câncer é comum, já que as pacientes têm que ajustar a rotina do tratamento oncológico e de seus efeitos colaterais, à sua rotina prévia, familiar e laborativa. Algumas vezes a não adequação a essa nova realidade leva à perda do trabalho. Estudo holandês de base populacional, publicado em 2016, avaliou taxas de emprego

e de benefícios da seguridade social em mais de 26.000 mulheres com câncer de mama e comparou-as com mulheres sem diagnóstico de câncer, em uma relação de 1:4. Os resultados reportados mostraram que as mulheres com câncer de mama têm 60% maior risco de perder o emprego e chance 100% maior de receber benefícios da seguridade social ao longo de dez anos¹³. Como o trabalho pode ser intrinsecamente gratificante e também é uma fonte importante de renda, seguro saúde e interações sociais, a perda do trabalho pode afetar profundamente a qualidade de vida, além de causar perdas econômicas para o indivíduo^{14, 15} e a sociedade, especialmente quando se estende além do período mais intenso do tratamento. O retorno ao trabalho pode também simbolizar um retorno a normalidade e a reintegração social¹⁶. Portanto, como sugerido por Steiner *et al.*, a compreensão dos efeitos a longo prazo do diagnóstico do câncer e de seu tratamento sobre o status de emprego deve ser um foco crítico da pesquisa sobre sobreviventes ao câncer¹⁷.

Na última década estudos realizados na América do Norte, Europa Ocidental e Coréia do Sul apresentaram taxas de retorno ao trabalho em pacientes com câncer de mama que oscilam entre 27-66% após seis meses e 37-82% após 36 meses do diagnóstico (Quadro 1)¹⁸⁻²⁶. Os principais fatores descritos como tendo impacto na decisão de retornar ao trabalho são: idade, quimioterapia, sequelas físicas relacionadas ao tratamento câncer específico e o apoio do empregador/colegas de trabalho^{13, 14, 18-30}. Esses aspectos variam entre as diferentes populações avaliadas, sugerindo outros fatores que possam interferir na decisão de retorno ao trabalho, inclusive relacionados às legislações de cada país. Nas Américas Central e do Sul, há escassez de

relatos da frequência ou do padrão de retorno ao trabalho entre pacientes oncológicos, ou mesmo dos fatores relacionados a tal decisão.

Quadro 01 - Estudos quantitativos que avaliaram a prevalência de retorno ao trabalho após o diagnóstico e tratamento do câncer da mama não metastático

Artigo/ País	Estudo	N	Idade (anos)	Momento da avaliação do RT (meses)	Taxa de RT (%)
Drolet <i>et al</i> , 2005 Canadá	Prospectivo	646	18- 59	NA [#]	79
Bouknight <i>et al</i> , 2006 Estados Unidos	Prospectivo	416	30- 64	12 18	82 83
Villaverde <i>et al</i> , 2008 Espanha	Retrospectivo	96	18- 65	NA [#]	56
Ahn <i>et al</i> , 2009 Coréia do Sul	Retrospectivo	1594	20- 60	NA [#]	58,9
Fantoni <i>et al.</i> , 2010 França	Prospectivo	379	18- 60	36	82,1
Johnsson <i>et al.</i> , 2011 Suécia	Prospectivo	102	18- 64	6 10	66 83
Blinder <i>et al.</i> , 2012 Estados Unidos	Prospectivo	290*	≥ 18	6 18 36	Não latinas/ Latinas** 49 / 27 59 / 45 59 / 53
Hoyer <i>et al</i> , 2012 Noruega	Prospectivo	505	< 63	16	74
Lee <i>et al</i> , 2016 Coréia do Sul	Prospectivo	288	20- 65	36	37,1

Legenda: [#]Estudos que avaliaram mediana de tempo para RT; *179 mulheres latinas e 111 mulheres brancas não latinas; **Blinder, *et al.*, tiveram como objetivo principal do estudo avaliar diferenças no padrão de retorno ao trabalho nos Estados Unidos da América, entre pacientes latinas e não latinas após diagnóstico e tratamento do câncer da mama, tendo-se observado taxas de retorno menores na população de pacientes latinas.

1.3 Seguridade social brasileira e reabilitação profissional

Alguns estudos sugerem que as diferentes legislações de cada país, no que se refere a previdência e aos direitos do trabalhador, interferem na decisão de retornar ao trabalho após o diagnóstico oncológico²⁴.

No Brasil, se o empregado ingresso na previdência desenvolver alguma doença que o incapacite de exercer seu trabalho ou atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos, ele será encaminhado à perícia médica do INSS para avaliação. Em resposta, o perito médico irá fixar o período de gozo do benefício (§11º do art. 60 da lei 8.213/91) do auxílio-doença (art. 59 da lei 8.213/91). Ao fim desse período, caso o segurado não se considere apto a retornar ao trabalho, deverá ser reavaliado. Não há prazo máximo para o benefício, sendo ele devido enquanto permanecer a condição de incapacidade laborativa (art. 60 da lei 8.213/91)³¹.

No processo de reavaliação, constatando o perito que o segurado em gozo de auxílio-doença ainda não é passível de retorno a sua atividade habitual, o encaminhará ao processo de reabilitação profissional para o exercício de sua atividade habitual ou de outra atividade (art. 62 da lei 8.213/91). Porém, se constatada a incapacidade de recuperação para a mesma atividade ou outra que lhe garante a subsistência, será aposentado por invalidez (art. 62 da lei 8.213/91). Vale ressaltar que a aposentadoria por invalidez pode ser revertida sempre que a incapacidade não mais existir³¹.

O valor do benefício do auxílio doença é de 91% do salário-de-benefício (art. 61 da lei 8.213/91). Caso haja concessão da aposentadoria por invalidez, o valor passará para 100% do salário-de-benefício (art. 44 da lei 8.213/91). Especificamente sobre empregados com diagnóstico de câncer, se forem acometidos pela doença após ingressarem na previdência não precisarão cumprir o período de carência para gozo do benefício do auxílio doença, que para os trabalhadores em geral é de 12 contribuições mensais (art. 26, II da lei 8.213)³¹.

É válido ressaltar a existência de um teto previdenciário, que para o ano de 2017 foi definido em R\$ 5.531,31³². Ou seja, um indivíduo que recebe mais do que 06 salários mínimos (o valor do salário mínimo foi definido em R\$ 937,00, em 2017)³³ ao se afastar do trabalho por motivo de doença terá, a princípio, alguma perda salarial, salvo exceções de empresas que têm acordos com os empregados e pagam montante adicional para que o valor final a ser recebido seja equivalente ao que se ganhava antes do afastamento (minoria dos casos). Apesar da possível perda de rendimento a nível individual, para a sociedade os gastos da previdência social com auxílios-doença têm aumentando nos últimos anos, com grande impacto na economia do país. O DATANASPS revelou que, em 2016, o INSS concedeu 2.190.808 auxílios-doença, 19,8% a mais do que os 1.828.337 concedidos em 2015³³.

A crescente incidência de câncer de mama mencionada previamente se alinha ao aumento na concessão de novos auxílios-doença no país. O entendimento dos fatores relacionados a decisão de não retornar ao trabalho após o diagnóstico do câncer poderia favorecer a criação de estratégias modificadoras deste cenário que muitas vezes é desfavorável não só para o paciente, mas para toda a sociedade.

1.4 Justificativa do estudo

Estudos e pesquisas voltadas para sobreviventes ao câncer de mama no Brasil precisam ser desenvolvidos com o objetivo de melhorar o atendimento integral dos pacientes. Entender o que acontece com essa população crescente, em idade economicamente ativa, e quais os fatores que interferem

na decisão de retornar ao trabalho poderá ajudar a melhorar o tratamento em todas os âmbitos passíveis de intervenção.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o retorno ao trabalho em pacientes com câncer de mama 12 e 24 meses após o diagnóstico e a mediana (em meses) até tal desfecho.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- Realizar caracterização epidemiológica, socioeconômica e clínico-patológica em pacientes com câncer de mama não metastático, com idade ≤ 57 anos;
- Identificar surgimento de sintomas físicos e psicológicos, após diagnóstico e tratamento do câncer de mama, e o impacto na qualidade de vida, em pacientes com idade ≤ 57 anos;
- Correlacionar à decisão de retorno ao trabalho a fatores como escolaridade, ganho de peso, autopercepção do estado geral de saúde, mudança no status conjugal, na renda familiar, diagnóstico de depressão após o diagnóstico do câncer de mama, percepção de apoio e/ou de discriminação pelo empregador, percepção da participação do mesmo em fazer ajustes/ acomodar o indivíduo no trabalho, desenvolvimento de sintomas físicos (dor e linfedema) após o diagnóstico e o tipo de tratamento oncológico instituído.

3 Casuística e Métodos

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo prospectivo, observacional e uni-institucional, no qual foram incluídas pacientes diagnosticadas com câncer de mama, não metastático, de forma consecutiva, a partir de julho de 2012.

3.2 Aspectos regulatórios

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP em 05 de setembro de 2012, número do processo 284/12 (Anexo 1), e foi inscrito na Plataforma Brasil.

3.3 Casuística

A população alvo desse estudo foram pacientes com diagnóstico de câncer de mama, não metastático, há no máximo 05 meses da inclusão no estudo, que estivessem em acompanhamento nos serviços de mastologia e/ou oncologia clínica do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), e que tivessem proposta de tratamento curativo.

3.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão utilizados foram:

- Gênero feminino;

- Idade ≥ 18 e ≤ 57 anos;¹
- Diagnóstico de câncer de mama (carcinoma *in situ* ou invasivo) no máximo cinco meses antes da inclusão no estudo;
- Estar em programação ou já ter iniciado tratamento com intuito curativo (cirurgia, associada ou não a tratamento sistêmico e/ou radioterapia);
- Estar trabalhando, no momento do diagnóstico, de forma remunerada, por pelo menos 03 meses contínuos;
- Ausência de história de qualquer outro diagnóstico de câncer, a menos que risco de recorrência estimado seja $< 20\%$;
- Ser capaz de entender a natureza e objetivo do estudo e fornecer consentimento informado.

3.3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão utilizados foram:

- Gravidez ou puerpério ao diagnóstico;
- *Aposentadoria por tempo de serviço*³⁴ ao diagnóstico;

3.3.3 Recrutamento e seguimento das pacientes

A identificação das pacientes foi realizada a partir de uma lista mensal das primeiras consultas que ocorreram no mês anterior nos ambulatórios da

¹ A idade limite para inclusão foi de 57 anos pois segundo a legislação brasileira mulheres com idade ≥ 60 anos poderiam requerer *aposentadoria por idade*³¹, e o objetivo era avaliar taxas de retorno após 24 meses do diagnóstico. Em se aposentando por idade esse seria um viés ao objetivo principal do estudo.

oncologia clínica e/ou da mastologia sob os CID's C.50 ou D.05. As pacientes eram avaliadas através do prontuario eletrônico e aquelas que preenchiam todos os critérios de inclusão e nenhum de exclusão eram convidadas a participar do estudo.

Entre setembro/2012 e maio/2013, o convite foi realizado através de carta-convite, enviada pelo correio, junto a 02 vias do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e um envelope selado para que a paciente pudesse retornar o convite com uma das vias do TCLE assinado, sem custos. Era realizado contato telefônico em até 15 dias para confirmar o recebimento do documento e para esclarecer dúvidas sobre o protocolo e o TCLE. Por telefone as pacientes referiam interesse em participar do estudo, contudo muitas se queixavam do fato de ter que retornar o documento pelo correio. Levando em consideração o baixo recrutamento nos primeiros 07 meses do estudo, foi realizada emenda (MM 624/13), datada de 15 de maio de 2013, a partir da qual passou-se a convidar as pacientes por ocasião das suas segundas consultas nos serviços da mastologia e/ou oncologia clínica no ICESP.

As pacientes foram acompanhadas por 24 meses, após a data do diagnóstico inicial do câncer de mama. Durante o período de acompanhamento, foram submetidas a três entrevistas por telefone, nos meses 06, 12 e 24 após o diagnóstico oncológico.

3.4 Variáveis e instrumentos de avaliação

No primeiro contato telefônico (06 ± 01 mês) as pacientes responderam a entrevista conduzida pela equipe da pesquisa com dados demográficos, clínicos e socioeconômicos que contemplavam (Anexo 2):

- dados demográficos: data de nascimento, estado menopausal, raça (cor da pele autorreferida), escolaridade e estado civil (foi incluída nesse quesito a opção *companheiro estável*).
- dados clínicos: comorbidades e como a paciente percebia seu estado geral de saúde naquele momento;
- dados socioeconômicos: setor da atividade empregatícia, horas por semana trabalhadas, se gostavam da atividade laboral em que estavam inseridas, absenteísmo nos 12 meses anteriores ao diagnóstico, renda familiar mensal (em salários mínimos), se a mesma representava a principal fonte de renda familiar, se recebeu apoio do cônjuge/companheiro e do empregador ao diagnóstico, se foi oferecido algum tipo de ajuste no trabalho após o diagnóstico, se a paciente percebeu algum tipo de discriminação por parte do seu empregador, se continuava trabalhando naquele momento e caso tivesse parado de trabalhar em que data isso havia ocorrido.

Nos segundo e terceiro contatos telefônicos (12 ± 01 mês e 24 ± 01 mês, respectivamente) as pacientes responderam a entrevista conduzida pela equipe da pesquisa com dados dados clínicos e socioeconômicos que contemplavam (Anexos 3 e 4):

- dados clínicos: comorbidades diagnosticadas após diagnóstico do câncer, aumento do peso (se resposta positiva, o ganho era quantificado em kg), presença de sintomas físicos (dor em mama/plastrão e/ou membro superior ipsilateral e linfedema em membro superior ipsilateral) e como a paciente percebia seu estado geral de saúde naquele momento;
- dados socioeconômicos: afastamento do trabalho (se resposta positiva, em que data isso havia ocorrido), retorno ao trabalho (se resposta

positiva, em que data isso havia ocorrido, qual setor da atividade empregatícia, horas por semana trabalhadas), renda familiar mensal (em salários mínimos), se vinha recebendo apoio do cônjuge/companheiro e do empregador, se havia sido oferecido algum tipo de ajuste no trabalho após o diagnóstico e se a paciente havia percebido algum tipo de discriminação por parte do seu empregador.

A partir do prontuário eletrônico do ICESP foram confirmados dados clínicos de comorbidades (quando registro de diagnóstico de depressão este foi categorizado como pré ou pós diagnóstico do câncer de mama) e coletados dados referentes ao diagnóstico (anatomopatológico, imunoistoquímica e pesquisa de amplificação do gene *HER-2* por *hibridização in situ* quando indicado, da biópsia e da peça cirúrgica) e tratamento do câncer (cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, terapia endócrina e uso de droga alvo) (Anexo 5).

Em cada contato telefônico (nos meses 06, 12 e 24), após o preenchimento da entrevista específica do estudo, todas as pacientes responderam ao questionário de qualidade de vida FACT-B.

3.4.1 Instrumento de avaliação da qualidade de vida

O instrumento escolhido para avaliar a qualidade de vida é o Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B), um questionário específico para pacientes com câncer de mama, de fácil administração³⁵ (Anexo 6). Sua versão em português foi previamente validada, e sua utilização foi autorizada (Anexo 7) por Jason Bredle, da organização Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT). O teste foi administrado e somado de acordo com as instruções do manual da quarta versão do sistema de medida FACIT.

O questionário é composto por 36 perguntas divididas em cinco subescalas: bem-estar físico (sete itens), bem-estar social/ familiar (sete itens), bem-estar emocional (seis itens), bem-estar funcional (sete itens) e subescala de preocupações adicionais, relacionada ao câncer da mama (nove itens). Opta-se por um dos cinco níveis para cada questão: “0” (nem um pouco), “1” (um pouco), “2” (mais ou menos), “3” (muito) e “4” (muitíssimo). Para responder aos questionários as pacientes devem se basear nos últimos sete dias.

O cálculo do escore foi feito separadamente para cada domínio, através das questões. No caso de alguma questão não ser respondida, o valor assumido foi a média das respostas do domínio. Os resultados foram somados, obtendo-se assim o escore total do questionário, que varia 0 a 164. Quanto maior for o escore, melhor será a qualidade de vida. Não há na literatura pontos de corte que estratifiquem a qualidade de vida de acordo com o FACT-B.

A diferença na QV relacionada especificamente a aspectos da saúde foi avaliada pelo FACT-B Trial Outcome Index (TOI), resultante da soma das subescalas, bem-estar físico, funcional e subescala de mama (23 itens). Foram avaliados também separadamente os itens referentes à QV de pacientes com câncer em geral, denominados FACT-Geral (FACT-G), composto pela soma das subescalas bem-estar físico, bem-estar social/familiar, bem-estar emocional e bem-estar funcional.

3.4.2 Retorno ao trabalho

Retorno ao trabalho foi definido como estar trabalhando, de forma remunerada, após o diagnóstico do câncer da mama. Trabalho em tempo

integral foi considerado aquele no qual a paciente trabalhava por tempo ≥ 35 horas por semana e trabalho em meio período considerado aquele no qual a paciente trabalhava < 35 horas por semana.²

3.5 Considerações estatísticas

As pacientes elegíveis foram incluídas de forma sequencial. As variáveis de pesquisa foram analisadas segundo o tipo de variável: qualitativa ou quantitativa. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequências e porcentagens; para as variáveis quantitativas foram calculadas a média, mediana, desvio padrão e valores mínimo e máximo.

No caso de dados faltantes (*missing data*) estes foram tratados através da deleção listwise, sendo os modelos de análise construídos apenas com aqueles casos contendo os dados completos.

Na avaliação dos fatores relacionados com retorno ao trabalho em 12 e 24 meses, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson; no caso de mais de 25% de valores esperados menores do que 5, o teste exato de Fisher.

Para análise multivariada dos fatores relacionados com o retorno ao trabalho aos 24 meses inicialmente foram calculados os valores de *odds ratio* (OR) não ajustado com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A construção do modelo final para os fatores relacionados com retorno ao trabalho em 24 meses foi realizada pelo método *stepwise forward*, onde as variáveis com valor de $p < 0,20$ no modelo não ajustado foram

² Segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) jornada em *tempo integral* não pode exceder 08 horas diárias, e é limitada a 44 horas semanais e a jornada em *tempo parcial* é aquela cuja duração não pode exceder 25 horas semanais³⁶. Com intuito de comparar nossos dados com estudos internacionais, optamos por utilizar a classificação de trabalho em tempo integral e parcial utilizada de forma predominante na literatura, como reportado por Blinder *et al*²⁴.

consideradas como variáveis candidatas para o modelo múltiplo. No final, permaneceram no modelo final as variáveis que resultaram como fatores independentes associadas com o retorno ao trabalho em 24 meses ($p < 0,05$).

O nível de significância adotado foi de 5%. As análises foram realizadas nos softwares estatísticos SPSS versão 18.0, para Windows e Stata versão 11.0.

3.6 Tamanho da amostra

Para o cálculo da amostra foi utilizado o método de estimação de proporção³⁷. Considerando-se a proporção de retorno ao trabalho na população de 45% em 18 meses (subgrupo de pacientes latinas), baseado no estudo de Blinder et al.²⁴, o qual avaliou retorno ao trabalho em pacientes americanas latinas versus não latinas, e um intervalo de confiança de 95% $\pm$ 10% (proporção de 35 a 55%), calculou-se amostra inicial de 96 pacientes. Estimando-se uma perda do seguimento de 30%, o cálculo da amostra foi corrigido para 125 pacientes.

4 Resultados

4.1 População do estudo

Entre julho de 2012 e setembro de 2014, 125 pacientes consecutivas diagnosticadas com câncer de mama com idade ≤ 57 anos consentiram participação no estudo. Dessas, duas faleceram antes da primeira entrevista, por progressão da doença, e outras duas foram excluídas por não conseguir contactá-las apesar de diversas tentativas de contato por telefone, em dias e horários diferentes. Das 121 mulheres incluídas na análise, oito evoluíram com recidiva da doença à distância e foram descontinuadas do estudo (a presença de doença metastática seria um potencial viés ao objetivo geral do estudo), enquanto duas mudaram de domicílio (uma se mudou para outro estado e a outra para outro país) e não atualizaram seus contatos telefônicos no ICESP (Figura 1).

A idade média das pacientes foi de 45,1 anos ($\pm 8,1$), sendo que 65,3% tinham menos de 50 anos ao diagnóstico. A média de filhos por paciente foi de 1,8 (0- 6), enquanto 52,1% tinham filhos menores de 18 anos. Quanto à raça, metade das pacientes era branca. No que se refere à escolaridade das pacientes, a maioria (63,4%) tinha ao menos, ensino médio completo. Pouco mais da metade era casada, ou tinha companheiro estável ao diagnóstico (Tabela 2). Em relação ao perfil de comorbidades a maior parte das pacientes era previamente hígida ou tinha apenas uma comorbidade. As comorbidades endocrinológicas foram as mais frequentes, destacando-se dislipidemia, hipotireoidismo e obesidade.

Figura 1 - Diagrama representando o fluxo das participantes durante o estudo

O estadió II foi o mais frequente entre as pacientes, representando 47,9% dos casos. Em relação ao perfil da imunoistoquímica, 75,4%, 19,7% das pacientes tinham receptores hormonais e status Her-2 positivos, respectivamente, e 18,2% tinham perfil triplo negativo.

Em relação ao tratamento cirúrgico, 53,3% das pacientes foram submetidas a mastectomia, e destas 53,7% à reconstrução mamária e 33,1% à simetrização.

Mais de 90% das pacientes foram submetidas a quimioterapia como parte do tratamento multimodal, 53,6% no cenário neoadjuvante. Entre as pacientes que foram submetidas a quimioterapia adjuvante, a média de intervalo entre cirurgia e início da quimioterapia foi de 1,7 meses ($\pm 1,0$). A combinação de doxorrubicina, ciclofosfamida seguida por taxano foi o esquema de quimioterapia mais utilizado (91,8%). Todas as 23 pacientes diagnosticadas com tumores que superexpressavam a proteína Her-2 (por IHQ e/ou FISH) foram submetidas a quimioterapia combinada à agente anti Her-2 (trastuzumabe). Entre as pacientes submetidas à terapia endócrina adjuvante, 81,3% fizeram uso de Tamoxifeno como agente inicial (com proposta de troca para inibidor de aromatase após 2- 3 anos do Tamoxifeno, entre as menopausadas) e 18,7% foram tratadas inicialmente com inibidores da aromatase. Radioterapia fez parte do tratamento de 83,5% das pacientes (Tabela 3); 56,9% irradiaram mama e fossa supraclavicular ipsilateral, enquanto 43,1% irradiaram apenas a mama.

A mediana de tempo entre diagnóstico e início do tratamento (cirúrgico ou quimioterápico) foi de 2,3 meses (0,0- 7,9).

Tabela 2 - Características demográficas e clínicas das participantes

Características	Pacientes * (n= 121)
<i>Idade (anos)</i>	
18-39	38 (31,4)
40-49	41 (33,9)
50-57	42 (34,7)
<i>Menopausa</i>	
Sim	56 (46,3)
Não	65 (53,7)
<i>Escolaridade</i>	
Sem instrução ou fundamental incompleto	21 (17,4)
Fundamental completo e médio incompleto	23 (19,0)
Médio completo e superior incompleto	49 (40,5)
Superior completo	28 (23,1)
<i>Raça</i>	
Branca	61 (50,4)
Parda	44 (36,4)
Negra	11 (9,1)
Amarela/ Indígena	05 (4,1)
<i>Paciente com filhos < 18 anos</i>	
Não	58 (47,9)
Sim	63 (52,1)
<i>Estado civil</i>	
Com companheiro estável/ casada	64 (52,9)
Sem companheiro estável	57 (47,1)
<i>Comorbidades</i>	
< 2	106 (87,6)
≥ 2	15 (12,4)
<i>Depressão</i>	
Não	112 (92,6)
Sim	09 (7,4)
<i>Estado geral de saúde [£]</i>	
Muito bom/ Bom	112 (92,5)
Ruim/ Muito ruim	09 (7,4)

Legenda: * Dados apresentados em números absolutos seguidos da % em parentêses. Porcentagens podem não resultar em 100%, por conta dos arredondamentos. [£] Autopercepção

Tabela 3 - Características do diagnóstico e tratamento oncológico das participantes

Características	Pacientes (n= 121)
<i>Estadiamento (TNM)</i>	
CDIs	03 (2,5)
I	19 (15,7)
II	58 (47,9)
III	41 (33,9)
<i>Tratamento cirúrgico</i>	
Cirurgia conservadora	56 (46,3)
Mastectomia	64 (52,9)
Não operada por progressão da doença na neoadjuvância	01 (0,8)
<i>Abordagem da axila</i>	
Linfonodo sentinela	47 (38,9)
Esvaziamento axilar	73 (60,3)
Não operada por progressão da doença na neoadjuvância	01 (0,8)
<i>Quimioterapia</i>	
Sim	112 (92,6)
Adjuvante	51 (42,2)
Neoadjuvante	61 (50,4)
Não	09 (7,4)
<i>Radioterapia adjuvante</i>	
Sim	101 (83,5)
Não	20 (16,5)
Terapia endócrina adjuvante	
Sim	91 (75,2)
Não	30 (24,8)
Trastuzumabe adjuvante	
Sim	23 (19,0)
Não	98 (81,0)

Legenda: * Descrição da variável em número absoluto e porcentagem. CDIs: carcinoma *in situ*

4.2 Aspectos socioeconômicos das participantes

Com relação às questões laborais, observou-se que, antes do diagnóstico oncológico, 81% das pacientes trabalhavam em regime de tempo integral (≥ 35 h por semana), 59,5% representavam a principal fonte de renda da família e apenas 14,9% trabalhavam como autônomas. A maior parte das pacientes referiu gostar da sua atividade de trabalho (94,2%) e de ter recebido suporte do seu empregador após o diagnóstico (72,8%), contudo apenas 29,1% das pacientes relataram ter sido oferecido algum tipo de ajuste em sua

rotina de trabalho para que pudessem continuar a exercer sua função durante o tratamento. Quando questionadas quanto ao afastamento do trabalho no ano anterior ao diagnóstico oncológico (por outros motivos que não o câncer), 16 (13,4%) confirmaram afastamento prévio; 11 apenas 01 vez, 01 por 02 vezes, 02 por 03 vezes e 02 não souberam relatar o número de vezes que se afastaram. O apoio do companheiro foi relatado por quase todas as pacientes casadas ou com companheiro estável. Quanto à classificação do setor de trabalho em que estavam inseridas e distribuição quanto a renda familiar mensal (em salários mínimos), ver Tabela 4.

Tabela 4 - Características socioeconômicas das participantes

Características	Pacientes *
	(n= 121)
Renda mensal familiar (salários mínimos)	
< 02	37 (30,6)
2- 4	59 (48,8)
> 4	25 (20,7)
Paciente representa a principal fonte de renda da família	
Não	49 (40,5)
Sim	72 (59,5)
Carga horária de trabalho	
Meio período	23 (19,0)
Tempo integral	98 (81,0)
Classificação do setor de trabalho	
Administração pública	06 (5,0)
Comércio	14 (11,6)
Construção	01 (0,8)
Indústria	04 (3,3)
Serviços domésticos	25 (20,7)
Serviços prestados a empresas	14 (11,6)
Outros serviços ^{&}	57 (47,1)
Atividade profissional com vínculo empregatício	
Não	18 (14,9)
Sim	103 (85,1)
Apoio do empregador após o diagnóstico [¶]	
Não	28 (27,2)
Sim	75 (72,8)
	Continua

**Tabela 4 - Características socioeconômicas das participantes
(continuação)**

Características	Pacientes *
	(n= 121)
<i>Ajuste/ acomodação no trabalho após o diagnóstico</i> ¶	
Não	73 (29,1)
Sim	30 (70,9)
<i>Apoio do companheiro após o diagnóstico</i> #	
Não	05 (7,8)
Sim	59 (92,2)

Legenda: * Descrição da variável em número absoluto e porcentagem. & Outros serviços incluem majoritariamente atividades laborais nas áreas da saúde, educação, serviço social, transporte, limpeza urbana e alojamento. ¶ n= 103 (número de participantes com atividade profissional com vínculo empregatício). # n= 64 (número de participantes com companheiro ou casadas).

4.3 Taxas de retorno ao trabalho

As taxas de retorno ao trabalho nos meses 06, 12 e 24, após o diagnóstico estão descritas no Gráfico 1. A mediana de tempo de afastamento foi de 13,3 meses (2- 24 meses).

Gráfico 1 - Taxas de retorno ao trabalho após diagnóstico de câncer de mama (%)

Nos meses 12 e 24, 6,9% e 10,7% das pacientes relataram percepção de discriminação por parte do empregador. Após 24 meses do diagnóstico,

55% das pacientes referiam aumento de peso. O ganho de peso mediano foi de 06 kg (2–30). Entre as pacientes com companheiro estável/ casadas ao diagnóstico, cinco se separaram nesse período de 02 anos de acompanhamento. Entretanto, 21,3% das pacientes referiram redução da renda mensal familiar. Das 67 mulheres que estavam trabalhando aos 24 meses pós diagnóstico, oito (11,9%) reduziram a carga horária de trabalho, de tempo integral para meio período, e duas (3,0%) aumentaram a carga horária, de meio período para tempo integral. Apenas uma das pacientes que não retornou ao trabalho durante o seguimento referiu ter se aposentado por tempo de contribuição à previdência (tempo $\geq$ 30 anos).

4.4 Análise univariada das variáveis quanto a sua associação ao retorno ao trabalho 24 meses após o diagnóstico

Na análise dos fatores que se associaram ao retorno ao trabalho dois anos após o diagnóstico do câncer de mama, observou-se que pacientes que concluíram o ensino médio ou superior retornaram mais ao trabalho quando comparadas às pacientes com menor escolaridade ($p= 0,007$). Percepção do estado geral de saúde como *bom/ muito bom*, apoio do empregador e ajuste/ acomodação no trabalho (logo após e 24 meses após o diagnóstico) também se associaram de forma estatisticamente significativa a maiores taxas de retorno ao trabalho. Já as pacientes que foram submetidas a mastectomia, que foram diagnosticadas com depressão pós câncer e que passaram a cursar com dor (em mama/ plastrão e/ou membro superior ipsilateral) retornaram significativamente menos às suas atividades laborais, mesmo após 24 meses do diagnóstico (Tabela 5).

Tabela 5 - Fatores avaliados quanto à associação ao retorno ao trabalho aos 24 meses após o diagnóstico do câncer de mama

Variável		Total	Retorno ao trabalho aos 24 meses *		Valor de p ¹
			Não n= 67	Sim n= 44	
Escolaridade [#]	Sem instrução/ fundamental incompleto	18	11 (61,1)	7 (38,9)	0,007
	Fundamental completo/ médio incompleto	21	12 (57,1)	9 (42,9)	
	Médio completo e superior incompleto	47	17 (36,2)	30 (63,8)	
	Superior completo	25	04 (16,0)	21 (84,0)	
Idade ao diagnóstico (anos)	≤ 50	77	26 (33,8)	51 (66,2)	0,057
	> 50	34	18 (52,9)	16 (47,1)	
Mudança status conjugal **	Não	106	38 (36,2)	68 (63,8)	0,383 ²
	Sim	05	03 (60,0)	02 (40,0)	
Mudança renda familiar **	Não	85	33 (38,8)	52 (61,2)	0,979
	Sim	23	09 (39,1)	14 (60,9)	
Ajuste no trabalho [#]	Não	67	30 (44,8)	37 (55,2)	0,042
	Sim	27	06 (22,8)	21 (77,8)	
Ajuste no trabalho **	Não	60	29 (48,3)	31 (51,7)	<0,001
	Sim	24	01 (4,2)	23 (95,8)	
Discriminação pelo empregador [£]	Não	75	27 (36,0)	48 (64,0)	1,0 ²
	Sim	09	03 (33,3)	06 (66,7)	
Apoio do empregador [£]	Não	27	16 (59,3)	11 (40,7)	0,008
	Sim	67	20 (29,9)	47 (70,1)	
Estado geral [£]	Ruim/ Muito ruim	12	08 (66,6)	04 (33,4)	0,039
	Bom/ Muito bom	98	36 (36,7)	62 (63,3)	
Aumento do peso **	Não	50	18 (36,0)	32 (64,0)	0,478
	Sim	61	26 (42,6)	35 (57,4)	
Depressão (pós câncer)	Não	95	34 (35,8)	61 (64,2)	0,043
	Sim	16	10 (62,5)	06 (37,5)	
Dor [¶]	Ausente	37	08 (21,6)	29 (78,4)	0,005
	Presente	73	36 (49,3)	37 (50,7)	
Linfedema [§]	Ausente	80	29 (36,2)	51 (63,8)	0,319
	Presente	30	14 (46,7)	16 (53,3)	
Mastectomia	Não	55	15 (27,3)	40 (72,7)	0,005
	Sim	56	29 (51,8)	27 (48,2)	
Reconstrução mamária	Não	50	15 (30,0)	35 (70,0)	0,079
	Sim	58	27 (46,6)	31 (53,4)	
Esvaziamento axilar	Não	46	17 (37,0)	29 (63,0)	0,627
	Sim	65	27 (41,5)	38 (58,5)	
Quimioterapia	Não	9	01 (11,1)	08 (88,9)	0,085 ²
	Sim	102	43 (42,2)	59 (57,8)	
Radioterapia	Não	16	07 (43,8)	09 (56,2)	0,716
	Sim	95	37 (38,9)	58 (61,1)	
Terapia endócrina	Não	25	07 (28,0)	18 (72,0)	0,176
	Sim	86	37 (43,0)	49 (57,0)	
Terapia anti Her-2	Não	89	33 (37,1)	56 (62,9)	0,267
	Sim	22	11 (50,0)	11 (50,0)	

Legenda: * Dados apresentados em números absolutos seguidos da % em parenteses # Avaliação 06 meses após o diagnóstico. ** Avaliação 24 meses após o diagnóstico. [£] Autopercepção após o diagnóstico do câncer de mama [¶] Dor em mama/ plastrão ou membro superior ipsilateral à cirurgia. [§] Linfedema em membro superior ipsilateral à cirurgia ¹ Teste qui-quadrado de Pearson. ² Teste exato de Fisher.

4.5 Análise múltipla das variáveis quanto a sua associação ao retorno ao trabalho 24 meses após o diagnóstico

Quando realizada análise múltipla dos fatores que se associaram a decisão de retornar ao trabalho observou-se que pacientes com renda familiar mensal ≥ 2 SM apresentaram taxas de retorno ao trabalho aproximadamente 17 vezes maior àquelas pacientes com renda familiar < 2 SM (OR 17,76, IC95% 3,33- 94,75; $p = 0,001$). Cirurgia conservadora quando comparada à mastectomia (independentemente da paciente ter sido submetida à reconstrução mamária ou simetrização) também se associou a maiores taxas de retorno ao trabalho, OR 9,77 (IC95% 2,03- 47,05; $p = 0,004$). Contudo o fator que mais aumentou a chance de retorno às atividades laborais foi o relato de ajuste no trabalho após o diagnóstico do câncer de mama OR 37,62 (IC95% 2,03-47,05; $p = 0,004$). Dois dos fatores avaliados reduziram em aproximadamente nove vezes a chance de retorno ao trabalho: diagnóstico de depressão após o diagnóstico do câncer OR 0,07 (IC95% 0,01- 0,63; $p = 0,017$) e terapia endócrina adjuvante OR 0,11 (IC95% 0,02- 0,74; $p = 0,023$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise múltipla dos fatores associados a retorno ao trabalho em 24 meses

Fatores	OR não ajustado	IC95%	OR ajustado	IC95%	Valor de p ¹
<i>Renda mensal (ref: <2 SM)</i>	1,00		1,00		
2-4 SM	4,38	(1,80- 10,68)	17,76	(3,33- 94,75)	0,001
>4 SM	3,94	(1,45- 13,58)	16,61	(1,77- 155,55)	0,014
<i>Ajuste no trabalho (ref: Não)</i>	1,00		1,00		
Sim	21,52	(2,73- 169,69)	37,62	(3,31- 427,87)	0,003
<i>Cirurgia (ref: Mastectomia radical)</i>	1,00		1,00		
Cirurgia conservadora	2,86	(1,30- 6,32)	9,77	(2,03- 47,05)	0,004
<i>Depressão pós-tratamento (ref: Não)</i>	1,00		1,00		
Sim	0,33	(0,11- 1,00)	0,07	(0,01-0,63)	0,017
<i>Terapia endócrina adjuvante (ref: Não)</i>	1,00		1,00		
Sim	0,52	(0,00- 1,60)	0,11	(0,02-0,74)	0,023
<i>Ajuste do modelo²</i>	Qui-quadrado		2,403		0,966

Legenda: ¹ Valor de p da regressão logística ajustada; ² Teste de ajuste do modelo Hosmer-Lemeshow. IC 95%: intervalo de confiança de 95%. OR: odds ratio SM: salário mínimo. ref: referência.

4.6 Qualidade de vida

Na avaliação da qualidade de vida, observou-se um aumento significativo entre os momentos 06 e 24 meses, no subquestionário FACT-B TOI, relacionado especificamente a aspectos da saúde (Tabela 7). Quando correlacionadas as médias de cada um desses questionários (FACT-B TOI, FACT- G total e FACT-B total) nos momentos 06, 12 e 24 com o desfecho retorno ao trabalho aos 24 meses observou-se escores de QV significativamente maiores entre as pacientes que retornaram ao trabalho (Tabela 8).

Tabela 7 - Qualidade de vida (FACT- B) das participantes 06, 12 e 24 meses após o diagnóstico do câncer de mama

Questionário		Momento da entrevista			Mudança média na diferença	
		06 meses n = 104	12 meses n = 101	24 meses n = 107	Diferença entre grupos*	Valor de p ¹
<i>FACT-B TOI</i>	Média (DP)	60,69 (13,32)	62,15 (15,13)	62,88 (15,80)	- 2,59	0,010
	Mediana	63,00	65,00	66,00		
	(vmín-vmáx)	(25,00-85,00)	(23,00-92,00)	(27,00-89,00)		
<i>FACT-G Total</i>	Média (DP)	74,75 (15,22)	76,36 (18,44)	75,04 (18,62)	- 1,61	0,246
	Mediana	77,00	79,00	79,00		
	(vmín-vmáx)	(40,00-102,00)	(31,00-108,00)	(23,00-107,00)		
<i>FACT-B Total</i>	Média (DP)	97,95 (19,37)	99,36 (22,99)	98,70 (23,48)	- 1,42	0,156
	Mediana	101,50	102,00	100,00		
	(vmín-vmáx)	(53,00-134,00)	(39,00- 144,00)	(43,00-140,00)		

Legenda: * Mudança média na diferença entre os questionários no momento 1 e 3 (06 meses – 24 meses).

¹ Teste Wilcoxon. FACT-B TOI: Functional Assessment of Cancer Therapy-Trial Outcome Index. FACT-G Total: Functional Assessment of Cancer Therapy-General. FACT-B Total: Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast. DP: desvio padrão. Vmín: valor mínimo. Vmáx: valor máximo.

Tabela 8 - Valores da escala de qualidade de vida FACT-B total e suas subescalas (FACT-B TOI e FACT-G total) nos meses 06, 12 e 24 entre as participantes que retornaram e as que não retornaram ao trabalho após 24 meses do diagnóstico do câncer de mama

Variável	Retorno ao trabalho aos 24 meses	Média do rank	z *	Valor de p
<i>Fact-B TOI – 6 meses</i>	Sim	41,43		
	Não	52,56	- 1,885	0,059
<i>FACT-G Total – 6 meses</i>	Sim	39,73		
	Não	53,53	- 2,338	0,019
<i>FACT-B Total – 6 meses</i>	Sim	40,34		
	Não	53,18	- 2,174	0,03
<i>Fact-B TOI – 12 meses</i>	Sim	36,38		
	Não	53,80	- 2,976	0,003
<i>FACT-G Total – 12 meses</i>	Sim	35,01		
	Não	54,58	- 3,341	0,001
<i>FACT-B Total – 12 meses</i>	Sim	35,19		
	Não	54,48	- 3,294	0,001
<i>Fact-B TOI – 24 meses</i>	Sim	38,99		
	Não	64,09	- 4,103	<0,001
<i>FACT-G Total – 24 meses</i>	Sim	37,72		
	Não	64,94	- 4,449	<0,001
<i>FACT-B Total – 24 meses</i>	Sim	39,21		
	Não	63,94	- 4,042	<0,001

Legenda: * Teste de Mann-Whitney. FACT-B TOI: Functional Assessment of Cancer Therapy-Trial Outcome Index. FACT-G Total: Functional Assessment of Cancer Therapy-General. FACT-B Total: Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast.

5 Discussão

Neste estudo, mulheres brasileiras, predominantemente de baixa renda, foram acompanhadas ao longo de dois anos após seus diagnósticos de câncer de mama, com o intuito de avaliar suas trajetórias quanto às atividades laborais e os fatores relacionados à decisão de se manter ou retomar sua atividade laboral.

Análise comparativa das taxas de RT nos meses 06, 12 e 24 após o diagnóstico com taxas de outros países mostram que são inferiores às taxas observadas em países desenvolvidos^{18, 19, 22, 23, 25}, aproximam-se das taxas descritas por Blinder et al.²⁴, que avaliou RT em pacientes com câncer de mama tratadas na Califórnia, EUA, através do programa de saúde social do país (Medicaid) voltado para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados, e são superiores as taxas reportadas por Lee et al.²⁶, em população de pacientes sul-coreanas.

No presente estudo a oferta de *ajuste no trabalho* para acomodar a paciente oncológica no momento inicial, no qual a mesma necessita adaptar sua rotina laboral à do tratamento e lidar com eventos adversos relacionados ao tratamento, e posteriormente na fase em que se enquadra como sobrevivente, foi importante fator para o RT. Esse achado reportado anteriormente por Bouknight et al.¹⁹ e Blinder et al.³⁸ tem implicações para empregadores e potencialmente também para legisladores. No cenário brasileiro poder-se-ia pensar em medidas que estimulassem empregadores a oferecer acomodação no trabalho do paciente oncológico. Uma possibilidade

seria a implementação de programas de valorização e inclusão de pacientes com câncer. Estimular a reinserção no mercado de trabalho estaria em sintonia com a Ordem Constitucional (dignidade da pessoa humana e valorização do trabalho e livre iniciativa - art. 1º, III e IV, e art. 170 – função social da propriedade)³⁹ e poderia ser utilizado pelas empresas como propaganda positiva frente a mercados consumidores mais exigentes. Esse tipo de “propaganda” já existe em diversas áreas, como por exemplo, empresas amigas do meio ambiente (não poluidoras), que respeitam as normas trabalhistas, que estão livres de acidentes de trabalho, que estimulam a inclusão de pessoas com deficiência, dentre outras. As empresas seriam auditadas e receberiam o direito de exibir o “selo” que representaria a excelência em apoiar o paciente com câncer.

Pouco mais de 10% das pacientes referiram “*percepção de discriminação*” por parte de seus empregadores, apontando que esse não foi um problema enfrentado de forma frequente por essa população de pacientes. Também não foi observada associação significativa entre percepção de discriminação e não RT. Na literatura esse dado é conflitante, já tendo sido reportado previamente redução da produtividade laboral quando da percepção de discriminação¹⁹. Nesse cenário, investigação adicional do impacto da discriminação na produtividade laboral se justifica.

Alguns estudos demonstraram relação inversamente proporcional entre: idade e taxa de RT^{25, 40-42}. Nessa população de pacientes também houve uma tendência a tal desfecho, quando comparadas pacientes com idade ≤ 50 versus > 50 anos, entretanto essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Também em concordância com estudos prévios, observou-se correlação entre maior nível educacional^{21, 24, 42}, maior renda familiar^{13, 21, 41, 43} e maiores taxas de RT. Em geral, nível educacional e maior renda se relacionam ao tipo de trabalho. Pacientes com menor nível educacional são mais propensas a trabalhos manuais e/ou com carga, o que poderia ser uma explicação para o menor índice de retorno ao trabalho dessas pacientes. Outras explicações possíveis seriam que as pacientes com maior nível educacional teriam melhores perspectivas de desenvolver uma carreira, ou até melhores oportunidades para adaptar suas atividades de trabalho às mudanças em sua capacidade laboral. Além disso, estas pacientes necessitam retomar ao trabalho caso queiram manter seus altos padrões de vida.

A associação entre depressão diagnosticada após o câncer e menores taxas de retorno ao trabalho não havia sido reportada, ou mesmo avaliada, em estudos anteriores. É provável que isso tenha ocorrido porque o foco dos questionários de avaliação em geral é o perfil de toxicidades relacionadas ao tratamento oncológico ou mudanças socioeconômicas sofridas pelas pacientes, e não comorbidades desenvolvidas ao longo do tratamento.

A autoavaliação quanto ao próprio estado geral aos 06 meses foi outro item significativo na análise. Mulheres que classificaram seu estado geral como “*bom/ muito bom*” retornaram mais ao trabalho do que aquelas que classificaram como “*ruim/ muito ruim*”. Dados simples como esses propiciam o rastreamento das pacientes mais vulneráveis ao não retorno ao trabalho e permitem o desenvolvimento de estratégias mais efetivas que foquem nas particularidades desses grupos.

No que se refere ao tratamento oncológico multimodal, assim como relatado em estudos prévios, foi observado impacto negativo da mastectomia e da presença de dor (em mama reconstruída, plastrão e/ou membro superior ipsilateral) no RT^{13, 21, 25, 37}. A realização de quimioterapia, radioterapia e esvaziamento axilar não se associou de forma estatisticamente significativa à menores taxas de RT, contrariando algumas publicações anteriores^{24, 25, 41, 43}. Quatro estudos prévios avaliaram o impacto da terapia endócrina no RT. Lee et al²⁶ e o presente estudo observaram que a terapia endócrina adjuvante se associou a menores taxas de RT aos 36 e 24 meses, respectivamente, o que pode ter ocorrido por eventos adversos relacionados a terapia (como fadiga, artralgias e fogachos, dentre outros) não manejados de forma plena no *continuum* do tratamento, enquanto nos outros três a terapia endócrina não impactou nas taxas de RT^{24, 40, 42}. Assim como no estudo de Hoyer *et al.*, a terapia anti Her2 não impactou nas taxas de RT²⁵.

Pesquisas anteriores demonstraram que qualidade de vida e produtividade laborativa têm uma relação complexa e bidirecional^{24, 25, 44}. Melhor qualidade de vida se correlaciona a maior capacidade de trabalhar, e trabalhar melhora a qualidade de vida psicossocial, entretanto fatores como renda familiar também interferem na qualidade de vida dos sobreviventes ao câncer e isso não é inteiramente devido ao efeito da saúde sobre os rendimentos. No seguimento da população de pacientes desse estudo melhor qualidade de vida 06, 12 e 24 meses após o diagnóstico foram preditores de RT após dois anos do diagnóstico.

Câncer de mama metastático foi um critério de exclusão do estudo e as pacientes que apresentaram recidiva da doença durante o seguimento foram excluídas da análise, pelo potencial viés ao desfecho primário do estudo, entendendo que essa população de pacientes poderia apresentar sintomas impeditivos ao trabalho, como dor não paliada em sítio de metastase ou náusea e vômito relacionados a um novo tratamento quimioterápico, por exemplo. Ao longo das entrevistas nos meses 12 e 24, duas das oito pacientes que apresentaram recidiva da doença à distância relataram capacidade e desejo de retornar às atividades laborais, mas, segundo ambas, não conseguiam colocação no mercado de trabalho por “discriminação em relação ao diagnóstico de câncer metastático”. Com a melhoria dos tratamentos oncológicos espera-se também um número crescente de mulheres com câncer de mama metastático assintomáticas ou oligosintomáticas, vivendo com sua doença sob controle (e entendendo-a como uma doença crônica) e, portanto essa população deve ser foco de pesquisas futuras com o intuito de entender as dificuldades específicas enfrentadas e como intervir para melhorar a sua qualidade de vida.

O fato de ser uma pesquisa uni-institucional, em serviço que presta assistência exclusivamente a pacientes do SUS, pode ser visto como uma das limitações do estudo, por, talvez, não representar a realidade de pacientes atendidas no serviço privado brasileiro. Apesar dessa percepção, estima-se que o setor público seja responsável pela assistência médica de 80% da população brasileira, o que revela a abrangência da investigação que foi realizada. Além disso, pacientes do setor privado poderiam representar um viés para o estudo, já que maiores taxas de retorno ao trabalho poderiam estar

associadas ao receio de perder o emprego e consequentemente a cobertura do seguro saúde pago pela empresa em que trabalham.

Outra limitação que se deve mencionar também é o fato de que “*discriminação pelo empregador*” e “*ajuste no trabalho*” foram avaliados apenas conforme a percepção da paciente, não tendo sido pesquisada a impressão do empregador sobre a situação. O não questionamento ativo às pacientes que não retornaram ao trabalho quanto às aposentadorias, por invalidez ou tempo de contribuição, talvez tenha subestimado esse dado no estudo. Além disso, vale ressaltar que não foram comparadas as características demográficas e clínicas das pacientes que participaram do estudo versus as que não aceitaram participar ou não retornaram o TCLE. Como essa comparação não foi prevista previamente, não foi obtido consentimento das pacientes que não aceitaram participar do estudo para coleta exclusiva das suas características demográficas e clínicas, via prontuário eletrônico. É possível que entre as participantes desse estudo houvesse maior número de pacientes com maior escolaridade e maior renda do que na população das não participantes, o que pode ter superestimado as taxas retorno ao trabalho, tendo em vista a maior chance de RT nas pacientes com esse perfil.

Estudos que avaliam o impacto do câncer ou mesmo das incapacidades oriundas do diagnóstico e tratamento são escassos no Brasil. Para avaliar o impacto da doença, o indicador mais utilizado é o DALY, que mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura (YLL –Years of Life Lost) ou incapacidade (YLD – Years Lived with Disability) em relação a uma esperança de vida ideal. Apesar do item YLD sugerir ser um indicador de incapacidades secundárias ao câncer, ele não se propõe a avaliar tal desfecho, mas sim o

tempo vivido com a doença. Do nosso conhecimento, há apenas um estudo brasileiro avaliando o impacto do câncer em diferentes sítios, utilizando DALY's, com dados do estado de Santa Catarina. Segundo esse estudo, as maiores taxas observadas em pacientes femininas foram entre as pacientes com câncer de mama, 287.5 DALY's/100.000 habitantes na faixa etária entre 45- 59 anos⁴⁵. Como apontado por revisão sistemática recém-publicada, há na literatura carência de padronização de indicadores ou questionários que avaliem o impacto socioeconômico que o câncer e seu tratamento têm na vida dos pacientes sobreviventes²⁸. No que se refere ao impacto da doença na produtividade laboral, os estudos utilizam uma variedade de medidas (horas perdidas de trabalho, retorno ao trabalho, mudança no status de trabalho ou mesmo prejuízo nas atividades) o que acaba por dificultar comparações de diferentes populações ou efetividade de intervenções. Já no cenário dos sobreviventes ao câncer que retornaram ao trabalho, um questionário específico (The Quality of Working Life Questionnaire for Cancer Survivors- QWLQ-CS) avaliando a qualidade da vida laborativa pós câncer está em desenvolvimento⁴⁶⁻⁴⁷. Atualmente ele está sendo testado em uma população mais abrangente de pacientes com o intuito de validar suas propriedades psicométricas e para desenvolvimento do QWLQ- CS final.

Por fim, vale contextualizar de forma breve a história e o cenário atual da reabilitação profissional no Brasil, entendendo que seu pleno funcionamento pode ter impacto nas taxas relatadas no presente estudo. Apesar de não questionadas diretamente quanto a inserção no programa de reabilitação profissional do governo, nenhuma das pacientes mencionou ter participado ou

ter sido ofertada sua participação durante o seguimento, pós término do tratamento.

Em 1990 a reabilitação física dos indivíduos afastados do trabalho passou a ser atribuição do sistema único de saúde, enquanto a reabilitação profissional continuou a ser atribuição do INSS. Nesse momento se iniciou um período de decadência da reabilitação profissional, porque o INSS foi inibido de dar sequência ao seu programa e o SUS não implementou o que lhe caberia fazer. O que se tem atualmente é uma grande defasagem entre a necessidade e a oferta de reabilitação efetiva. Para se ter idéia da disparidade mencionada, no ano de 2014 o INSS concedeu 3.024.026 auxílios-doença, dos quais 907.207 foram auxílios-doença de mais de 90 dias, que teoricamente seriam os passíveis de reabilitação; 52.413 foram para reabilitação, mas somente 17.222 foram reabilitados. A reabilitação profissional é entendida como medida superavitária⁴⁸ e vantajosa para todos os envolvidos: INSS, empresas e segurado. Sendo assim, implementar a reabilitação profissional de forma efetiva seria uma das medidas mais próximas para converter os reabilitados em um fator produtivo para toda a sociedade.

Em um cenário crescente de pacientes sobreviventes ao câncer de mama, conhecer qual a frequência de retorno ao trabalho e os fatores que se associam a tal decisão é essencial para a integralidade do atendimento. Tal conhecimento pode interferir no manejo terapêutico da doença (mais um dado a ser considerado e discutido com a paciente para definir o tipo de cirurgia, conservadora versus mastectomia, por exemplo), no acompanhamento (ao facilitar o reconhecimento do paciente com maior dificuldade para retornar ao trabalho cria-se a possibilidade de desenvolver estratégias que atuem de forma

precoce nesses subgrupos) e até mesmo no estímulo ao desenvolvimento de programas que valorizem a inclusão dos pacientes oncológicos, viabilizando sua reinserção no mercado de trabalho.

6 Conclusões

O presente estudo representa o primeiro estudo prospectivo na América Latina objetivando descrever as taxas de retorno ao trabalho em pacientes com câncer de mama e o fatores relacionados a tal decisão.

Com base nos dados aqui apresentados pode-se concluir que:

- As taxas de retorno ao trabalho nos meses 06, 12 e 24 após o diagnóstico do câncer de mama foram 21,5, 30,3 e 60,4%, respectivamente.
- A mediana de tempo de afastamento foi de 13,3 meses.
- Na análise univariada os fatores que se associaram as maiores taxas de RT foram: maior escolaridade, percepção do estado geral de saúde como *bom/ muito bom*, apoio do empregador e ajuste/ acomodação no trabalho; enquanto os fatores que se associaram a menores taxas de RT foram: mastectomia, diagnóstico de depressão após o câncer e presença de dor (em mama/ plastrão e/ou membro superior ipsilateral).
- Na análise multivariada os fatores que se associaram as maiores taxas de RT foram: renda familiar mensal $\geq$ 02 salários mínimos, cirurgia conservadora da mama e oferta de ajuste no trabalho pelo empregador; enquanto os fatores que se associaram a menores taxas de RT foram: terapia endócrina adjuvante e diagnóstico de depressão após o câncer de mama.

- Os escores de QV foram significativamente maiores nos meses 06, 12 e 24 entre as pacientes que retornaram ao trabalho aos 24 meses.

7 Anexos

Anexo 1. Aprovação pelo Comitê de Ética

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **05/09/2012**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **284/12** intitulado: **“RETORNO AO TRABALHO EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA TRATADAS EM UM SERVIÇO ONCOLÓGICO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)”** apresentado pelo Instituto do Câncer do Estado de São Paulo “Octávio Frias de Oliveira”.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra “c”).

Pesquisador (a) Responsável: Max Senna Mano
Pesquisador (a) Executante: Luciana Castro Garcia Landeiro

CEP-FMUSP, 10 de Setembro de 2012.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep.fmusp@hcnnet.usp.br

Anexo 2. Primeira entrevista telefônica (06± 01 meses após o diagnóstico)

- Nome (iniciais)/ RGHC: _____ Data: ____/____/____
- Idade ao diagnóstico: ____ anos/Data de nascimento: ____/____/____
- Menopausa: Sim / Não / Não sei / Se sim quando foi a última menstruação? ____/____/____
- Estado civil: solteira / casada / desquitada / divorciada / viúva / vive com companheiro estável
- Escolaridade: sem instrução e fundamental incompleto / fundamental completo e médio incompleto / médio completo e superior incompleto / superior completo
- Raça (ou cor): Branca / Preta / Parda / Amarela / Indígena / Outros
- Comorbidades: HAS / DM / Cardiopatia / Pneumopatia / Dç hematológica / Outras: _____
- Renda familiar mensal: <2 SM / 2-4 SM / 5-10 SM / 11-20SM / > 20SM
- Você representa a principal fonte de renda familiar: Sim / Não
- Você tem filhos menores de 18 anos? Sim / Não
- Como você classifica seu estado geral: muito bom / bom / ruim / muito ruim
- Você recebeu suporte/apoio do cônjuge após o diagnóstico: Sim / Não
- Antes do diagnóstico você trabalhava: Sim / Não
- Quantas horas por semana você trabalhava: _____h (<35h / ≥ 35)
- Qual a sua profissão : _____
- Classificá-la em um dos seguintes setores de atividade: Indústria / Comércio / Serviços domésticos / Construção / Serviços prestados a empresas / Administração pública / Outros serviços

- Você ainda está trabalhando? Sim / Não
- Quando você se afastou do trabalho? ____/____/____
- No último ano antes do diagnóstico você se ausentou do trabalho por algum período? Sim / Não
- Se respondeu sim ao item 13, quantas vezes ficou afastada? ____ e por quantos dias: 0-30 / > 30
- Você gosta do seu trabalho: Sim / Não
- Você recebeu suporte/ apoio do seu empregador/ chefe após diagnóstico: Sim / Não
- Foi oferecido algum tipo de ajuste no trabalho por seu empregador após o diagnóstico: Sim/ Não

Anexo 3. Segunda entrevista telefônica (12± 01 meses após o diagnóstico)

- Nome (iniciais)/ RGHC: _____ Data: ____/____/____
- Estado civil: solteira / casada / desquitada / divorciada / viúva / vive com companheiro estável
- Se casada, recebe suporte/apoio do cônjuge: Sim / Não
- Você se afastou do trabalho após o diagnóstico: Sim / Não
- Se respondeu “sim” ao item 3, você continua afastada? Sim / Não
- Se respondeu “não” ao item 4, qual a data do retorno: ____/____/____
(____ meses após o diagnóstico)
- Se respondeu “não” ao item 4, quantas horas/semana você têm trabalhado: ____h (<35 / ≥ 35)
- Qual a sua profissão: _____
- Classificá-la em um dos seguintes setores de atividade: Indústria / Comércio / Serviços domésticos / Construção / Serviços prestados a empresas / Administração pública / Outros serviços
- Você recebe suporte/apoio do seu empregador/chefe devido ao seu diagnóstico: Sim / Não
- Você percebeu algum tipo de discriminação por parte do seu empregador: Sim / Não

- Foi oferecido algum tipo de ajuste no trabalho por parte do seu empregador após o diagnóstico: Sim / Não
- Renda familiar mensal: <2 SM / 2-4 SM / 5-10 SM / 10-20SM / > 20SM
- Você representa a principal fonte de renda familiar: Sim / Não
- Como você classifica seu estado geral: muito bom / bom / ruim / muito ruim
- Comorbidades: HAS / DM / Cardiopatia / Pneumopatia / Dç hematológica/ Outras: _____
- Você ganhou peso desde o diagnóstico: Sim / Não / Se sim, quanto (em Kg): _____
- Você passou a apresentar linfedema após o tratamento: Sim / Não
- Você sente dor na cicatriz cirúrgica ou membro superior ipsilateral: Sim / Não

Anexo 4. Terceira entrevista telefônica (24± 01 meses após o diagnóstico)

- Nome (iniciais)/ RGHC: _____ Data: ____/____/____
- Estado civil: solteira / casada / desquitada / divorciada / viúva / vive com companheiro estável
- Se casada, recebe suporte/apoio do cônjuge: Sim / Não
- Você se afastou do trabalho após o diagnóstico: Sim / Não
- Se respondeu “sim” ao item 03, você continua afastada? Sim / Não
- Se respondeu “não” ao item 04, qual data do retorno: ____/____/____
(____ meses após o diagnóstico)
- Se respondeu “não” ao item 04, quantas horas/semana você têm trabalhado: ____h (<35 / ≥ 35)
- Qual a sua profissão: _____
 - Classificá-la em um dos seguintes setores de atividade: Indústria / Comércio / Serviços domésticos / Construção / Serviços prestados a empresas / Administração pública / Outros serviços
- Você tem recebido suporte/apoio do seu empregador/chefe após seu diagnóstico: Sim / Não
- Você percebeu algum tipo de discriminação por parte do seu empregador: Sim / Não
- Foi oferecido algum tipo de ajuste no trabalho por seu empregador após o diagnóstico: Sim / Não
- Renda familiar mensal: <2 SM / 2-4 SM / 5-10 SM / 10-20SM / > 20SM
- Você representa a principal fonte de renda familiar: Sim / Não

- Como você classifica seu estado geral: muito bom / bom / ruim / muito ruim
- Comorbidades: HAS / DM / Cardiopatia / Pneumopatia / Dç hematológica/ Outras: _____
- Você ganhou peso desde o diagnóstico: Sim / Não / Se sim, quanto (em Kg): _____
- Você passou a apresentar linfedema após o tratamento: Sim / Não
- Você sente dor na cicatriz cirúrgica ou membro superior ipsilateral: Sim / Não

Anexo 5. Dados referentes ao diagnóstico e tratamento do câncer

- Nome (iniciais)/ RGHC: _____ Data: ____/____/____
- Data do diagnóstico: ____/____/____
- Qual tipo histológico? Ca ductal in situ / Ca lobular in situ / Ca ductal invasivo / Ca lobular invasivo / Outras histologias
- Estadiamento inicial? 0 / I / IIA / IIB/ IIIA / IIIB / IIIC
- Perfil imunoistoquímico: RE____/RP____/Her 2____(FISH____)/Ki 67:____%
- Tratamento cirúrgico: Sim / Não Data:____/____/____
- Se sim, qual cirurgia: Mastectomia radical / Cirurgia conservadora
- Qual abordagem da axila: Linfonodo sentinela / Esvaziamento axilar
- Fez quimioterapia? Sim / Não / Período: _____
- Neoadjuvante / Adjuvante
- Qual o esquema utilizado: AC-T(H) / FAC ou FEC / CMF / Outros
- Fez radioterapia? Sim / Não
- Se sim: apenas no parênquima mamário / Mama + FSC
- Paciente livre de recidiva da doença: Sim / Não
- Se sim, qual a data da recidiva: ____/____/____
- Hormonioterapia adjuvante: Sim / Não /Se sim: Inibidor de aromatase/
Tamoxifeno
- Terapia anti-Her 2 adjuvante por 12 meses: Sim / Não
- Paciente livre de recidiva da doença: Sim / Não
- Se respondeu não ao item 3, qual a data da recidiva: ____/____/____

Anexo 6. Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B)

FACT-B (Versão 4)

Abaixo encontrará uma lista de afirmações que outras pessoas com a sua doença disseram ser importantes. **Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias**

BEM-ESTAR FÍSICO

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GP1	Estou sem energia.....	0	1	2	3	4
GP2	Fico enjoado/a	0	1	2	3	4
GP3	Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família.....	0	1	2	3	4
GP4	Tenho dores.....	0	1	2	3	4
GP5	Sinto-me incomodado/a pelos efeitos secundários do tratamento	0	1	2	3	4
GP6	Sinto-me doente.....	0	1	2	3	4
GP7	Sinto-me forçado/a a passar tempo deitado/a	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR SOCIAL/FAMILIAR

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GS1	Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	0	1	2	3	4
GS2	Recebo apoio emocional da minha família.....	0	1	2	3	4
GS3	Recebo apoio dos meus amigos	0	1	2	3	4
GS4	A minha família aceita a minha doença.....	0	1	2	3	4
GS5	Estou satisfeito/a com a maneira como a minha família fala sobre a minha doença.....	0	1	2	3	4
GS6	Sinto-me próximo/a do/a meu/minha parceiro/a (ou da pessoa que me dá maior apoio)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Independentemente do seu nível a(c)tual de a(c)tividade sexual, por favor responda à pergunta a seguir. Se preferir não responder, assinale o quadrículo ☐ e passe para a próxima se(c)ção.</i>					
GS7	Estou satisfeito/a com a minha vida sexual	0	1	2	3	4

FACT-B (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias.

BEM-ESTAR EMOCIONAL

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GE1	Sinto-me triste	0	1	2	3	4
GE2	Estou satisfeito/a com a maneira como enfrento a minha doença	0	1	2	3	4
GE3	Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	0	1	2	3	4
GE4	Sinto-me nervoso/a	0	1	2	3	4
GE5	Estou preocupado/a com a idéia de morrer	0	1	2	3	4
GE6	Estou preocupado/a que o meu estado venha a piorar	0	1	2	3	4

BEM-ESTAR FUNCIONAL

		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
GF1	Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF2	Sinto-me realizado/a com o meu trabalho (inclusive em casa)	0	1	2	3	4
GF3	Sou capaz de sentir prazer em viver	0	1	2	3	4
GF4	Aceito a minha doença	0	1	2	3	4
GF5	Durmo bem	0	1	2	3	4
GF6	Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	0	1	2	3	4
GF7	Estou satisfeito/a com a qualidade da minha vida neste momento	0	1	2	3	4

FACT-B (Versão 4)

Faça um círculo ou marque um número por linha para indicar a sua resposta no que se refere aos últimos 7 dias

<u>PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS</u>		Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitís- simo
B1	Sinto falta de ar	0	1	2	3	4
B2	Sinto-me insegura com a forma como me visto.....	0	1	2	3	4
B3	Tenho inchaço ou dor em um ou ambos os braços	0	1	2	3	4
B4	Sinto-me sexualmente atraente	0	1	2	3	4
B5	Sinto-me incomodada com a queda do cabelo.....	0	1	2	3	4
B6	Fico preocupada com a possibilidade de que outros membros da minha família um dia tenham a mesma doença que eu.....	0	1	2	3	4
B7	Fico preocupada com o efeito do “stress” (estresse) sobre a minha doença	0	1	2	3	4
B8	Sinto-me incomodada com a alteração de peso	0	1	2	3	4
B9	Consigo sentir-me mulher.....	0	1	2	3	4
P2	Sinto dores em algumas regiões do meu corpo.....	0	1	2	3	4

Anexo 7. Functional Assessment of Chronic illness Therapy (FACIT) Licensing Agreement

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

April 24, 2012

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. Licensor provides to **Cancer institute of São Paulo State** the licensing agreement outlined below.*

This letter serves notice that **Cancer institute of São Paulo State** and all its affiliates (as defined below) ("COMPANY") are granted license to use the **Portuguese** version of the **FACT-B** in one study.

"Affiliate" of (COMPANY) shall mean any corporation or other business entity controlled by, controlling or under common control with (COMPANY) For this purpose "control" shall mean direct or indirect beneficial ownership of fifty percent (50%) or more of the voting or income interest in such corporation or other business entity.

This current license extends to (COMPANY) subject to the following terms:

- 1) (COMPANY) agrees to complete a FACIT collaborator's form on our website, www.FACIT.org. (COMPANY) is not required to provide any proprietary or confidential information on the website. Licensor agrees to use the information in the website database for internal tracking purposes only.
- 2) (COMPANY) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 3) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, (COMPANY) will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 4) (COMPANY) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of

8 Referências

- 1- Torre LA, Bray F, Siegel RL. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015;65(2):87-108.
- 2- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Incidência do câncer no Brasil. Estimativa 2016. Síntese de resultados e comentários. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016>. Visualizado em 20 de junho de 2016.
- 3- Villarreal-Garza C, Aguila C, Magallanes-Hoyos MC. Breast Cancer in Young Women in Latin America: An Unmet, Growing Burden. *The Oncologist.* 2013;18:1298-1306;
- 4- FOSP. Registro de Câncer de Base Populacional de São Paulo. Disponível em: <http://200.144.1.68/cgi-bin/tabnet?rhc/rhc-geral.def>. Fundação Oncocentro de São Paulo; 2016. Visualizado em 26 de março de 2017.
- 5- Berry DA, Cronin KA, Plevritis SK et al. Effect of screening and adjuvant on mortality from breast cancer. *N Engl J Med* 2005;353:1784-92.
- 6- Perou C, Sorlie T, Eisen M et al. Molecular portraits of human breast tumours. *Nature.* 2000;406:747-52.
- 7- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10 801 women in 17 randomised trials. *Lancet.* 2011;378:1707-16.

- 8- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet*. 2005;365:1687-717.
- 9- Allemani C, Weir H, Carreira H et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25.676.887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *The Lancet*. 2015;385:977-1010.
- 10- De Moor J, Mariotto A, Parry C. Cancer Survivors in the United States: Prevalence across the Survivorship Trajectory and Implications for Care. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013;22(4):561-70.
- 11- Jefford M, Rowland J, Grunfeld E, et al. Implementing improved post-treatment care for cancer survivors in England, with reflections from Australia, Canada and the USA. *Br J Cancer*. 2013;108(1):14-20.
- 12- Hebdon M, Foli K, McComb S. Survivor in the cancer context: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2015;71(8):1774-86.
- 13- Paalman C, Van Leeuwen FE, Aaronson NK et al. Employment and social benefits up to 10 years after breast cancer diagnosis: a population-based study. *British Journal of Cancer*. 2016;114(1):81-7.
- 14- Ganz P. Current issues in cancer rehabilitation. *Cancer*. 1990;65:742–751.
- 15- Azzani M, Roslani A, Su T. The perceived cancer-related financial hardship among patients and their families: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2015;23(3):889-98.

- 16- Waddell G, Burton AK. Is Work Good for Your Health and Well-being. The Stationery Office: London. ISBN: 9780117036949, 2006.
- 17- Steiner JF, Cavender TA, Main DS et al. Assessing the impact of cancer on work outcomes: what are the research needs? *Cancer*. 2004; 101:1703–11.
- 18- Drolet M, Maunsell E, Mondor M et al. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *CMAJ*: *Canadian Medical Association Journal*. 2005;173(7):765-771.
- 19- Bouknight R, Bradley C, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clin Oncol*. 2006; 24(3):345–353.
- 20- Villaverde RM, Battle JF, Yllan AV et al. Employment in a cohort of breast cancer patients. *Occup Med* 2008;58(7):509-511
- 21- Ahn E, Cho J, Shin DW. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work- related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat* 2009;116(3):609-16.
- 22- Fantoni S, Peugniez C, Duhamel A et al. Factors related to return to work by women with breast cancer in Northern France. *J Occup Rehabil* 2010;20:49-58.
- 23- Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L et al. Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work*. 2011;38:337–46.
- 24- Blinder V, Patil S, Thind A, et al. Return to work in low-income Latina non-Latina White breast cancer survivors: A three-year longitudinal study. *Cancer*. 2012;118:1666-1674.

- 25- Hoyer M, Nordin J, Ahlgren L et al. Change in Working Time in a Population-Based Cohort of Patients With Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(23):2853-60.
- 26- Lee MK, Kang HS, Lee KS et al. Three-year prospective cohort study of factors associated with return to work after breast cancer diagnosis. *J Occup Rehabil*. 2016 Nov 17. [Epub ahead of print]
- 27- Cooper A, Hankins M, Rixon L et al. Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer type. *Psycho-Oncology*. 2012. DOI: 10.1002/pon.3049.
- 28- Catt S, Starkings R, Shilling V et al. Patient-reported outcome measures of the impact of cancer on patients' everyday lives: a systematic review. *J Cancer Surviv*. 2017;11(2):211–32.
- 29- Balak C, Roelen P, Koopmans E et al. Return to Work After Early-stage Breast Cancer: A Cohort Study into the Effects of Treatment and Cancer related Symptoms. *J Occup Rehabil*. 2008;18:267–272.
- 30- Bradley C, Oberst K, Schenk M. Absenteeism from work: the experience of employed breast and prostate cancer patients in the months following diagnosis. *Psychooncology*. 2006;15:739-47.
- 31- BRASIL. Lei nº 8.213/1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1991 25 jul.
- 32- BRASIL. BRASIL. Ministério da Fazenda. Portaria nº 8, de 13 de janeiro de 2017. Dispõe sobre o reajuste dos benefícios pagos pelo Instituto

- Nacional do Seguro Social- INSS e dos demais valores constantes do Regulamento da Previdência Social - RPS. Brasília (DF). 2017 16 jan.; Seção 1:12.
- 33- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DA PREVIDÊNCIA E DA SEGURIDADE SOCIAL. Grandes Números da Previdência Social- Julho/2016. Disponível em: <http://www.anasps.org.br/grandes-numeros-da-previdencia-social-julho2016/> Visualizado em: 20 de abril de 2017.
- 34- BRASIL. Lei nº 9.032/1995. Dispõe sobre o valor do salário mínimo, altera dispositivos das Leis nº 8.212 e nº 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, (DF).1995 28 abr.
- 35- Brady MJ, Cella DF, MO F et al. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *J Clin Oncol*. 1997; 15(3): 974-86.
- 36- BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, (DF). 1943 09 ago.
- 37- Lemeshow S, Hosmer D, Klar J et al. 1990. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester, England: John.
- 38- Blinder V, Eberle C, Patil S. Women With Breast Cancer Who Work For Accommodating Employers More Likely To Retain Jobs After Treatment. *Health Aff (Millwood)*. 2017;6(2):274-281.

- 39- BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF): Senado, 1988.
- 40- Drolet M, Maunsell E, Brisson J. et al. Not Working 3 Years After Breast Cancer: Predictors in a Population-Based Study. *J Clin Oncol*. 2005; 23(33):8305-8312.
- 41- Jagsi R, Hawley S, Abrahamse P. Impact of Adjuvant Chemotherapy on Long-Term Employment of Early-Stage Breast Cancer Survivors. *Cancer*. 2014;120(12):1854-62.
- 42- Peugniez S, Fantoni A, Leroyer J et al. Return to work after treatment for breast cancer: single-center experience in a cohort of 273 patients. *Ann Oncol* 2010; 21(10):2124-25.
- 43- Blinder V, Patil S, Eberle C. et al. Early predictors of not returning to work in low-income breast cancer survivors: a 5-year longitudinal study. *Breast Cancer Res Treat*. 2013;140(2):407-16.
- 44- Timperi A, Ergas I, Rehkopf D, et al. Employment Status and Quality of Life in Recently Diagnosed Breast Cancer Survivors. *Psychooncology*. 2013;22(6):1411-20.
- 45- Traebert J, Schneider J, Colussi C et al. Burden of disease due to cancer in a Southern Brazilian state. *Cancer Epidemiol*. 2013;37(6):788-92.
- 46- De Jong M, Tamminga S, De Boer A, et al. Quality of working life of cancer survivors: development of a cancer-specific questionnaire. *J Cancer Surviv*. 2016;10(2):394-405.

- 47- De Jong M, Tamminga S, De Boer A et al. The Quality of Working Life Questionnaire for Cancer Survivors (QWLQ-CS): a Pre-test Study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:194.
- 48- Schubert, B. Reabilitação, Retorno e Reinserção ao Trabalho na Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Conferência Magna. Congresso da ANAMT. São Paulo – 16/05/2013. Disponível em:
http://anamtdados.kinghost.net/15_congresso_apresentacoes/16-05-2013/Confer%C3%Aancia%20Magna%2014/Conf_Magna_14_Baldur%20schubert%20%20RP%20ANAMT%202013.ppt%20%5BModo%20de%20Compatibilidade%5D.pdf. Visualizado em: 10 de outubro de 2013.