

LAÍS BONAGURIO PERESSIM

**RETORNO AO TRABALHO DE MULHERES
SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA:
FATORES INTERVENIENTES**

**RETURN TO WORK OF WOMEN SURVIVORS OF
BREAST CANCER: FACTORS INVOLVED**

**Campinas
2012**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

LAÍS BONAGURIO PERESSIM

RETORNO AO TRABALHO DE MULHERES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA: FATORES INTERVENIENTES

RETURN TO WORK OF WOMEN SURVIVORS OF BREAST CANCER: FACTORS INVOLVED

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho.

Dissertation submitted to the Faculty of Medical Sciences, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP for the title of Master of Health Sciences, Area of Concentration: Nursing and Work.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Tutor: Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA LAÍS BONAGURIO PERESSIM E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR ROSANA
EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

P415r Peressim, Laís Bonagurio, 1987 -
Retorno ao trabalho de mulheres sobreviventes de
câncer de mama : fatores intervenientes / Laís
Bonagurio Peressim. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Maria Inês Monteiro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Readaptação ao emprego. 2. Satisfação no
emprego. 3. Neoplasias da mama. I. Monteiro, Maria Inês.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Return to work of women survivors of breast cancer: factors involved.

Palavras-chave em inglês:

Employment supported

Job satisfaction

Breast neoplasms

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Mestra em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Maria Inês Monteiro [Orientador] Luiz

Carlos Zeferino

Ana Maria de Almeida

Data da defesa: 26-07-2012

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

LAÍS BONAGURIO PERESSIM (RA: 107416)

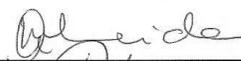
Orientadora PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO

Membros:

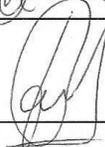
1. PROFA. DRA. MARIA INÊS MONTEIRO



2. PROFA. DRA. ANA MARIA DE ALMEIDA



3. PROF. DR. LUIZ CARLOS ZEFERINO



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 26 de julho de 2012

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me ensinaram a colocar os estudos em primeiro lugar e nunca mediram esforços para que meus objetivos fossem alcançados.

Agradecimentos

Nestes dois anos muito pude apreender e amadurecer e sem pessoas especiais nada disso seria possível, assim agradeço...

A minha **Mãe**, meu **Pai** e meu **Irmão**, pelo suporte, paciência e incentivo. Por nunca me deixarem dar por vencida e proporcionar o silêncio para leitura, as horas livres para escrever e a alegria da vida.

As minhas **Tias**, verdadeiras inspirações tanto para a profissão de Fisioterapeuta quanto para a de Professora.

A minha **avó Marina**, que cuidou de mim mesmo quando eu deveria estar cuidando dela e suportou minha ausência e correria.

Ao meu **noivo**, que me acompanha em todos os momentos. Obrigado por me ensinar, me apoiar e nunca se queixar da distância e ausência.

As minhas **amigas**, que sempre acreditaram nos meus sonhos e me apoiaram.

A **Maria Inês Monteiro**, orientadora como ninguém imagina ter... Senta com seus alunos por horas para ensinar, tem a paciência e tranquilidade para afagar todos os anseios e ilumina o caminho não só para a escrita da dissertação, mas também para a vida profissional e pessoal.

A **Adriana Pertille** que é responsável pelo sucesso de tantas pessoas, mas que com toda sua humildade talvez nem perceba... Um exemplo de bondade e inteligência. Agradeço por me dar à oportunidade de estar perto de você aprendendo.

As "**Supers**" do CAISM que são exemplos de mulheres guerreiras que lutam pela nossa amada profissão.

A **Maitê** que me inspira desde a graduação, pessoa excepcional, sempre pronta a ajudar e ensinar. Não tenho palavras pela minha gratidão.

A **Mari Maia**, que estava no lugar certo, na hora certa e abriu as portas para que hoje eu possa ter chegado até aqui.

A **Marcela, Claudinha e Neville** que fazem nascer nas suas eternas alunas o desejo de crescer e sempre querer mais.

Novamente a **Maitê** e **Marcela**, e também a **Andrea** e **Regina** por terem me confiado informações do serviço.

A **Riza** e **Simony**, pelo auxílio com as informações provenientes de pesquisa prévia, preocupação e confiança em mim depositada.

A **Jane, Dani, Marisa** e **Ana** que por diversos dias dividiram o seu espaço de trabalho comigo, sem cogitar e sempre com um sorriso no rosto.

Enfim, agradeço as **voluntárias** deste estudo, que mesmo sem estarem me vendo confiaram a mim informações tão particulares e cederam parte de seu tempo a entrevista telefônica.

Resumo

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, aproximadamente 0,6% dos casos ocorrem em mulheres com menos de 30 anos, desta maneira muitas têm recebido o diagnóstico em idade considerada produtiva. Os tratamentos de escolha, em geral, são a cirurgia conservadora ou radical, radioterapia, quimioterapia e/ou hormonioterapia. Os tratamentos são cada vez mais precisos, eficientes e menos agressivos, no entanto, podem ocorrer complicações decorrentes destes, alterando o prognóstico e, conseqüentemente, aspectos de vida diária e de atividade profissional. Este estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de retorno ao trabalho em mulheres tratadas por câncer de mama e fatores intervenientes. Foi realizado em parceria com o Ambulatório de Fisioterapia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (CAISM/UNICAMP). As mulheres submetidas à cirurgia como tratamento para câncer de mama, no período de janeiro a dezembro de 2007, foram contatadas por meio de entrevista telefônica para responder ao questionário contendo itens relacionados a características sociodemográficas, ao trabalho e terapias neoadjuvantes e/ou adjuvantes. Para análise dos resultados foram utilizados os testes estatísticos qui-quadrado, Exato de Fisher e Mann-Whitney pelo programa SPSS 15.0 e análise múltipla pelo programa SAS 9.2. O questionário foi aplicado a 104 mulheres, com idade média na cirurgia de 54,2 anos, 81% das voluntárias retornaram ao trabalho e 76% se mantiveram trabalhando. Parte das mulheres apresentaram mudanças no local de trabalho (14%), nas atividades de trabalho (28%) e na quantidade de horas trabalhadas (50%). Os fatores que apresentaram associação negativa com o retorno ao trabalho foram: ser aposentada antes de receber o diagnóstico de câncer e aposentar-se após o tratamento; ter tido afastamento médico após o tratamento; e mulheres que passaram por consulta com médico perito, psicólogo e enfermeiro no período de seis meses antes da entrevista. Os fatores relacionados à aposentadoria e afastamento médico também influenciaram na manutenção no trabalho, já a

consulta com o profissional de enfermagem deixou de ter esta relação, porém consultas com psicólogos e médicos peritos continuaram intervindo. A retratação da saúde como muito boa, boa ou igual, quando comparada a de pessoas da mesma idade, obteve relação benéfica com o retorno e manutenção no trabalho, entretanto outras variáveis foram associadas positivamente apenas com manter-se trabalhando, são elas, não realização de QT neoadjuvante e residir a uma distância maior do que 140 km de Campinas. Existiram dois fatores dificultadores retratados, associados com o retorno ao trabalho, são eles, dor no membro superior homolateral à cirurgia e alterações musculoesqueléticas. As dores em outras partes do corpo influenciaram no retorno e em manter-se trabalhando. Há também dois fatores facilitadores associados com o retorno e manter-se trabalhando, são eles, o bem estar e entender o trabalho como parte da vida, já a necessidade financeira apresentou influência apenas com manter-se trabalhando. Faz-se necessária a criação de medidas de intervenção e educação para as mulheres, empregadores e profissionais da saúde para torná-los aptos a reintegração no mercado de trabalho.

Linha de Pesquisa: Trabalho, saúde e educação.

Palavras-chave: Neoplasmas da mama, readaptação ao emprego, satisfação no emprego.

Abstract

Breast cancer is the second most common type in the world and the most common among women, nearly 0.6% of cases occur in women younger than 30 years, in this way, many have been diagnosed at age considered productive. The treatments of choice, in general, are conservative or radical surgery, radiotherapy, chemotherapy and / or hormone therapy. The treatments are more precise, less aggressives and efficient, however, complications may occur, altering the prognosis and as a consequence aspects of daily life and professional activities. This study aimed to survey the prevalence of return to work in women treated for breast cancer and intervening factors. It was conducted in partnership with the Physiotherapy Hospital da Mulher Professor. Dr. Jose Aristodemo Pinotti (CAISM/ UNICAMP). Women surgery undergoing as a treatment for breast cancer in the period January to December 2007, with subsequent guidance and assistance from the Department of Physiotherapy, were contacted by telephone interview to answer the questionnaire containing items related to the sociodemographic characteristics, to the work and to neoadjuvant therapy and / or adjuvants. To review the results were used the chi-square, Fisher's exact and Mann-Whitney test using SPSS 15.0 and multivariate analysis using the SAS software 9.2. The questionnaire was administered to 104 women, mean age at surgery was 54.2 years, 81% of the volunteers returned to work and 76% remained working. Part of the women reported changes in the workplace (14%) and work activities (28%) and number of hours worked (50%). The following factors were negatively associated with return to work were to be retired before receiving a diagnosis of cancer and to retire after treatment, have had medical clearance after treatment, and women who had attended a medical expert, psychologist and nurses in the six months before the interview. The factors related to retirement and medical clearance have also influenced the maintenance work, as the consultation with the nursing staff failed to have this relationship, however consultations with psychologists and medical experts continued to intervene. The portrayal of health as very

good, good or equal when compared to people the same age, had beneficial relationship with the return and maintenance work, however, other variables were positively associated with only keep working, they are not achieving of neoadjuvant chemotherapy and reside at a distance greater than 140 km from Campinas. There were two factors that complicate portrayed associated with returning to work, they are pain in the ipsilateral upper limb surgery and musculoskeletal abnormalities. The pain in other parts of the body influence the return and keep working. There are also two factors associated with facilitating the return and keep working, they are, well-being and understand the work as part of life, have financial need had influence only to keep working. It is necessary to create measures of intervention and education for women, employers and health professionals to enable them to reintegrate into the labor market.

Research line: Work, health and education.

Keywords: Breast neoplasms, employment supported, job satisfaction.

Lista de abreviaturas e siglas

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

DP: Desvio Padrão

EUA – Estados Unidos da América

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

HT – Hormonioterapia

IC – Intervalo de Confiança

INCA – Instituto Nacional do Câncer

km – quilômetros

MRH – Mastectomia Radical de Halsted

MRMM – Mastectomia Radical Modificada à Madden

MRMP – Mastectomia Radical Modificada à Patey

OR: *odds ratio*

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

SIM – Sistema Informatizado de Mortalidade

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

> - Maior

< - Menor

≥ - Maior ou igual

≤ - Menor ou igual

Lista de Figuras e Tabelas

Figura 1: Fluxograma de delineamento amostral.....	14
Figura 2: Porcentagem de respostas sobre a questão saúde comparada.....	32
Tabela 1: Características sociodemográficas das 104 sobreviventes de câncer de mama.....	18
Tabela 2: Características relacionadas ao estadiamento e tratamento do câncer de mama.....	20
Tabela 3: Descrição da quantidade e tempo de realização das terapias não cirúrgicas para o câncer de mama e análise com as variáveis do estudo.....	21
Tabela 4: Características relacionadas ao trabalho exercido antes e após o diagnóstico de câncer de mama.....	23
Tabela 5: Descrição das alterações relativas ao número de horas trabalhadas por dia e por semana após o tratamento para câncer de mama.....	24
Tabela 6: Análise comparativa de antecedentes ao diagnóstico de câncer de mama com variáveis de estudo.....	25
Tabela 7: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo frequência de consulta com profissionais de saúde nos últimos seis meses e análise com as variáveis do estudo.....	27
Tabela 8: Análise comparativa de fatores dificultadores, relatados pelas voluntárias, com variáveis de estudo.....	29
Tabela 9: Análise comparativa de fatores facilitadores, relatados pelas voluntárias, com variáveis de estudo.....	31
Tabela 10: Análise de regressão logística múltipla de fatores relacionados ao retorno ao trabalho/ manter-se trabalhando e variáveis de interesse.....	33
Tabela 11: Características das 290 mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama em 2007 e estudo das variáveis com o óbito.....	35

Sumário

1. Introdução.....	14
2. Objetivos.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos	21
3. Material e métodos	22
3.1. Delineamento do estudo	22
3.2 Instrumento.....	23
3.3 Variáveis estudadas.....	25
3.4 Critérios de elegibilidade para o estudo	26
3.5 Delineamento da amostra	26
3.6 Coleta de dados.....	28
3.7 Considerações éticas.....	28
3.8 Análise estatística.....	29
4. Resultados.....	30
5. Discussão	48
6. Conclusão.....	61
7. Referências bibliográficas	63
8. Anexo	75
8.1 Anexo I	75
9. Apêndices.....	75
9.1 Apêndice I.....	76
9.2 Apêndice II.....	79
9.3 Apêndice III.....	83

1. Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres^{1,2}, independente da nacionalidade. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA)², no Brasil, a estimativa para os anos de 2010 e 2011 foi de 49240 novos casos e, para 2012, 52680 novos casos, sendo a perspectiva de maior incidência para a região Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil).

Sabe-se que a idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Um inquérito epidemiológico realizado nas 10 unidades de saúde da família no Município de Teresópolis em 2003 identificou uma forte associação entre o desenvolvimento desta doença em mulheres com 50 anos de vida ou mais³. O INCA indica que até os 50 anos há um rápido aumento na taxa da incidência desta malignidade e posteriormente este aumento acontece de maneira mais lenta².

Assim, muitas têm recebido o diagnóstico em idade considerada produtiva⁴⁻⁶ e, muitas vezes, a doença diagnosticada em mulheres mais jovens e em estádios iniciais resulta em maiores taxas de sobrevida e retorno a produtividade⁷⁻¹⁰.

A somatória dos fatores aumento na incidência do câncer de mama, detecção precoce e tratamentos mais efetivos resultam na expectativa de grande número de mulheres retornando às atividades produtivas^{11,12}, fato este considerado como retorno às atividades normais e primordial para a reabilitação após o tratamento de câncer¹², além de prover melhorias na qualidade de vida e recuperação social^{13,14}.

No entanto, mudanças temporárias podem ser necessárias durante o período de tratamento¹⁵, tempo este que pode variar de seis a nove meses quando as mulheres são

submetidas a terapias adjuvantes, as quais podem causar limitações físicas e psicológicas a curto e longo prazo^{16,17}. Por este motivo, os estudos direcionados a pesquisar a prevalência de retorno ao trabalho de mulheres tratadas por câncer de mama são realizados com intervalo de tempo entre o diagnóstico e a entrevista de seis meses¹⁸ a nove anos¹².

Os tratamentos de escolha para o câncer de mama, em geral, são a cirurgia conservadora ou radical, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e/ou hormonioterapia (HT), e podem ocorrer de maneira isolada ou conjunta, tendo como objetivos curar, evitar a recidiva e aumentar a sobrevida com qualidade^{19,20}. O tratamento proposto é definido pelo estadiamento, além de idade, estado menopausal e presença de receptor de estrógeno e progesterona¹⁰.

A cirurgia é uma das opções de tratamento, e objetiva a promoção do controle local da doença, definição do estadiamento cirúrgico do tumor e auxílio para escolha das terapêuticas não cirúrgicas. A opção pelas diferentes abordagens cirúrgicas se faz por fatores como, tamanho do tumor e da mama, experiência e preferência do cirurgião, idade, opção da mulher e ainda, protocolo de tratamento estabelecido em cada Serviço²¹.

Em estádios iniciais pode-se optar por cirurgias conservadoras, com retirada parcial da mama, denominada quadrantectomia ou tumorectomia, acompanhada de dissecação axilar ou por Biópsia do Linfonodo Sentinela (BLS), técnica esta que permite preservar linfonodos axilares na ausência de comprometimento dos mesmos²². Uma pesquisa apontou a tendência de decréscimo das mastectomias realizadas na Europa, no ano de 2005 calculou-se uma redução de 4,2% de mulheres sendo submetidas a esta abordagem e no ano de 2010 está redução atingiu níveis próximos de 13%. Dentre os fatores que foram correlacionados com a manutenção da realização das mastectomias encontra-se idade inferior a 40 anos e superior ou igual a 70 anos, presença de linfonodos comprometidos, múltiplas lesões e receptor negativo de progesterona²³.

Ao final do século XIX, o cirurgião nova-iorquino Willian Stewart Halsted, propôs a primeira mastectomia radical, denominada Mastectomia Radical de Halsted (MRH), utilizada para retirar a glândula mamária e músculos peitorais maior e menor. No entanto, na segunda metade do século XX, modificações foram admitidas na mastectomia clássica pelos estudiosos Patey e Madden, os quais propuseram abordagens com preservação do músculo peitoral maior e peitorais maior e menor, respectivamente, recebendo as denominações de Mastectomia Radical Modificada à Patey (MRMP) e Mastectomia Radical Modificada à Madden (MRMM). Estas foram propostas para minimizar o tamanho da incisão cirúrgica e reduzir morbidades, sem comprometer a sobrevida. Independente do tipo de cirurgia radical, em geral, estas vêm acompanhadas da linfonodectomia axilar total^{19,20}.

As cirurgias radicais se mantiveram por muito tempo como tratamento de escolha para o câncer de mama, porém o melhor conhecimento sobre a história natural e biológica desta doença faz com que este radicalismo diminua progressivamente. Quando a mastectomia radical se faz necessária o cirurgião juntamente com a paciente podem optar pela reconstrução mamária imediata ou tardia. Todas as mulheres têm o direito de serem informadas sobre a possibilidade de reconstrução e as diferentes técnicas utilizadas, e também sobre as possíveis complicações e resultados estéticos não esperados²⁴. As Leis número 9.797, Artigo 1º de 06 de maio de 1999 e 9.656, Artigo 10-A de 03 de junho de 1998, asseguram a mulher que, em decorrência de um câncer tiver as mamas total ou parcialmente retiradas, tem direito a reconstrução destas por meio da cirurgia plástica²⁵. Ainda, a Câmara dos Deputados publicou em 07 de março de 2012, a aprovação simbólica pelo plenário do projeto de Lei 2784/08, que prevê a realização de reconstrução da mama pelo Sistema Único de Saúde no mesmo tempo cirúrgico da mastectomia, quando houver condições técnicas para isso²⁶.

O câncer de mama atualmente deve ser tratado por uma equipe multidisciplinar, que inclui enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, médicos radiologista, oncologista,

mastologista e cirurgião plástico²⁴. A reconstrução imediata requer estreita relação entre o mastologista e o cirurgião plástico. Já em alguns países, como Reino Unido, Alemanha e França os mastologistas têm recebido formação para realizar não só a mastectomia, mas também a reconstrução imediata^{27,28}, esta prática mostra-se benéfica, pois diminui o número de mulheres sem acesso a reconstrução²⁴.

As terapêuticas não cirúrgicas, normalmente acompanhadas das cirurgias anteriormente citadas, também são possibilidades para o tratamento do câncer de mama e incluem a QT, que pode ser aplicada como neo-adjuvante ou adjuvante, a RT e a HT.

Apesar de os tratamentos serem cada vez mais precisos, eficientes e menos agressivos os efeitos adversos podem ocorrer^{29,30}. Dentre eles destacam-se lesão do nervo intercostobraquial, seguido de distúrbios sensoriais, diminuição da amplitude de movimento, linfedema^{31,32}, depressão, ansiedade, insônia, fadiga, stress psicológico, vômito, náuseas, limitações das habilidades³³⁻³⁵ e dor^{32,36}, podendo resultar em forte impacto na qualidade de vida³⁷. Desta forma, muitas questões podem estar envolvidas no prognóstico, entre elas os problemas físicos e mentais e aspectos da vida diária, incluindo a atividade profissional³⁸.

Estudiosos observaram que mulheres submetidas à cirurgia e QT permaneciam igualmente afastadas do trabalho, quando comparadas às submetidas apenas à cirurgia¹⁰.

Quando investigada a diminuição de produtividade em estudo realizado em Nova Iorque, por meio do instrumento 'Work Limitations Questionnaire', o tipo de cirurgia, RT, QT e HT não foram apontados como preditores da diminuição da produtividade³⁹. Porém, em outra pesquisa em que a idade avançada foi analisada em conjunto com as terapêuticas não cirúrgicas a QT apresentou associação com as mudanças no trabalho, fato não observado com aplicação de RT¹⁵.

Ao analisar a prevalência de retorno ao trabalho de 1594 coreanas sobreviventes de câncer de mama identificou-se o tipo de tratamento como fator associado a esta escolha¹². Entretanto há controvérsia em relação a esta associação⁴⁰, sendo este tema sem consenso na literatura.

A abordagem axilar parece influenciar no retorno ao trabalho⁴¹ e na qualidade de vida^{35,42}, sendo a linfonodectomia axilar um fator negativo quando comparada à BLS. Dessa maneira os autores sugerem que o tipo de cirurgia tem influência no retorno às atividades normais, inclusive ao trabalho⁴³.

Diversos estudos identificaram que a maioria das mulheres está apta a retornar ao trabalho que realizavam previamente ao diagnóstico de câncer de mama^{7,41,44-47}. Os poucos estudos que focam os fatores psicossociais relacionados a esta prática retratam que suportes sociais, do Serviço de Saúde Ocupacional e as acomodações no local de trabalho, são fatores que podem estar associados à maior facilidade de retorno as atividades laborais prévias⁴⁵. No entanto, os efeitos secundários do tratamento de câncer de mama podem afetar a capacidade de trabalho, mesmo após o término do tratamento⁴⁸.

O retorno ao trabalho após a exposição às modalidades terapêuticas é importante para as pacientes, empregadores e sociedade^{5,49} resultando em diversos benefícios, como auxílio na recuperação do tratamento, melhora da auto-estima, maior controle emocional, redução da ansiedade^{38,50} e suporte financeiro⁵¹. No entanto, não são todas as mulheres que desejam continuar trabalhando durante o tratamento³, e muitas interrompem as atividades laborais temporária ou definitivamente^{38,41,52-56}.

Alguns estudos sugerem que as dificuldades para o retorno e/ou manutenção das atividades laborais se relacionam ao próprio trabalho, à doença, ao tratamento³⁸, às características pessoais e à situação financeira⁵⁴. A fadiga se destaca entre as queixas

referidas pelas mulheres e, assim, passa a ser considerada como principal fator limitante para a realização das atividades laborais⁵⁷⁻⁵⁸.

A fadiga é um sintoma encontrado frequentemente na prática médica e, em geral, de difícil diagnóstico, podendo ser indicadora de uma variedade de alterações na saúde física e mental⁵⁹. É um processo gradual e cumulativo, que diminui o desempenho do indivíduo e representa um fenômeno psicofisiológico geral, acompanhado de diminuição da habilidade para a realização de tarefas. Por este motivo, é um sintoma indagado em pesquisas que abordam o retorno ao trabalho após o diagnóstico e tratamento para câncer de mama, com resultados similares que indicam esta queixa como fator dificultador do retorno ao trabalho^{12,39,40}. É importante ressaltar que as cirurgias radicais e a QT aumentam a chance de desenvolvimento deste sintoma⁶⁰.

Vários fatores podem estar ainda associados à baixa adesão de retorno ao trabalho, como, idade; raça negra; baixa renda familiar anual; baixa escolaridade; percepção do estado de saúde como regular ou ruim antes de receber o diagnóstico de câncer de mama; estadiamento do tumor avançado; tipo de trabalho; sentimento de discriminação causado pelos empregadores devido ao diagnóstico da doença⁶¹; falta de recursos no trabalho e pessimismo¹¹.

As sobreviventes de câncer de mama podem apresentar limitações e resistências para retorno e/ou manutenção no trabalho, como explanado nesta introdução. Dessa maneira é importante que os profissionais de saúde identifiquem os possíveis fatores associados a esta condição, para elaborar medidas específicas de auxílio⁵, como as realizadas em países desenvolvidos⁴, sendo este recurso fundamental para a reabilitação global das mulheres.

As intervenções devem ser destinadas para que as sobreviventes de câncer de mama retornem ao trabalho ou tenham novas oportunidades de emprego, adequado às limitações. Portanto os profissionais de saúde devem precocemente questionar essa população sobre o

retorno ao trabalho e possíveis dificuldades nesse processo e quando necessário, encaminhar a profissionais especializados na área⁴.

Não há evidências de estudos que investiguem a prevalência e os fatores que podem influenciar o retorno ao trabalho de mulheres brasileiras tratadas por câncer de mama, o que pode dificultar a aplicação de intervenções que sejam benéficas a esta população, aos empregadores e a sociedade de maneira geral. Assim, justifica-se a necessidade desta pesquisa para investigar a prevalência de retorno ao trabalho em mulheres brasileiras submetidas ao tratamento para câncer de mama e os possíveis fatores intervenientes.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o retorno ao trabalho de mulheres tratadas por câncer de mama em um hospital universitário na cidade de Campinas, Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência das mulheres que retornaram ao trabalho e mantiveram-se trabalhando.
- Avaliar a influência das características sociodemográficas e dos diferentes tratamentos para câncer de mama no retorno ao trabalho e em manter-se trabalhando.
- Avaliar fatores facilitadores e dificultadores para o retorno e manutenção no trabalho.
- Verificar a prevalência de mulheres que apresentaram mudanças no local de trabalho, tipo de atividade e na quantidade de horas trabalhadas.
- Avaliar fatores intervenientes na mudança da quantidade de horas trabalhadas.

3. Material e métodos

3.1. Delineamento do estudo

Estudo transversal realizado em parceria com o Ambulatório de Fisioterapia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). A questão de pesquisa surgiu primeiramente vinculada ao subprojeto intitulado “Return to work after cancer treatment”, que integra o projeto de pesquisa “Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de diferentes ramos produtivos”, de bolsa produtividade em pesquisa do CNPq, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Inês Monteiro.

A identificação da população a ser estudada iniciou pela análise da tabulação de dados, realizada pelo Serviço de Fisioterapia do CAISM/UNICAMP, de mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama, no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2007, e atendidas por fisioterapeutas do Serviço.

Todas as mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama são avaliadas no pré-operatório. No pós-operatório imediato são submetidas à reavaliação e orientadas sobre cuidados gerais com o membro homolateral à cirurgia e cinesioterapia e após a alta hospitalar são direcionadas ao grupo de apoio interdisciplinar do Ambulatório de Fisioterapia do CAISM.

Os dados previamente tabulados foram utilizados em pesquisa do Serviço cujo título é “Acompanhamento fisioterapêutico no ambulatório de oncologia mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM - Biênio 2006-2007”, e os utilizados neste estudo foram número do prontuário, data e tipo de cirurgia, antecedentes cirúrgicos e óbito.

Solicitou-se adendo do estudo acima mencionado, à Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP.

As mulheres foram contatadas por telefone para aplicação do questionário contendo itens relacionados ao retorno ao trabalho, a terapias adjuvantes e/ou neoadjuvantes e a questões relacionadas às características do trabalho. O número de telefone das mulheres foi identificado por sistema informatizado do CAISM/UNICAMP, obtido por meio do número do prontuário.

3.2 Instrumento

O questionário possui questões relativas aos dados sociodemográficos, ao tratamento e ao trabalho (Apêndice I). Informações referentes às terapias neoadjuvantes e/ou adjuvantes foram questionadas, no entanto em casos que as mulheres demonstraram dúvida ou dificuldade para responder, as informações foram checadas no prontuário médico. Há questões relacionadas ao tipo de trabalho exercido antes e após o diagnóstico de câncer de mama, e questões que identificam a prevalência de retorno ao trabalho, assim como tempo necessário para esse retorno e tempo de afastamento. Há também duas questões abertas sobre fatores facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho e uma questão fechada sobre saúde comparada.

A elaboração do questionário foi baseada em estudos da literatura, visto que não existe instrumento brasileiro validado que contemple os objetivos deste estudo^{10,12,39,40} e para isso foi realizado o processo de validação de conteúdo.

Há três diferentes tipos de validação: validade de construto; relacionada a um critério; e validade de conteúdo⁶⁰.

Na validação de conteúdo o instrumento elaborado é avaliado por profissionais denominados juízes, com o objetivo de verificar se os itens propostos constituem-se em amostra representativa do assunto que se deseja medir. Os avaliadores podem sugerir a retirada, acréscimo ou modificações dos itens^{62,63}.

Para a validação de conteúdo desta pesquisa o instrumento foi submetido à análise de cinco juízes, com as seguintes competências:

- médico professor titular de Ginecologia do Departamento de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP;
- médico livre docente em Epidemiologia; professor associado na pós-graduação em Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP;
- fisioterapeuta do CAISM/UNICAMP, com título de doutora e supervisora do curso de especialização em Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher do CAISM/UNICAMP;
- fisioterapeuta do CAISM/UNICAMP, com título de doutora e supervisora do curso de especialização em Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher do CAISM/UNICAMP;
- fisioterapeuta com título de mestre, coordenadora do Programa de Saúde da Família e responsável técnica pelo Centro de Fisioterapia no município de Piracicaba.

Os profissionais receberam uma carta (Apêndice II) com breve introdução sobre o assunto e o convite para a participação da validação. Foi entregue ainda um guia com informações sobre como proceder à análise e, após, foi disponibilizado uma tabela para os juízes avaliarem o questionário, dividido em quatro itens: questões de dados gerais; tratamento para o câncer de mama; relacionadas ao trabalho e, ao estado geral de saúde.

Para cada item deveria ser julgado a abrangência, objetividade, organização e pertinência e, ao final, havia questões abertas para que fossem registrados itens necessários, porém ausentes no instrumento, itens desnecessários e comentário e/ou sugestões⁶³.

Os juízes foram orientados a devolver a avaliação no período de 20 dias após o envio e disponibilizou-se o telefone e e-mail da pesquisadora para possíveis dúvidas.

Todos os juízes realizaram o processo de validação e obteve-se unanimidade quanto à presença de abrangência, organização e pertinência, apenas um juiz julgou ausência de objetividade no item 'questões de tratamento para o câncer de mama' e sugeriu mudanças. Todos os juízes sugeriram itens necessários, porém ausentes no questionário.

3.3 Variáveis estudadas

Retorno ao trabalho: investigou-se o retorno ao trabalho em qualquer período, entre o tratamento cirúrgico para câncer de mama (2007) até a data da entrevista da presente pesquisa (2011) e, para isso foi utilizada a questão "Você retornou ao trabalho após o tratamento cirúrgico para câncer de mama?". Em caso de resposta afirmativa questionou-se "Após quanto tempo você retornou ao trabalho?".

Manter-se trabalhando: esta variável foi considerada nos casos em que durante a entrevista a mulher relatou estar trabalhando. A questão utilizada para verificar a manutenção no trabalho foi "Você está trabalhando atualmente?". Só responderam a esta indagação, mulheres que mencionaram anteriormente, ter retornado ao trabalho.

Mudança na quantidade de horas trabalhadas: em dois locais distintos do questionário existiu a pergunta sobre o "número de horas trabalhadas por dia e por semana". A primeira se refere ao

momento prévio ao diagnóstico de câncer de mama e a segunda, que só foi respondida por quem estava trabalhando no momento da entrevista, se referiu à situação pós-tratamento. Com estas questões foi possível identificar mulheres com diferença na quantidade de horas trabalhadas por dia e/ou por semana. A mudança ocorrida na quantidade de horas, independente de ser por dia, semana ou ambas, foi considerada como positiva para a variável estudada.

3.4 Critérios de elegibilidade para o estudo

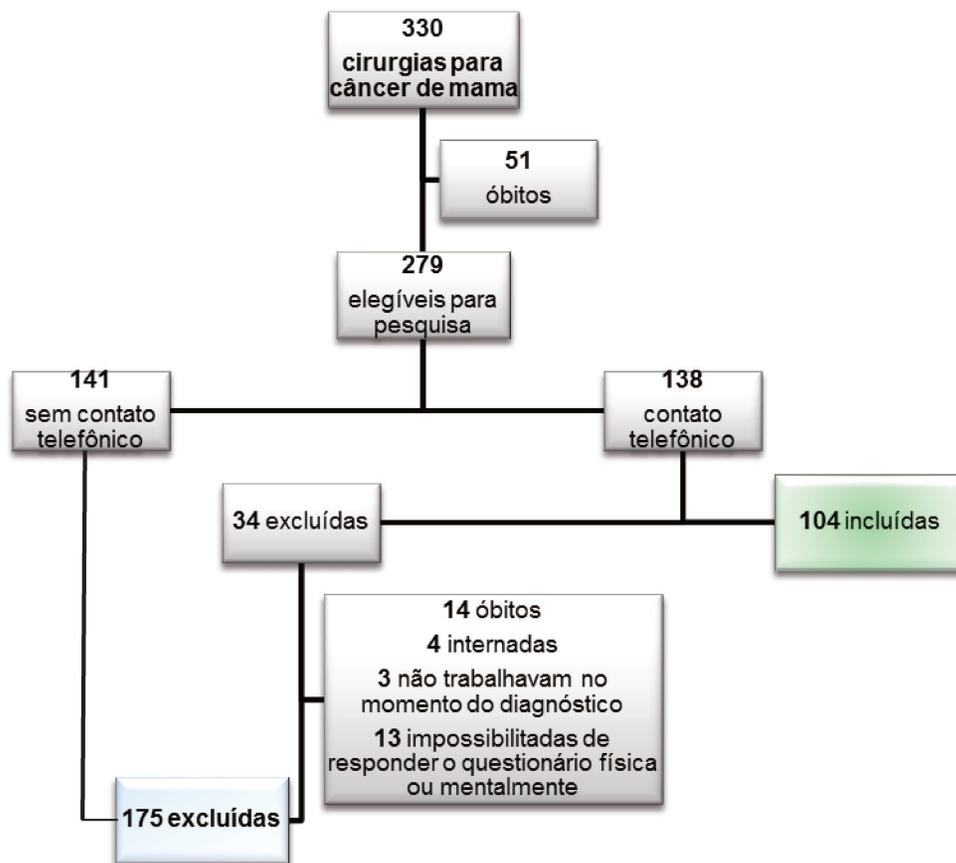
- Ter sido submetida à cirurgia radical ou conservadora associada à linfonodectomia parcial ou total no CAISM/UNICAMP e, consecutivamente, ter recebido orientações fisioterapêuticas no pós-operatório imediato sobre cuidados gerais com o membro homolateral à cirurgia e cinesioterapia, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007;
- Realizar atividades laborais previamente ao diagnóstico de câncer de mama;
- Mulheres cujo prontuário médico apresentava informações completas sobre terapêuticas cirúrgicas e não cirúrgicas;
- Mulheres que foi possível o contato telefônico.

3.5 Delineamento da amostra

Foram submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama, no CAISM/UNICAMP no ano de 2007, 330 mulheres, porém 51 óbitos foram identificados pelo sistema informatizado do Hospital, sendo 279 elegíveis para a pesquisa.

Foi possível o contato telefônico com 138 mulheres ou familiares e amigos das mesmas. Destas, 34 não se enquadravam nos critérios de elegibilidade, as outras 141 foram excluídas por não ser possível o contato telefônico, mesmo após várias tentativas. Houve casos em que ninguém atendeu ao telefone, outros nos quais o número não pertencia mais a pessoa e ainda, números em que a empresa de telefonia informou que não existiam (figura 1).

Figura 1: Fluxograma de delineamento amostral



3.6 Coleta de dados

No período de dois meses, foram realizadas ligações telefônicas para as mulheres inicialmente elegíveis. Após a elaboração da lista com nome e telefone das mulheres, realizou-se a primeira tentativa de contato. Com a finalização desta lista, foram realizadas novas tentativas e quando necessário, as ligações foram feitas aos finais de semana e/ou no período noturno. Mudanças nos números de telefones, informadas por familiares e amigos, também foram registradas e as ligações realizadas nos novos números.

Quando as mesmas se enquadravam nos critérios de inclusão era então aplicado o questionário com tempo médio das ligações de dez minutos. Foram frequentes as variações de tempo para mais de dez minutos, pois muitas possuíam dúvidas referentes ao tratamento, complicações, ou sobre a necessidade de seguimento com profissionais de saúde.

Durante as entrevistas foram constatados casos de óbito não registrados anteriormente, pois o Serviço de Prontuário Médico do CAISM/UNICAMP não havia sido informado. Nesta situação a data e motivo do óbito foram anotados e posteriormente, repassados ao Hospital.

Para finalizar a coleta de dados investigou-se pelo sistema informatizado do CAISM/UNICAMP o desfecho das mulheres com as quais não foi possível o contato telefônico. Para isso foi verificado se as mesmas mantiveram acompanhamento médico nos últimos anos ou não.

3.7 Considerações éticas

As mulheres selecionadas foram informadas sobre a justificativa e os objetivos da pesquisa. Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido escrito foi substituído pelo consentimento verbal obtido no momento do contato telefônico⁶⁴.

Garantiu-se as mulheres o direito de se recusar em participar do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a possíveis tratamentos de saúde realizados no hospital universitário. Também foi informado o Departamento em que a pesquisadora está vinculada para a solução de quaisquer dúvidas que poderiam surgir posteriormente.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM/UNICAMP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP - parecer número 1096/2009 no dia 24/05/2011.

3.8 Análise estatística

Os dados resultantes da pesquisa foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007[®] e após isto foi realizada análise descritiva da amostra pelo programa SPSS[®] 15.0, com tabelas de frequência para as variáveis categóricas e tabelas contendo média, mediana, desvio padrão (DP), mínimo e máximo para as variáveis contínuas.

As análises comparativas das variáveis categóricas foram realizadas por meio dos testes qui-quadrado e Exato de Fisher com o objetivo de definir fatores associados com o retorno ao trabalho, manter-se trabalhando e a ocorrência de mudança na quantidade de horas trabalhadas. Para comparação das variáveis contínuas utilizou-se o teste Mann-Whitney, devido a ausência de distribuição normal. A análise múltipla foi realizada pelo programa SAS[®] 9.2, pelo modelo de regressão logística e o processo de seleção de variáveis empregado foi o *stepwise*⁶⁵. Valores de p menores que 0,05 foram considerados como indicativos de significância estatística.

4. Resultados

Por meio do contato telefônico e critérios de elegibilidade o questionário foi aplicado a 104 mulheres, com idade média na cirurgia de 54,2 anos (DP 12,8).

A idade das mulheres na cirurgia foi categorizada e assim pôde-se observar igualdade no percentual das faixas etárias de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, sendo que a soma de ambas representa aproximadamente metade da população estudada (52%). No momento da cirurgia apenas 14 mulheres (13%) tinham idade maior ou igual a (\geq) a 70 anos e a mesma quantidade com idade menor ($<$) que 40 anos. Prevaleceu o estado civil casada/união estável (62%), com grau de escolaridade inferior a ensino fundamental; mais da metade da amostra (53%) apresentou ensino fundamental incompleto. A distância entre a cidade de residência das mulheres e a cidade de Campinas, foi categorizada para análise como menor ou igual (\leq) a 140 quilômetros (km) e maior ($>$) que 140 km. Notou-se que 91% das mulheres residiam a uma distância menor (tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas das 104 sobreviventes de câncer de mama.

Características sociodemográficas	n	%
Idade no momento da cirurgia		
< 40 anos	14	13
40 – 49 anos	27	26
50 – 59 anos	27	26
60 – 69 anos	22	22
≥ 70 anos	14	13
Estado Civil		
Solteira	13	12
Casada/ União estável	64	62
Separada	1	1
Divorciada	6	6
Viúva	20	19
Escolaridade		
Não estudou	14	13
Ensino fundamental incompleto	55	53
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	3/ 3	3/ 3
Ensino médio completo/ superior incompleto	19/ 9	18/ 9
Ensino superior completo	1	1
Distância da cidade em que reside até Campinas		
≤ 140 km	95	91
> 140 km	9	9
Total	104	100

O estadiamento avançado (III-IV) foi encontrado em porcentagem menor (26%) no momento da cirurgia, porém, mesmo assim foram realizadas com maior prevalência cirurgias do tipo radicais (65%) e destas apenas 31% fizeram a reconstrução mamária. A QT neoadjuvante teve baixo percentual (9%), no entanto a QT adjuvante (71%), RT (62%) e HT (67%) foram

abordagens de escolha na maioria dos casos. Pôde-se observar que a não realização de QT neoadjuvante foi um fator associado à manutenção no trabalho ($p=0,035$), resultado obtido com análise pelo teste Exato de Fisher, e constatado em 75 (95%) das 79 mulheres que se mantiveram trabalhando. Os demais tratamentos, assim como as diferentes cirurgias e a realização ou não de reconstrução mamária não influenciaram nas variáveis estudadas (tabela 2).

Foram descritas sete diferentes abordagens cirúrgicas, sendo elas: mastectomia associada à BLS (14%), MRH (3%), MRMM (24%), MRMP (20%), mastectomia simples (4%), quadrantectomia associada à linfonodectomia axilar (18%) e quadrantectomia associada à BLS (17%). A categorização das cirurgias foi realizada para análise estatística, as cinco primeiras foram elencadas como cirurgias do tipo radical e, as quadrantectomias, como cirurgias conservadoras (informações não descritas em tabela).

Tabela 2: Características relacionadas ao estadiamento e tratamento do câncer de mama.

	Entrevistadas por telefone	Retorno ao trabalho			Manter-se trabalhando			Mudanças nas horas de trabalho ^e		
		n (%)	n (%)		p valor ^a	n (%)		p valor ^a	n (%)	
		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
Estadiamento clínico ^c										
Is-II	67 (74)	56 (78)	11 (61)	0,127 ^b	52 (78)	15 (65)	0,240	17 (77)	17 (77)	1,000
III-IV	23 (26)	16 (22)	7 (39)		15 (22)	8 (35)		5 (23)	5 (23)	
Tipo de cirurgia										
Radical	68 (65)	56 (67)	12 (60)	0,573	52 (66)	16 (64)	0,867	15 (58)	17 (65)	0,569
Conservadora	36 (35)	28 (33)	8 (40)		27 (34)	9 (36)		11 (42)	9 (35)	
Reconstrução mamária ^d										
Realizou	19 (28)	15 (27)	4 (33)	0,445 ^b	15 (29)	4 (25)	0,518 ^b	6 (40)	7 (41)	0,946
Não realizou	49 (72)	41 (73)	8 (67)		37 (71)	12 (75)		9 (60)	10 (59)	
QT neoadjuvante										
Sim	9 (9)	5 (6)	4 (20)	0,067 ^b	4 (5)	5 (20)	0,035 ^b	2 (8)	1 (4)	0,500 ^b
Não	95 (91)	79 (94)	16 (80)		75 (95)	20 (80)		24 (92)	25 (96)	
QT adjuvante										
Sim	74 (71)	59 (70)	15 (75)	0,673	54 (68)	20 (80)	0,263	21 (81)	17 (65)	0,211
Não	30 (29)	25 (30)	5 (25)		25 (32)	5 (20)		5 (19)	9 (35)	
RT										
Sim	64 (62)	50 (60)	14 (70)	0,274	46 (58)	18 (72)	0,217	17 (65)	16 (62)	0,773
Não	40 (38)	34 (40)	6 (30)		33 (42)	7 (28)		9 (35)	10 (38)	
HT										
Sim	70 (67)	55 (65)	15 (75)	0,414	50 (63)	20 (80)	0,121	16 (62)	16 (62)	1,000
Não	34 (33)	29 (34)	5 (25)		29 (37)	5 (20)		10 (38)	10 (38)	
Total	104 (100)	84 (100)	20 (100)		79 (100)	25 (100)		26 (100)	26 (100)	

^aTeste qui-quadrado; ^bTeste exato de Fisher

^cInformações referentes a 90 mulheres. As demais não possuíam dados completos de estadiamento pelo Serviço de Fisioterapia e prontuário médico.

^dInformações das 68 mulheres que realizaram as cirurgias radicais.

^eValores correspondentes a 52 mulheres que mantiveram-se trabalhando, as demais não souberam responder a quantidade de horas trabalhadas por dia ou por semana.

Para as modalidades terapêuticas não cirúrgicas foram calculados os valores de mediana e DP e, após, a quantidade de ciclos de QT, aplicações de RT e tempo de uso da HT foram analisados pelo teste Mann-Whitney e não apresentaram associação com as variáveis do estudo, como pôde ser observado pelos valores de p na tabela 3.

Tabela 3: Descrição da quantidade e tempo de realização das terapias não cirúrgicas para o câncer de mama e análise com as variáveis do estudo.

Modalidades terapêuticas	Entrevistadas por telefone	Retorno ao trabalho			Manter-se trabalhando			Mudanças nas horas de trabalho		
	Mediana	Mediana		p valor ^a	Mediana		p valor ^a	Mediana		p valor ^a
		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
QT neoadjuvante (ciclos)	4	3,5	5	0,297	4	4	0,759	4	3	0,317
QT adjuvante (ciclos)	6	6	6	0,549	6	6	0,327	6	6	0,972
RT (aplicações)	32	32	31	0,825	33	30	0,331	31	29	0,306
HT (anos)	4	4	3,5	0,530	3,7	4	0,805	3	3,2	0,606

DP: Desvio Padrão. ^aTeste Mann-Whitney

Para responder ao questionário todas as mulheres deveriam estar trabalhando no momento em que receberam o diagnóstico de câncer de mama. O percentual das que retornaram ao trabalho foi de 81%, porém até o momento da entrevista cinco mulheres (5%) tinham deixado de trabalhar. A entrevista possibilitou identificar que um quarto das mulheres já eram aposentadas, no momento que foram diagnosticadas com o câncer, mas mantinham-se trabalhando. Sendo assim, foram incluídas na amostra mulheres com vínculo empregatício, autônomas e as que relataram trabalhar no próprio domicílio (“do lar”), independente de serem ou não aposentadas previamente ao diagnóstico. A opção por incluir as mulheres que realizavam atividade doméstica se deveu ao fato que, no momento do diagnóstico, 50% das entrevistadas relataram esta atividade.

Após o tratamento para câncer de mama 10% das 104 mulheres aposentaram e 32% afastaram-se do trabalho em algum momento no período decorrido do tratamento cirurgico até a entrevista. Das que se mantiveram trabalhando pôde-se averiguar pequenas diferenças nos tipos de vínculos, como o aumento do percentual de mulheres “do lar” (50% para 52%) e a diminuição do vínculo com instituição privada (16% para 14%). As mulheres apresentaram ainda, mudanças no tipo de atividade exercida e local de trabalho, sem necessariamente mudar o tipo de vínculo empregatício. Observou-se que 14% apresentaram mudança no local de trabalho, 28% no tipo de atividade que exerciam e 50% na quantidade de horas trabalhadas (tabela 4).

Em média as mulheres demoraram 11 meses (DP 9,8) para retornar ao trabalho, entretanto, em alguns casos este período foi menor que um mês e, em outros, a duração foi de até 42 meses. Em casos de afastamento do trabalho, o tempo médio foi de 19 meses (DP 12), com variação de um a 57 meses (informações não disponíveis em tabela).

Quando comparadas as mulheres aposentadas ou não no momento do diagnóstico observou-se associação das que não eram aposentadas (75%) com retorno ao trabalho ($p=0,004$) e manter-se trabalhando ($p=0,005$) pelo teste qui-quadrado, a mesma associação pode ser percebida com as mulheres que se aposentaram após o tratamento (10%), que foi um fator significativamente negativo para o retorno ao trabalho ($p=0,003$), e manutenção no trabalho ($p=0,002$), com o teste Exato de Fisher. E ainda ter em algum momento se afastado do trabalho (30%), esteve associado com não retornar ao trabalho ($p=0,028$) e não manter-se trabalhando ($p=0,005$) ambos pela análise com teste qui-quadrado (informações não disponíveis em tabela).

Tabela 4: Características relacionadas ao trabalho exercido antes e após o diagnóstico de câncer de mama.

Características do trabalho	n	%
Retornou ao trabalho ^a	84	81
Manteve-se trabalhando ^a	79	76
Afastou-se do trabalho	31	30
Aposentada quando diagnosticado o câncer de mama ^a	26	25
Aposentou após tratamento para câncer de mama	10	10
Tipo de trabalho quando diagnosticado o câncer de mama ^a		
“Do lar”	52	50
Autônoma	26	25
Instituição privada	17	16
Instituição pública	9	9
Tipo de trabalho quando entrevistada ^b		
“Do lar”	41	52
Autônoma	20	25
Instituição privada	11	14
Instituição pública	7	9
Mudança no local de trabalho ^b	11	14
Mudança no tipo de atividade de trabalho ^b	22	28
Mudança na quantidade de horas trabalhadas ^c	26	50

^aValores correspondentes a 104 mulheres incluídas no estudo.

^bValores correspondentes a 79 mulheres que mantiveram-se trabalhando até o momento da entrevista.

^cValores correspondentes a 52 mulheres que mantiveram-se trabalhando, as demais não souberam responder a quantidade de horas trabalhadas por dia ou por semana.

A questão sobre quantidade de horas trabalhadas por dia e por semana foi respondida por 52 mulheres, as demais não souberam responder sobre este questionamento, pois não possuíam horários fixos para realização das atividades de trabalho. Em média as mulheres reduziram 4,25 horas por semana, redução esta indicada na tabela por valores negativos (tabela 5).

Tabela 5: Descrição das alterações relativas ao número de horas trabalhadas por dia e por semana após o tratamento para câncer de mama.

Mudanças em horas trabalhadas	Média (horas)	DP (horas)	Mínimo (horas)	Máximo (horas)
Dia	-0,44	2,70	-7	9
Semana	-4,25	16,50	-51	46

DP: Desvio Padrão

Investigou-se a relação de antecedentes patológicos ao diagnóstico de câncer de mama com as variáveis do estudo e observou-se tendência das mulheres manterem-se trabalhando quando não apresentam como antecedentes doenças relacionadas ao membro superior, sendo que 70 (89%) das 79 mulheres que mantiveram-se trabalhando não apresentavam esta disfunção (tabela 6).

Tabela 6: Análise comparativa de antecedentes ao diagnóstico de câncer de mama com variáveis de estudo.

<i>Antecedentes</i>	Variáveis relacionadas ao trabalho								
	Retorno ao trabalho			Mantém-se trabalhando			Mudança nas horas trabalhadas		
	Sim	Não	p valor	Sim	Não	p valor	Sim	Não	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Cardiovascular									
Sim	31 (37)	8 (40)	0,495 ^b	31 (39)	8 (32)	0,343 ^a	7 (27)	10 (38)	0,375 ^a
Não	53 (63)	12 (60)		48 (61)	17 (68)		19 (73)	16 (62)	
HAS									
Sim	26 (31)	8 (40)	0,438 ^b	26 (33)	8 (32)	0,569 ^a	7 (27)	6 (23)	0,749 ^a
Não	58 (69)	12 (60)		53 (67)	17 (68)		19 (73)	20 (77)	
DM									
Sim	7 (8)	0 (0)	0,213 ^b	7 (9)	0 (0)	0,136 ^b	0 (0)	4 (15)	0,055 ^b
Não	77 (92)	20 (100)		72 (91)	25 (100)		26 (100)	22 (85)	
Musculoesquelético									
Sim	16 (19)	4 (20)	0,570 ^b	14 (18)	6 (24)	0,444 ^a	3 (11)	8 (31)	0,090 ^a
Não	68 (81)	16 (80)		65 (82)	19 (76)		23 (89)	18 (69)	
Doença membro superior									
Sim	11 (13)	5 (25)	0,162 ^a	9 (11)	7 (28)	0,051 ^b	2 (8)	6 (23)	0,124 ^b
Não	73 (87)	15 (75)		70 (89)	18 (72)		24 (92)	20 (77)	
Total	84 (100)	20 (100)		79 (100)	25 (100)		26 (100)	26 (100)	

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus. / ^aTeste qui-quadrado; ^bTeste Exato de Fisher.

As mulheres foram indagadas sobre a realização de consultas com profissionais de saúde nos últimos seis meses, e também sobre a realização de consulta com médico perito em qualquer momento entre o tratamento cirúrgico e a entrevista. A maior frequência de consultas aconteceu com o médico oncologista (58%), seguida das consultas com médicos de outras especialidades (44%). Por meio da análise estatística foi identificada associação com retorno ao trabalho para as mulheres que não passaram por consulta com médico perito (68% das 84 mulheres que retornaram ao trabalho), enfermeiro (98% das 84 mulheres) e psicólogo (99% das 84 mulheres). Ao fazer a mesma análise com a possibilidade de manter-se trabalhando, a consulta com o profissional de enfermagem deixou de diferir significativamente entre os grupos ($p=0,089$), já a consulta com o psicólogo e médico perito mantiveram-se como fatores relacionados negativamente, ou seja, em não manter-se trabalhando após o retorno. A variável de estudo, mudança nas horas de trabalho, não apresentou associação com as consultas (tabela 7).

Tabela 7: Distribuição das mulheres entrevistadas por telefone segundo frequência de consulta com profissionais de saúde e análise com as variáveis do estudo.

Entrevistadas por telefone	Retorno ao trabalho			Mantem-se trabalhando			Mudanças nas horas de trabalho			
	n (%)	n (%)		p valor	n (%)		p valor	n (%)		p valor
		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
Mastologista/Ginecologista										
Sim	30 (29)	22 (26)	8 (40)	0,221 ^a	20 (25)	10 (40)	0,124 ^a	11 (42)	5 (19)	0,071 ^a
Não	74 (71)	62 (74)	12 (60)		59 (75)	15 (60)		15 (58)	21 (81)	
Oncologista										
Sim	60 (58)	46 (55)	14 (70)	0,215 ^a	42 (53)	18 (72)	0,075 ^a	17 (65)	14 (54)	0,379 ^a
Não	44 (42)	38 (45)	6 (30)		37 (47)	7 (28)		9 (35)	12 (46)	
Médico perito										
Sim	39 (37)	27 (32)	12 (60)	0,021 ^a	22 (28)	17 (68)	<0,001 ^a	10 (38)	10 (38)	1,000 ^a
Não	65 (63)	57 (68)	8 (40)		57 (72)	8 (32)		16 (62)	16 (62)	
Médico de outra especialidade										
Sim	46 (44)	37 (44)	9 (45)	0,939 ^a	33 (42)	13 (52)	0,369 ^a	13 (50)	11 (42)	0,578 ^a
Não	58 (56)	47 (56)	11 (55)		46 (58)	12 (48)		13 (50)	15 (58)	
Fisioterapeuta										
Sim	6 (6)	4 (5)	2 (10)	0,325 ^b	4 (5)	2 (8)	0,445 ^b	0 (0)	2 (8)	0,245 ^b
Não	98 (94)	80 (95)	18 (90)		75 (95)	23 (92)		26 (100)	24 (92)	
Enfermeiro										
Sim	5 (5)	2 (2)	3 (15)	0,048 ^b	2 (2)	3 (12)	0,089 ^b	0 (0)	1 (4)	0,500 ^b
Não	99 (95)	82 (98)	17 (85)		77 (98)	22 (88)		26 (100)	25 (96)	
Psicólogo										
Sim	4 (4)	1 (1)	3 (15)	0,022 ^b	1 (1)	3 (12)	0,042 ^b	0 (0)	0 (0)	— ^c
Não	100 (96)	83 (99)	17 (85)		78 (99)	22 (88)		26 (100)	26 (100)	
Total	104 (100)	84 (100)	20 (100)		79 (100)	25 (100)		26 (100)	26 (100)	

^aTeste qui-quadrado; ^bTeste Exato de Fisher. ^cNão foi possível realizar cálculo estatístico pois a variável é constante.

Das 84 mulheres que retornaram ao trabalho, 60 (71%) não referiram dor no membro superior, 78 (92%) não referiram dores em outros locais do corpo e 81 (96%) não referiram alterações musculoesqueléticas. A ausência destes relatos como fator dificultador esteve associada com o retorno ao trabalho, entretanto quando realizada a mesma análise com manter-se trabalhando pôde-se observar associação apenas com a ausência de relato de dor em outro local do corpo, não referida por 74 (94%) das 79 mulheres que mantiveram-se trabalhando (tabela 8).

Quando relataram dor em outros locais do corpo, sem necessariamente ser mama, axila ou plastrão mamário, os principais locais mencionados foram coluna vertebral, membros inferiores e superiores, além de dor de origem óssea, e dor generalizada.

Em relação aos fatores facilitadores o número de respostas foi menor em comparação aos dificultadores. Os que tiveram associação com o retorno ao trabalho foram o bem-estar, referido por 14 (17%) das 84 mulheres, e o trabalho como fazendo parte da vida, referido por 19 (23%) das 84 mulheres. Já das 79 mulheres que mantiveram-se trabalhando, 14 (18%) referiram o bem-estar e 19 (24%) referiram o trabalho como parte da vida, e estas variáveis, assim como no retorno ao trabalho, apresentaram associação com a manutenção no mesmo. Entretanto houve ainda a associação da necessidade financeira como um fator que impulsiona a manutenção no trabalho, referido por 18 (23%) das 79 mulheres (tabela 9).

Tabela 8: Análise comparativa de fatores dificultadores, relatados pelas mulheres, com variáveis de estudo.

Fatores dificultadores	Variáveis relacionadas ao trabalho					
	Retorno ao trabalho			Mantém-se trabalhando		
	Sim n (%)	Não n (%)	p valor	Sim n (%)	Não n (%)	p valor
Dor membro superior						
Referiram	24 (29)	12 (60)	0,008 ^a	24 (30)	12 (48)	0,107 ^a
Não referiram	60 (71)	8 (40)		55 (70)	13 (52)	
Dor outro local						
Referiram	6 (8)	5 (25)	0,034 ^b	5 (6)	6 (24)	0,022 ^b
Não referiram	78 (92)	15 (75)		74 (94)	19 (76)	
Fadiga						
Referiram	11 (13)	1 (5)	0,280 ^b	9 (11)	3 (12)	0,560 ^b
Não referiram	73 (87)	19 (95)		70 (89)	22 (82)	
Desconfortos						
Referiram	8 (9)	2 (10)	0,612 ^b	7 (9)	3 (12)	0,448 ^b
Não referiram	76 (91)	18 (90)		72 (91)	22 (88)	
Fraqueza muscular						
Referiram	9 (11)	4 (20)	0,218 ^b	8 (10)	5 (20)	0,168 ^b
Não referiram	75 (89)	16 (80)		71 (90)	20 (80)	
Total	84 (100)	20 (100)		79(100)	25 (100)	

^aTeste qui-quadrado; ^bTeste Exato de Fisher.

Tabela 8 (continuação): Análise comparativa de fatores dificultadores, relatados pelas mulheres, com variáveis de estudo.

Fatores dificultadores	Variáveis relacionadas ao trabalho					
	Retorno ao trabalho			Mantém-se trabalhando		
	Sim n (%)	Não n (%)	p valor	Sim n (%)	Não n (%)	p valor
Linfedema						
Referiram	10 (12)	5 (25)	0,128 ^b	10 (13)	5 (20)	0,271 ^b
Não referiram	74 (88)	15 (75)		69 (87)	20 (80)	
Alterações musculoesqueléticas						
Referiram	3 (4)	4 (20)	0,024 ^b	3 (4)	4 (20)	0,055 ^b
Não referiram	81 (96)	16 (80)		76 (96)	21 (80)	
Limitações médicas						
Referiram	13 (15)	3 (15)	0,632 ^b	13 (16)	3 (12)	0,428 ^b
Não referiram	71 (85)	17 (85)		66 (84)	22 (88)	
Total	84 (100)	20 (100)		79 (100)	25 (100)	

^aTeste qui-quadrado; ^bTeste Exato de Fisher.

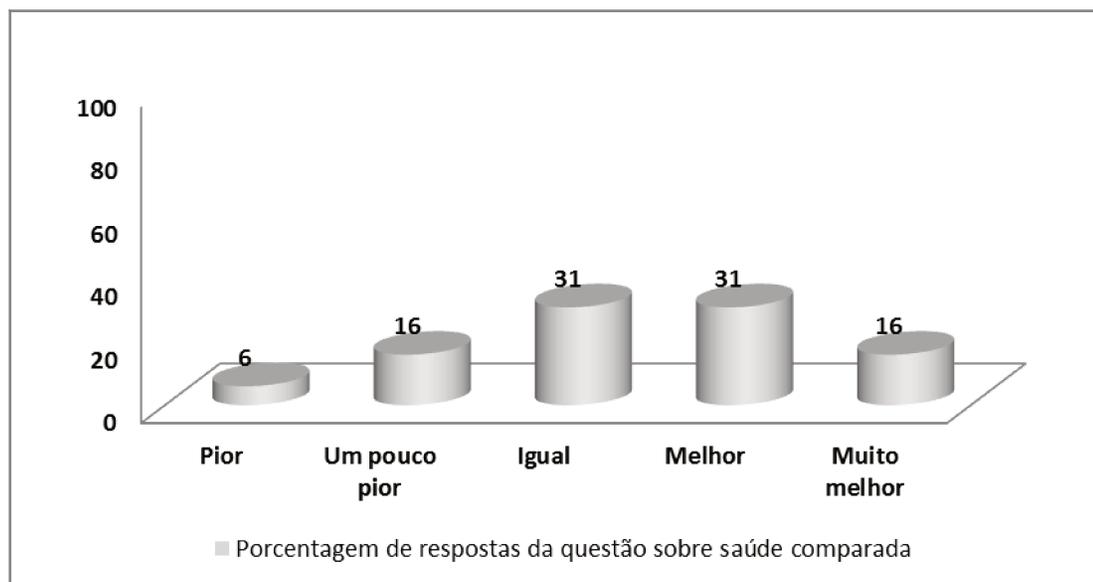
Tabela 9: Análise comparativa de fatores facilitadores, relatados pelas mulheres, com variáveis de estudo.

Fatores facilitadores	Variáveis relacionadas ao trabalho					
	Retorno ao trabalho			Mantém-se trabalhando		
	Sim n (%)	Não n (%)	p valor	Sim n (%)	Não n (%)	p valor
Necessidade financeira						
Referiram	18 (21)	1 (5)	0,074 ^b	18 (23)	1 (4)	0,026 ^b
Não referiram	66 (79)	19 (95)		61 (77)	24 (96)	
Bem-estar						
Referiram	14 (17)	0 (0)	0,040 ^b	14 (18)	0 (0)	0,016 ^b
Não referiram	70 (83)	20 (100)		65 (82)	25 (100)	
Suporte psicossocial						
Referiram	9 (11)	0 (0)	0,134 ^b	9 (11)	0 (0)	0,075 ^b
Não referiram	75 (89)	20 (100)		70 (89)	25 (100)	
Trabalho fazer parte da vida						
Referiram	19 (23)	0 (0)	0,011 ^b	19 (24)	0 (0)	0,003 ^b
Não referiram	65 (77)	20 (100)		60 (76)	25 (100)	
Total	84 (100)	20 (100)		79 (100)	25 (100)	

^aTeste qui-quadrado; ^bTeste Exato de Fisher.

A entrevista finalizava com uma questão fechada sobre saúde comparada, seis mulheres (6%) responderam que consideram a saúde pior quando comparado às pessoas da mesma idade, 17 (16%) consideraram um pouco pior, 32 (31%), igual e a mesma quantidade considerou melhor, e ainda outras 17 (16%) consideraram muito melhor (figura 2). Para realização da análise estatística as respostas foram agrupadas em duas categorias, a primeira incluindo as respostas pior e um pouco pior e, a segunda, incluindo igual, melhor e muito melhor. Constatou-se que o segundo grupo apresentou forte associação com retorno ao trabalho ($p=0,002$ – teste Exato de Fisher), e manter-se trabalhando ($p<0,001$ – teste qui-quadrado). Quando estudada a variável mudança nas horas de trabalho não houve diferença significativa entre as categorias de saúde comparada ($p=0,482$ – teste qui-quadrado) (informações não disponíveis em tabela).

Figura 2: Porcentagem de respostas sobre a questão saúde comparada.



Para realização do modelo de regressão logística múltipla foram utilizadas as variáveis independentes: idade no momento da cirurgia; escolaridade; estado civil; presença ou ausência de antecedentes ao tratamento de câncer de mama; estadiamento; presença ou não de

metástase no momento da entrevista; realização de cirurgia conservadora ou radical; submissão a tratamento adjuvante e especificamente submissão à QT; consulta nos últimos seis meses com fisioterapeuta; consulta nos últimos seis meses com enfermeiro; fadiga como fator dificultador; linfedema como fator dificultador; apoio dos empregadores como fator facilitador; aposentadoria após o tratamento de câncer de mama; e resposta categorizada do estado de saúde comparado com pessoas da mesma idade.

Considerar a saúde muito melhor, melhor ou igual à de outras pessoas, e não aposentar-se após o tratamento de câncer de mama, foram as variáveis que em conjunto melhor discriminaram o retorno ao trabalho e manter-se trabalhando (tabela 10).

Tabela 10: Análise de regressão logística múltipla de fatores relacionados ao retorno ao trabalho/manter-se trabalhando e variáveis de interesse.

	Retorno ao trabalho					Manter-se trabalhando				
	Sim n (%)	Não n (%)	p valor	OR	IC 95%	Sim n (%)	Não n (%)	p valor	OR	IC 95%
Aposentar-se ^a										
Sim	4 (5)	6 (30)		1,000		25 (32)	1 (4)		1,000	
Não	80 (95)	14 (70)	0,002	9,911	2,204;44,578	54 (68)	24 (96)	0,001	11,693	2,487;54,970
Saúde comparada										
Pior – Muito pior	13 (15)	10 (50)		1,000		11 (14)	12 (48)		1,000	
Igual – Muito melhor	71 (85)	10 (50)	0,002	6,082	1,936;9,112	68 (86)	13 (52)	<0,000	6,459	2,173;19,202
Total	84 (100)	20 (100)				79 (100)	25 (100)			

OR: *odds ratio* com intervalo de confiança (IC) de 95%

^aAposentar-se após o tratamento de câncer de mama.

Por fim, as entrevistas telefônicas resultaram na identificação de 14 óbitos, os quais não haviam sido notificados ao sistema de prontuários do hospital. Posteriormente, estes dados

foram informados - data e motivo do óbito - ao CAISM/UNICAMP. No total foram constatados 65 óbitos (19%) entre as 330 mulheres que foram submetidas à cirurgia no ano de 2007, porém quando excluídas da análise as mulheres cujo desfecho foi incerto (n= 40), o percentual de óbitos sobe para 22%.

Não foi possível o contato telefônico com 141 mulheres e pelo número do prontuário, foram identificadas as datas das últimas consultas e se haviam consultas agendadas. O objetivo desta busca teve como finalidade identificar dados sobre o seguimento no Hospital. Observou-se que 102 mulheres (72%) passaram por consulta no ano de 2011 e tinham consultas agendadas para o ano de 2012; 31 mulheres (22%) passaram pela última consulta em 2009 e 2010 e não possuíam novas consultas agendadas; e nove (6%) passaram por consulta pela última vez há três ou quatro anos, ou seja, em 2007 e 2008 (informações não disponíveis em tabela).

A análise comparativa entre as mulheres que foram a óbito e as sobreviventes está disponível no apêndice III.

5. Discussão

Com diagnóstico precoce e tratamento mais preciso, há um percentual de mulheres sobreviventes de câncer de mama em idade considerada produtiva² e, por este motivo, diversos são os estudos que investigam as condições de trabalho nesta população. Estas análises vêm sendo desenvolvidas quantitativamente, como no estudo longitudinal que avaliou o retorno ao trabalho em seis, 18 e 36 meses após o diagnóstico de câncer de mama⁶⁶ e qualitativamente, como realizado por pesquisadores nova-iorquinos, que por meio de grupo focal coletaram as informações com recursos audiovisuais para posterior transcrição e análise dos depoimentos das mulheres de diferentes etnias³⁷. As investigações não se referem apenas ao retorno ao trabalho, mas também às condições e ao ambiente de trabalho após o tratamento para câncer de mama.

A presente pesquisa investigou o percentual de retorno, manutenção e mudanças no trabalho e fatores intervenientes, pois no Brasil, até o presente momento, não há estudos que analisem esta situação, o que dificulta a projeção de medidas de auxílio e mesmo análises mais apuradas sobre as condições de trabalho.

A idade média das mulheres, no momento da cirurgia, foi 54,2 anos (DP 12,8). Estudos prévios apresentaram idades próximas^{6,10,40,54,61}, contudo, muitos limitam a faixa etária máxima entre 55 a 65 anos^{5,40,49,61}, de acordo com cada nacionalidade, por entenderem que as demais já estão em idade considerada normal para a aposentadoria.

O fator idade não esteve associado neste estudo com retorno, manutenção e mudança nas horas trabalhadas, o que parcialmente se contrapõe à literatura prévia^{61,68}. Outros estudos também não apontam esta associação quando analisada a idade como um fator isolado^{10,39}, ou só pôde ser observada após período de tempo maior que um ano a contar do diagnóstico⁶¹. Há

pesquisa que analisa a idade avançada em conjunto com a presença de metástase e comorbidades e, neste caso, observa significativa diminuição do retorno ao trabalho¹⁵.

A escolaridade e o estado civil também não apresentaram associação com as variáveis estudadas. Observou uma predominância das mulheres com baixa escolaridade, tanto quanto em publicações prévias^{10,12,18,43,54}. Apenas uma pesquisa realizada em Michigan, nos Estados Unidos, encontrou maior proporção de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e com ensino superior⁶¹. Houve também predominância das mulheres casadas ou que viviam em união estável (62%), resultado equivalente aos dados sociodemográficos de estudos que, igualmente, objetivaram investigar o retorno ao trabalho após o diagnóstico ou tratamento para câncer de mama^{18,61}. Entretanto, não há consenso na literatura sobre a influência deste fator no retorno ao trabalho^{6,12,43,67}.

O estadiamento avançado é indicado como fator negativo para o retorno ao trabalho nas investigações realizadas em período menor do que um ano após o diagnóstico de câncer de mama^{61,67}, o que talvez possa ser a explicação para que na perspectiva estudada o estadiamento não tenha influenciado nas variáveis relacionadas ao trabalho, considerando que a presente pesquisa investigou as mulheres quatro anos após o tratamento cirúrgico.

Ao analisar o retorno ao trabalho em seis, 12 e 18 meses após o diagnóstico do câncer de mama, pesquisadores apontam que o retorno e a habilidade no trabalho aumentam até os 12 primeiros meses e depois estabilizam. Nesta mesma abordagem, foi identificado que a realização isolada de cirurgia, ou seja, sem QT, RT e HT, apresentou-se associada com o desenvolvimento de habilidade no trabalho⁵.

Em Massachusetts, pesquisadores não investigaram o retorno ao trabalho de mulheres tratadas por câncer de mama, mas sim mudanças no trabalho, consideraram como mudança a aposentadoria e a incapacidade para o trabalho e observaram que a QT aumentou 1,8 vezes a

chance de estas mudanças ocorrerem, especificamente na amostra com idade maior que 51 anos. Já a RT, só influenciou quando associada a comorbidades e metástase. Foi destacado ainda que os efeitos colaterais que perduraram em longo prazo foram mais prováveis de causar estas mudanças que os efeitos agudos¹⁵.

Entretanto, a maioria dos estudos que investigaram o retorno ao trabalho não observaram o uso de HT^{39,49}, RT e QT^{49,68,67}, nem a quantidade de ciclos de QT e tempo para realização da RT³⁹ como fatores negativos a esta decisão, o que é similar aos dados observados na atual investigação, pois apenas a não realização de QT neoadjuvante esteve associada com maior porcentagem de retorno ao trabalho.

A porcentagem de retorno ao trabalho pode variar de um país para outro, devido a auxílios disponibilizados para diagnóstico, tratamento e reabilitação. No presente estudo, o percentual de retorno foi de 81%, no entanto, até o momento da entrevista, 5% haviam deixado de trabalhar.

Nos Estados Unidos da América (EUA), há um consenso de alto percentual de retorno ao trabalho, de 83% a 93%, em mulheres diagnosticadas com câncer de mama^{15,18,61}. Na Europa, há diferença na taxa de retorno entre os diferentes países, variando de 82% a 100%^{10,49,69,70} e outros com valores menores, em torno de 50%^{40,43}, similar ao relatado para a Coreia do Sul (59%)¹².

Na revisão detalhada sobre o assunto, não foram identificadas publicações que apresentassem o percentual de sobreviventes de câncer de mama que se mantêm na atividade de trabalho após a decisão de retornar a este. Foram encontrados somente estudos que investigaram a capacidade para o trabalho, um dos quais apontou que a fadiga, estadiamento grau II e presença de ondas de calor estão inversamente relacionada à produtividade³⁹. Em

pesquisa que comparou mulheres com e sem câncer de mama, observou-se que o otimismo e o pessimismo estiveram associados ao envolvimento no trabalho nas mulheres com a doença¹¹.

Dentre as mulheres entrevistadas no presente estudo, 25% já eram aposentadas quando receberam o diagnóstico de câncer de mama, porém, mantinham-se trabalhando “no lar”, como autônomas e com vínculos empregatícios em instituição pública e uma em instituição privada. Esta variável apresentou relação negativa com o retorno ao trabalho e manter-se nele engajada.

Não foi possível a comparação deste dado com estudos da literatura, pois as pesquisas que investigam o retorno ao trabalho utilizam como critérios de exclusão as mulheres que já eram aposentadas quando receberam o diagnóstico para câncer de mama. Esta atitude não foi assumida na presente pesquisa, pois houve casos em que as mulheres aposentadas mantinham-se trabalhando e também pela inserção de mulheres consideradas “do lar”, aliás, categoria esta cuja prevalência aumentou após o tratamento por câncer de mama, corroborando com estudo prévio¹⁵.

Optou-se por não excluir as mulheres que trabalhavam apenas com as atividades “do lar”, pois as limitações físicas secundárias ao tratamento para câncer de mama podem interferir diretamente na realização de serviços domésticos e assim causar alterações no processo de reabilitação. Por este motivo, a investigação com este grupo é indispensável, entretanto, são necessárias pesquisas com um tamanho amostral maior para realizar análises com grupos distintos de mulheres com atividades “do lar” e atividades remuneradas.

No presente estudo, identificou-se que 10% das mulheres se aposentaram após o tratamento para o câncer, resultado similar ao obtido em estudo realizado em Madri, Espanha, com 96 mulheres com idade entre 18 e 65 anos e tempo médio de diagnóstico de três anos, das quais 11% se aposentaram⁴⁰. Neste estudo, não foi relatado se as mulheres que se

aposentaram retornaram ao trabalho. No presente estudo, houve casos de retorno ao trabalho mesmo após a aposentadoria, porém, aposentar-se após o tratamento esteve associado significativamente com menor retorno e manutenção ao trabalho.

Estudo que avaliou 102 mulheres, dez meses após o tratamento cirúrgico para câncer de mama, apontou que o tempo de licença médica menor que 30 dias foi fator preceptor de retorno ao trabalho⁴³, porém, dez meses é um tempo em que as mulheres ainda poderiam estar afastadas para realização de terapias adjuvantes e assim não poderiam retornar ao trabalho. Na atual pesquisa, entretanto, constatou-se que as mulheres que se afastaram, independentemente do tempo, apresentaram associação negativa com manutenção no trabalho. Houve também tendência em retornarem menos ao trabalho, mesmo passados os quatro anos do tratamento cirúrgico.

No presente estudo, pôde-se observar que as mulheres que não passaram por consulta com médico perito e psicólogo estiveram associadas significativamente com o retorno e manutenção no trabalho e não ter passado por consulta com o enfermeiro esteve associado apenas com o retorno ao trabalho. Não foram encontrados estudos que investigaram esta relação, porém, pode-se sugerir que as mulheres que estiveram passando por consulta com esses profissionais apresentem disfunções físicas e psicológicas, por isso a necessidade das consultas nos últimos meses. Estas disfunções poderiam estar impedindo ou dificultando o retorno e a aderência ao trabalho.

A porcentagem de mulheres que apresentaram mudança na quantidade de horas trabalhadas por dia e/ou por semana na atual pesquisa, foi de 50%, valor superior ao encontrado em publicação prévia (8,4%) com uma amostra de 1594 sobreviventes de câncer de mama submetidas à primeira cirurgia no período de 1993 a 2002¹². Outros pesquisadores observaram mudanças em um período de seis, 12 e 18 meses, e foi constatada diminuição

significativa na quantidade de horas trabalhadas nas duas últimas avaliações, ou seja, em 12 e 18 meses após o diagnóstico¹⁸.

Em 1996, estudiosos indicaram que dois anos após o tratamento para câncer de mama, as mulheres estavam trabalhando em média 34,4 horas por semana e, com três anos, houve redução de 1,2 hora por semana⁷¹. Deve aqui ser considerado o tempo decorrido desde a publicação do estudo, 16 anos, e que mudanças poderiam ter ocorrido no referido contexto, entretanto, no presente estudo foi identificada redução média de 4,25 (DP 16,5) horas por semana, e as mulheres, em média, relataram trabalhar 36,3 (DP 16,0) horas por semana, valores similares ao supracitado.

Estudo publicado em 2007 indicou que seis meses após o diagnóstico, houve grande redução no número de horas trabalhadas por semana (sete horas), quando comparadas às mulheres tratadas por câncer de mama com as do grupo controle, sem diagnóstico de câncer¹⁸. Em outro estudo publicado em 2012, que investigou as mulheres com seis, 18 e 36 meses após o diagnóstico de câncer de mama, foi observada redução de aproximadamente duas horas por semana aos 18 meses, com posterior aumento de três horas por semana, em 36 meses⁶⁶. Esta diferença aconteceu tanto para as mulheres denominadas no estudo como latinas e as não latinas, porém, foi observada diferença significativa na quantidade de horas trabalhadas na última avaliação, com aumento expressivo na quantidade de horas para o segundo grupo.

Somente em uma publicação, no ano de 2002, os dados foram opostos aos citados anteriormente. Constatou-se que as mulheres que passaram por este tipo de tratamento trabalhavam mais horas do que as analisadas no grupo controle, sem diagnóstico de câncer⁶.

Para melhor entendimento dos fatores dificultadores e facilitadores do retorno ao trabalho, na visão das mulheres acometidas pela malignidade, foram elaboradas duas questões abertas sucessivas indagando sobre isto. As respostas foram diversas, porém, muitas

repetitivas, assim foram categorizadas para análise. A categorização foi realizada com base na repetição dos depoimentos e fatores apresentados pela literatura.

Os efeitos colaterais da QT são normalmente relatados por sobreviventes de câncer de mama como potencial influenciador na capacidade de trabalhar a curto e longo prazo^{18,43}. Sabe-se que tais efeitos interferem principalmente por causar fadiga e exaustão, fatores apontados mais de uma vez como dificultadores do retorno ao trabalho^{12,39,54}, além de causar alterações emocionais, desencadear maiores preocupações com a doença¹⁰, e serem mediadores de alterações cognitivas⁷².

Quando analisadas as respostas das mulheres deste estudo, apenas 12 relataram fadiga, sem significativa influência no retorno e na manutenção no trabalho. O mesmo aconteceu com o relato da depressão e outros possíveis efeitos colaterais dos tratamentos de QT, RT e HT.

No presente estudo, os sintomas relatados como dificultadores associados com não retornar ao trabalho foram: dores no membro superior homolateral a cirurgia; dores em outros locais do corpo que não seja mama, plastrão mamário, axila e membro superior; e alterações musculoesqueléticas. As dores em outros locais do corpo também estiveram associadas estatisticamente em não manter-se trabalhando.

Percebe-se que todos os fatores relatados pelas mulheres como dificultadores são de origem física, porém, há outros fatores que preocupam muito os profissionais de fisioterapia na prática clínica que foram mencionados, porém por poucas mulheres, e estes não apresentaram associação com as variáveis do estudo. São eles a fraqueza muscular, a diminuição da amplitude de movimento e o linfedema.

O linfedema é uma complicação que o Serviço de Fisioterapia do CAISM previne intensamente com orientações de cuidados gerais com o membro homolateral à cirurgia e

cinesioterapia. Quando instalado, é tratado precocemente para evitar a progressão da complicação para as fases mais avançadas. Já a diminuição da amplitude de movimento e a fraqueza muscular são prevenidas e tratadas com cinesioterapia supervisionada, que inicia no pós-operatório imediato e segue por aproximadamente 12 sessões em um grupo interdisciplinar no ambulatório de fisioterapia. Porém, por não fazer parte do objetivo do presente estudo, não foi controlada a quantidade de sessões realizada pelas mulheres e assim pode-se apenas sugerir que a atuação da fisioterapia foi importante para o baixo percentual de relato das complicações citadas.

A presença de fadiga, dor, diminuição da amplitude de movimento e linfedema influenciaram diretamente em pesquisa que investigou a produtividade das mulheres tratadas por câncer de mama que se encontravam trabalhando³⁹, a discriminação no local de trabalho é outro fator importante, identificado em pesquisa conduzida por entrevista telefônica, três anos após o câncer de mama, com o objetivo de investigar a ocorrência de mudanças negativas no local de trabalho associadas ao câncer⁷³.

A discriminação vem sendo investigada e desencorajada por pesquisadores¹¹. No presente estudo, não houve associação positiva das variáveis relacionadas ao trabalho com o relato de apoio dos empregadores, mas também não pôde ser observada associação pela dificuldade impostas por estes, como por exemplo, por discriminação.

Em inquérito qualitativo sobre fatores intervenientes no retorno ao trabalho, mulheres relataram que o suporte e as relações de familiares e amigos se fazem necessários⁷⁴. Esta descrição também foi mencionada pelas mulheres do presente estudo, porém, em menor número, sem associação com as variáveis estudadas.

O trabalho que exige esforço físico e a ocorrência de fraqueza muscular são requisitos que fazem com que as mulheres permaneçam mais tempo afastadas do trabalho ou mesmo

não retornem a ele^{61,67}, porém, muitas se mantêm trabalhando, pois têm necessidade financeira, sentem responsabilidade e sentimentos de lealdade com o trabalho, encaram o trabalho como distração⁵⁴ e como parte da vida, por isso necessitam dele para o retorno ao que consideravam como vida normal^{54,49}.

No presente estudo, os fatores bem-estar e enxergar o trabalho como parte da vida foram associados positivamente a retornar e manter-se trabalhando, e a necessidade financeira apresentou esta associação somente com manter-se trabalhando. Entende-se que o bem-estar está vinculado ao relato da saúde como muito melhor, melhor e igual à de outras pessoas de idade similar.

Estudos identificaram que o estado de saúde retratado pelas mulheres pode influenciar efetivamente no retorno e na adesão ao trabalho^{11,43,54}, ou impedindo a ocorrência destes^{6,61}. No presente estudo, houve esta associação, as mulheres com melhor relato sobre a saúde apresentaram significativo retorno e manutenção no trabalho, quando comparadas as demais com relato ruim.

Diversos são os fatores destacados como responsáveis, pelo não retorno ao trabalho, dentre eles a recorrência da doença, identificada em estudo realizado no Canadá, em mulheres com idade menor que 60 anos, no período de novembro de 1996 a agosto de 1997⁶⁸. No presente estudo, as mulheres não foram indagadas quanto a esta questão e também não se questionou sobre a renda familiar e etnia, porém, estudos realizados nos EUA, publicados nos anos de 2006, 2008 e 2012^{39,61,66}, e na Coreia do Sul, em 2009¹², apontaram a baixa renda como fator que influenciou as mulheres a não retornarem ao trabalho realizado previamente ao diagnóstico e o mesmo foi observado em mulheres da raça negra, no Canadá, em 1996⁶⁷, e novamente nos EUA, em estudos publicados em 2005⁶⁸ e 2006⁶¹.

Enfim, o retorno ao trabalho tem sido identificado como um processo multidisciplinar, e a legislação de cada país afeta o grau de envolvimento dos diferentes fatores intervenientes aqui citados⁷⁵. A legislação dos países ou de diferentes regiões, em um mesmo país, pode prescrever ou permitir suporte que facilite o retorno ao trabalho e fornecer meios para que sejam aplicados⁷⁴.

Pesquisa qualitativa desenvolvida na Bélgica coletou informações de diferentes pessoas envolvidas no processo de retorno ao trabalho. Os acometidos pela doença, e que até então exerciam a função de empregados, sentiam-se mal informados sobre opções de retorno ao trabalho. Os empregadores colocavam-se entre os interesses da empresa e do empregado, procurando equilíbrio para essa situação, e os profissionais de saúde não se sentiam competentes para fornecer informações e aconselhamento sobre questões relacionadas ao trabalho⁷⁵. Contudo, as mulheres referiram necessidade e desejo de melhor orientação sobre efeitos colaterais que advêm do tratamento e a possibilidade de voltar a trabalhar durante ou após o tratamento⁷⁴.

Mesmo havendo busca minuciosa de óbitos pelo sistema informatizado do CAISM, alguns só puderam ser constatados com relatos de familiares e amigos durante a abordagem para realização da entrevista telefônica e, nesta situação, o motivo e data do óbito foram registrados. As informações pertinentes ao óbito foram um achado secundário desta pesquisa, pois não faz parte do objetivo, porém, pela importância de conhecer o desfecho das mulheres tratadas por câncer de mama, optou-se por descrevê-los brevemente.

Ao analisar os óbitos, não foram considerados casos em que não se obteve contato telefônico e que as mulheres estavam sem seguimento no CAISM nos anos de 2011 e 2012, considerando estes como um desfecho incerto.

Foi identificado nesta pesquisa que das 330 mulheres submetidas a cirurgia em 2007, 65 (19%) foram a óbito, porém, quando excluídas da análise as mulheres cujo desfecho é incerto (n= 40), o percentual de óbitos sobe para 22%. Apesar de atualmente o câncer de mama ser considerado uma condição com bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade para esta malignidade continuam elevadas no Brasil. A sobrevida média em países desenvolvidos, após cinco anos, é de aproximadamente 85% e, nos países em desenvolvimento, de 60%².

Em países com menor renda, as mulheres em idade reprodutiva apresentaram taxas crescentes de mortalidade secundária a esta malignidade, diferentemente dos demais países em que estes valores diminuíram progressivamente^{76,77}. A América Latina, em particular, é marcada por muitas desigualdades, inclusive quanto à mortalidade. Os fatores que pareceram influenciar negativamente na prevalência de maior mortalidade por câncer em determinadas regiões foram: diagnóstico tardio da doença, acesso limitado aos tratamentos e cuidados de saúde^{78,79}.

O estadiamento avançado e as cirurgias radicais estão intimamente relacionados ao diagnóstico tardio e estes fatores estiveram relacionados ao óbito na população do presente estudo (Apêndice III). As pesquisas publicadas recentemente, no ano de 2011, tenderam a investigar o aumento da mortalidade em determinados períodos de tempo e em diferentes regiões do país, e ainda estudaram a relação com diagnóstico e tratamento⁸⁰⁻⁸², mas não a associação com antecedentes ao diagnóstico de câncer.

Na presente pesquisa, foi investigada a relação de antecedentes ao câncer de mama e pôde-se observar que a ausência de depressão, diabetes e doenças neurológicas está associada à sobrevida em mulheres tratadas por esta malignidade.

No Brasil, no período de 2003 a 2007, a investigação de óbitos por câncer de mama nas bases de dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) detectou desigualdade no aumento da mortalidade em diferentes regiões do país, com especial atenção a São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais⁸³.

A presente pesquisa, como mencionado anteriormente, foi realizada em um hospital universitário de referência na região de nível terciário. Desta maneira, a população estudada foi muito diversificada em relação ao município de residência e distância entre o local de moradia e a cidade de Campinas. Assim, optou-se pela abordagem por meio de entrevistas telefônicas, pois muitas mulheres residem em locais distantes e necessitam de transporte coletivo ou do sistema de saúde para comparecerem ao Hospital.

Sabe-se que este tipo de inquérito é aplicado com frequência em países desenvolvidos^{61,84,68}, porém, já existem estudos de grande alcance no Brasil adotando esta medida, por agregar “características potenciais de simplicidade, baixo custo e agilidade, que vem sendo utilizada com sucesso”⁶⁴.

Em estudo⁶⁴ para identificar riscos cardiovasculares no município de São Paulo, no ano de 2003, 73,4% da amostra inicial foi passível de coleta dos dados, valor este superior ao da presente pesquisa (49%), porém, este estudo possuiu uma equipe técnica para execução das ligações, composta por um agendador de entrevista, dois entrevistadores, um coordenador e dois assistentes de coordenação. Ao término da pesquisa, calculou-se 9,3 minutos (DP 3,4) de tempo médio das ligações⁶⁴.

No presente estudo, não houve registro do tempo de duração das ligações para posterior cálculo descritivo, porém, como as entrevistas foram realizadas por uma única pesquisadora, pôde-se estimar tempo médio de dez minutos para a realização da mesma e isto era informado às participantes no início da abordagem. O baixo percentual das ligações poderia

ser explicado por este ser um estudo que aborda um assunto delicado e pessoal, como observado em pesquisa conduzida na Itália que obteve um baixo percentual de respostas (41,9%) ao investigar o impacto da episiotomia nas desordens do músculo assoalho pélvico⁸⁴.

No entanto, na presente pesquisa, nenhuma mulher se recusou a participar do estudo, o que mostra que o assunto não limitou a quantidade de participações e o fator que impediu o sucesso da aplicação de um número maior de questionários foi não obter o contato telefônico.

Há outros estudos^{61,68} que investigaram a influência de câncer de mama no trabalho por meio de entrevistas telefônicas e, quando não foi possível obter o contato telefônico, foram entendidos como fazendo parte de uma amostra a ser excluída^{61,66}, o que também foi assumido na metodologia do presente estudo, sem buscar novas maneiras para realizar a entrevista.

Porém, no decorrer da pesquisa e também da redação, limitações foram identificadas como: baixo número de entrevistas, secundárias as dificuldades obtidas pelo meio escolhido para a coleta de dados (entrevista telefônica); falta de grupo controle contendo mulheres na faixa etária similar às entrevistadas, porém, sem diagnóstico de câncer de mama ou outras patologias crônicas; necessidade de questões fechadas sobre fatores dificultadores e facilitadores relacionados ao retorno e à manutenção no trabalho, pois as respostas poderiam ser mais direcionadas e talvez as entrevistadas identificassem itens que não foram mencionados com as questões abertas e, por fim, conhecimento detalhado sobre o tipo e frequência de seguimento no(s) Serviço(s) de Fisioterapia, visto que muitas apresentam queixas limitantes possivelmente solucionadas com técnicas fisioterapêuticas.

6. Conclusão

Conclui-se que há um elevado percentual de retorno (81%) e manutenção no trabalho (76%) em tempo médio de quatro anos após o tratamento cirúrgico para câncer de mama. Parte das mulheres apresentou mudanças no local de trabalho (14%) e uma porcentagem maior apresentou mudanças nas atividades de trabalho (28%) e horas trabalhadas (50%), quando comparados os momentos antes do tratamento e após.

Os fatores que apresentaram associação negativa com o retorno e manutenção no trabalho foram: ser aposentada antes do tratamento ou aposentar-se após este; ter obtido afastamento médico e ter passado por perícias médicas; e mulheres que relataram ter passado por consulta com psicólogos e enfermeiros no período de seis meses antes da entrevista. A consulta com o profissional de enfermagem não apresentou associação com a manutenção no trabalho, porém a consulta com o psicólogo continuou intervindo.

A retratação da saúde como muito melhor, melhor ou igual, quando comparada a de pessoas da mesma idade, obteve relação benéfica com o retorno e manutenção no trabalho, entretanto outra variável esteve associada positivamente, porém, apenas com manter-se trabalhando, foi ela a não realização de QT neoadjuvante.

Foram identificados dois fatores dificultadores associados com o retorno ao trabalho: dor no membro superior homolateral à cirurgia e alterações musculoesqueléticas. As dores em outras partes do corpo influenciaram no retorno e em manter-se trabalhando. Há também dois fatores facilitadores associados com o retorno e manter-se trabalhando: bem estar e entender o trabalho como parte da vida, já a necessidade financeira apresentou influência apenas com manter-se trabalhando.

Com o desenvolvimento deste estudo pode-se sugerir que na atualidade há diversas pesquisas que apontam para uma variedade de fatores intervenientes, muitas sem consenso na literatura pelas diferenças metodológicas, porém se faz necessário o início da elaboração de medidas de intervenção com as mulheres, focando nas dificuldades por vezes apresentada, e implementação de estratégias de educação dos empregadores e profissionais da saúde para que se tornem aptos a reintegrar estas mulheres ao mercado de trabalho.

7. Referências bibliográficas

1. Mols F, Vingerhoets A, Coebergh J, Poll-Franse van de L. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer*. 2005; 41:2613–19.
2. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA 2011.
3. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associada ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(5):1061-9.
4. Hoving JL, Broekuzing MLA, Frings-Desen MHW. Return to work cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*. 2009, 9:117.
5. Boer AG, Verbeek JHAN, Spelten ER, Uitterhoeve ALJ, Ansink AC, Reijke TM, Kammeijer M, Sprangers MAG, Dijk FJH. Work ability and return-to-work in cancer patients. *British Journal of Cancer*. 2008, 98:1342–47.
6. Bradley CJ, Bednarek HL, Neumark D. Breast cancer and women's labor supply. *Health Serv Res*. 2002, 37:1309–28.
7. Roelen CAM, Koopmans PC, Graaf J H, Balak F, Groothoff JW. Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009, 82:543–6.

8. Talbäck M, Stenbeck M, Rosén M, Barlow L, Glimelius B. Cancer survival in Sweden 1960-1998. *Acta Oncol.* 2003, 42:637-59.
9. Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology.* 2002, 11:124–31.
10. Balak F, Roelen CAM, Koopmans PC, Berge EE, Groothoff JW. Return to Work After Early-stage Breast Cancer: A Cohort Study into the Effects of Treatment and Cancer-related Symptoms. *J Occup Rehabil.* 2008, 18:267–72
11. Hakanen JJ, Lindbohm ML. Work engagement among breast cancer survivors and the referents: The importance of optimism and social resources at work. *J Cancer Surviv.* 2008, 2:283-95.
12. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh DY, Nam SJ, Lee ES, Yun YH. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat.* 2009, 116:609-16.
13. Van der Wouden J, Greaves-Otte J, Kruyt P, Van de Leeuwen O, Van der Dores E. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup Med.* 1992, 34:1084-9.
14. Kagawa–Singer M. Redefining health: living with cancer. *Soc Sci Med.* 1993, 37:295-304.
15. Hassett MJ, O'Malley AJ, Keating NL. Factors influencing changes in employment among women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer.* 2009, 2775-82.

16. The Institute of Medicine and National Research Council. From cancer patients to cancer survivors: Lost in transition. National Academia Press: Washington 2006. *In*: Bradley C, Neumark D, Luo Z, Schenk M. Employment and cancer: Findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. *Cancer Investigation*. 2007, 25:47-54.
17. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Whendon MB, et al. Neuropsychologic impact of standar dose systematic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *J Clin Oncol*. 2002; 20:485-93.
18. Bradley C, Neumark D, Luo Z, Schenk M. Employment and cancer: Findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. *Cancer Investigation*. 2007; 25:47-54.
19. Freitas Júnior R, Ribeiro LFR, Taia L, Kajita D, Fernandes MV, Queiroz GS. Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001; 23:205-8.
20. Sakorafas GH. Breast cancer surgery. *Acta Oncol*. 2001; 40(1): 5-18.
21. Haagensen, CD. *Enfermedades de la mama*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1987. *In*: Marques AA, Pinto e Silva MP, Amaral MTP. *Tratado de Fisioterapia em saúde da mulher*. São Paulo: Roca, 2011.
22. Barranger E, Dubernard G, Fleurence J, Antoine M, Darai E, Uzan S. Subjective morbidity and quality of life after sentinel node biopsy and axillary lymph node dissection for breast cancer. *J Surg Oncol*. 2005; 92:17-22.

23. Garcia-Etienne CA, Tomatis M, Heil J, Friedrichs K, Kreienberg R, Denk A, et al. Mastectomy trends for early-stage breast cancer: A report from the EUSOMA multi-institutional European database. *European Journal of Cancer*. 2012. doi.org/10.1016/j.ejca.2012.03.008
24. Petit JY, Rietjens M, Lohsiriwat V, Rey P, Garusi C, De Lorenzi F, et al. Update on breast reconstruction techniques and indications. *World J Surg*. 2012 mar 7. doi: 10.1007/s00268-012-1486-3
25. Ministério da Saúde. Legislação Federal da Saúde – [acessado em 30 de junho de 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/mulher_outros_direitos.php
26. Agência Câmara. Câmara aprova exigência de cirurgia de reconstrução da mama pelo SUS, 2012 – [acessado em 30 de junho de 2012]. Disponível em: <http://camara-dos-deputados.jusbrasil.com.br/noticias/3045539/camara-aprova-exigencia-de-cirurgia-de-reconstrucao-da-mama-pelo-sus>
27. Cardoso MJ, Macmillan RD, Merck B, Rainsbury R. Training in oncoplastic surgery: an international consensus. The 7th Portuguese Senology Congress, Vilamoura, 2009. *Breast*. 2010; 19(6):538-40.
28. Malycha PL, Gough IR, Margaritoni M, Deo SV, Sandelin K, Buccimazza I, et al. Oncoplastic breast surgery: a global perspective on practice, availability, and training. *World J Surg*. 2008 Jun 25. doi: 10.1007/s00268-008-9635-4.
29. Pollock RE, Doroshov JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B. Manual de oncologia clínica da UICC. União Internacional Contra Câncer. 8a ed. São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

30. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó JrJ. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiq Clín.* 2006; 33(3):124-33.
31. Kwan W, Jackson J, Weir LM, Dingee C, McGregor G, Olivotto IA. Chronic Arm Morbidity After Curative Breast Cancer Treatment: Prevalence and Impact on Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology.* 2002; 20(20): 4242-8.
32. Collins LG, Nash R, Round T, Newman B. Perceptions of upper-body problems during recovery from breast cancer treatment. *Support Care Cancer.* 2004; 12:106-13.
33. Curt GA, Breithant W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new finding from the fatigue coalition. *Oncologist.* 2000; 5(3):353-60.
34. Manocchia M, Reller S, Ware JE. Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Qual Life Res.* 2001; 10(3):331-45.
35. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van de Lelie J, De Reijke TM, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work: a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39(11):1562-7.
36. Li XM, Yan H, Zhou KN, Dang SN, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2011; 128:411-9.

37. Blinder VS, Murphy MM, Vahdat LT, Gold HT, Melo-Martin I, Hayes MK, et al. Employment After a Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study of Ethnically Diverse Urban Women. *J Community Health*. 2011 nov 23. doi: 10.1007/s10900-011-9509-9.
38. Tiedtke C, Rijk A, Casterlé BD, Christiaens MR, Donceel P. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*. 2010; 19(7):677-83.
39. Lavigne JE, Griggs JJ, Tu XM, Lerner DJ. Hot flashes, fatigue, treatment exposures and work productivity in breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2008; 2:296-302.
40. Villaverde RM, Batlle JF, Yllan AV, Gordo AMJ, Sánchez AR, Valiente BSJ, Baron MG. Employment in a cohort of breast cancer patients. *Occup Med (Lond)*. 2008; 58(7):509-11
41. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*. 2005; 103:1292-301.
42. Silva MPP, Sarian LO, Morais SS, Amaral MTP, Oliveira MMF, Derchain S. Implications of a Postoperative Rehabilitation Program on Quality of Life in Women with Primary Breast Cancer Treated with Sentinel Lymph Node Biopsy or Complete Axillary Lymph Node Dissection. *Annals of Surgical Oncology*. 2008; 15(12): 3342-9.
43. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L, Vaez M, Alexanderson K, Olsson M. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncologica*. 2009; 48: 93-8.
44. Amir Z, Brocky J. Cancer survivorship and employment: epidemiology. *Occup Med*. 2009; 59:373–77.

45. Taskila T, Lindohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol.* 2007; 46(4):446–51.
46. Reiso H, Nygard JF, Jorgensen GS, Holanger R, Soldal D, Bruusgaard D. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: a two-year follow-up study. *Spine.* 2003; 28:1468– 73
47. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situation after breast cancer: Results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2004; 96:1813-22.
48. Johnsson A, Fornander T, Olsson M, Nystedt M, Johansson H, Rutqvist L. Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncologica.* 2007; 46:90-6
49. Amir Z, Moran T, Walsh L, Iddenden R, Luker K. Return to paid work after cancer: A British experience. *J Cancer Surviv.* 2007; 1:129–36.
50. Peteet JR. Cancer and the meaning of work. *General Hospital Psychiatry.* 2002; 22:200–05.
51. Ferrell B, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology.* 1997; 6:13–23.
52. Chirikos TN, Russell-Jacobs A, Cantor AB. Indirect economic effects of long-term breast cancer survival. *Cancer Pract.* 2002; 10:248-55.

53. Anderson N, Armstead CA. Toward understanding the association of socioeconomic status and health: a new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosom Med.* 1995; 57:213-25.
54. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care.* 2007; 16:17–25.
55. Bradley CJ, Bednarek HL. Employment patterns of longterm cancer survivors. *Psychooncology.* 2002; 11:188-98.
56. Park JH, Park EC, Park JH, Kim SG, Lee SY. Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: a nationwide retrospective cohort study. *J Clin Oncol.* 2008; 26:1302-09.
57. Mock V. Breast cancer and fatigue: issues for the workplace. *AAOHN Journal.* 1998; 46:425–31.
58. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Berlin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Clin Oncol.* 2000; 18:743–53.
59. Yamazaki S, Fukuhara S, Suzukamo Y, Morita S, Okamura T, Tanaka T, Ueshima H. Lifestyle and work predistors of fatigue in Japanese manufacturing workers. *Occupational Medicine.* 2007; 57:262-69.

60. De Jong N, Candel MJ, Schouten HC, Abu-Saad HH, Courtens AM. Prevalence and cause of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Ann Oncol.* 2004; 15:896-905.
61. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology.* 2006; 24:345-53
62. LoBiondo-Wood G, Haber J. *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice.* 7ed. Elsevier 2010.
63. Hermida PMV, Araújo IEM. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Rev Bras Enf* 2006; 59(3):314-20.
64. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, Bernal R, Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39:45-7.
65. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics.* 4ed. Allyn&Bacon 2001.
66. Blinder VS, Patil S, Thind A, Diamant A, Hudis CA, Basch E. Return to Work in Low- Income Latina and Non-Latina White Breast Cancer Survivors: A 3-Year Longitudinal Study. *Cancer.* 2012; 1664-74 mar 15. doi: 10.1002/cncr.26478.
67. Satariano WA, DeLorenze GN. The likelihood of returning to work after breast cancer. *Public Helath Reports.* 1996; 111: 236-41.

68. Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Not working 3 years after breast cancer: Predictors in a population-based study. *J Clin Oncol*. 2005; 23(33): 8305-12.
69. Fantoni FQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. Factors Related to Return to Work by Women with Breast Cancer in Northern France. *J Occup Rehabil*. 2009 nov 10. doi: 10.1007/s10926-009-9215-y.
70. Cooper AF, Hankins M, Rixon L, Eaton E, Grunfeld EA. Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psychooncology*. 2012 mar 12. doi: 10.1002/pon.3049.
71. Ganz PA, Coscarelli A, Fred C, Kahn B, Polinsky ML, Petersen L. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Res Treat*. 1996; 38(2):183-99.
72. Munir F, Burrows J, Yarker J, Kalawsky K, Bains M. Women's perceptions of chemotherapy-induced cognitive side effects on work ability: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*. 2010 may 5. 19: 1362–1370. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03006.x
73. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst*. 2004; 96(24):1813-22.
74. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MHW. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process - a qualitative study. *Scand J Work Environ Health*. 2011 oct 10. doi: 3199. doi: 10.5271/sjweh.3199

75. Tiedtke C, Donceel P, Knops L, Désiron H, Dierckx de Casterlé B, de Rijk A. Supporting Return-to-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium. *J Occup Rehabil*. 2011 nov 22. doi: 10.1007/s10926-011-9342-0.
76. Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol*. 2006; 24(14): 2137-50.
77. Pedraza AM, Pollaín M, Pastor-Barriuso RP, Cabanes A. Disparities in breast cancer mortality trends in a middle income country. *Breast Cancer Res Treat*. 2012; mar 30. doi:10.1007/s10549-012-2026-4.
78. Clegg LX, Reichman ME, Miller BA, Hankey BF, Singh GK, Lin YD, et al. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study. *Cancer Causes Control*. 2009; 20(4): 417-35.
79. Vona-Davis L, Rose DP. The influence of socioeconomic disparities on breast cancer tumor biology and prognosis: a review. *J Womens Health*. 2009; 18(6): 883-93.
80. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6): 1009-18.
81. Santos SR. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. *Esc Anna Nery*. 2011; 15 (2): 410-16.

82. Rodrigues AD, Bustamante-Teixeira MT. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(2): 241-48.

83. Zapponi ALB, Melo ECP. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo regiões brasileiras. *Rev Enf UFRJ*. 2010; 18(4): 628-31.

84. Bertozzi S, Londero PL, Fruscalzo A, Driul L, Delneri C, Calcagno A, et al. Impacto of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Women's Health*. 2011; 11(12): 1-7.

8. Anexo

8.1 Anexo I



CEP, 24/05/11.
(PARECER CEP: Nº 1096/2009)

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA MAMÁRIA DO CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER/CAISM - BIÊNIO 2006-2007”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Simony Lira Nascimento

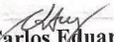
II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto “RETORNO AO TRABALHO DE MULHERES SOBREVIVENTES DE CÂNCER DE MAMA: FATORES INTERVENIENTES”, com finalidade de mestrado da aluna Laís Bonagurio Peressim, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de maio de 2011.


Prof. Dr. Carlos Eduardo Steiner
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

9. Apêndices

9.1 Apêndice I

Questionário para coleta de dados

Entrevistado: ()paciente () cuidador – Nome _____

Caso nº _____ HC _____ Telefone(s) () _____ () _____

Cidade _____ - _____

Nome _____

1. Foi possível entrar em **contato** por telefone? () **Sim** () **Não** – Motivo: () Mudança de telefone/endereço
() Não se encontra no domicílio () Apresenta-se fisicamente/mentalmente incapacitada para responder as
questões() Óbito–Data ____ / ____ / ____ Motivo _____

Você estava trabalhando antes de receber o diagnóstico de câncer de mama? () **Não** () **Sim**

Estado civil: () solteira () casada/união estável () separada () divorciada () viúva

Idade _____ Escolaridade _____

As questões abaixo são referentes aos **tratamentos** complementares à cirurgia para câncer de mama.

2. Realizou quimioterapia neoadjuvante () Não () Sim Quantidade de ciclos _____

3. Realizou quimioterapia adjuvante () Não () Sim Quantidade de ciclos _____

4. Realizou radioterapia () Não () Sim Quantidade de aplicações _____

5. Realizou hormonioterapia () Não () Sim Por quanto tempo _____ anos

6. Realizou nova cirurgia () Não () Sim Mês _____ Ano _____ Motivo _____

7. Você passou por **consulta** com algum profissional de saúde nos últimos seis meses para acompanhamento do tratamento de câncer de mama?

- () Fisioterapeuta () Psicólogo () Nutricionista () Médico ginecologista/mastologista
() Médico oncologista () Médico outra especialidade () Enfermeiro () Outro profissional

As questões abaixo são referentes à **atividade de trabalho**

8. Onde você trabalhava **antes** de receber o diagnóstico de câncer de mama? _____

- () instituição pública () privada () autônomo

Qual era sua atividade? _____

Número de horas trabalhadas por dia _____ semana _____

09) Você **retornou ao trabalho** após o tratamento cirúrgico para câncer de mama? () Não () Sim

Após quanto tempo você retornou ao trabalho _____ meses

10) Você ficou **afastada** pelo INSS/Serviço público devido o tratamento para câncer de mama? () Não () Sim

Em caso afirmativo, pense em todas as vezes que necessitou se afastar, esta soma corresponde a _____ meses

11) Passou por **perícia médica**? () Não () Sim

12) Você passou pelo **programa de reabilitação**? () Não () Sim – Onde? _____

13) Após o tratamento cirúrgico você se **aposentou**? () Não () Sim Mês _____ Ano _____

14) Você **está trabalhando** atualmente?

() Não – Motivo _____

() Sim – Qual atividade _____

Onde você trabalha? _____ () instituição pública () privada () autônomo

Número de horas trabalhadas por dia _____ semana _____

15) O que você considera que **dificultou** sua volta ao trabalho? _____

16) O que você considera que **facilitou** sua volta ao trabalho? _____

17) Em relação à sua **saúde comparada** com a de outras pessoas da mesma idade você considera que está:
Muito melhor () Melhor () Igual () Um pouco pior () Pior ()

9.2 Apêndice II

Carta validação de conteúdo

Guia de avaliação do instrumento de coleta de dados

Campinas, de junho de 2011

A/C:

Venho por meio desta convidá-lo(a) para a **análise de conteúdo** do questionário formulado para ser utilizado na pesquisa intitulada **“Retorno ao trabalho de mulheres sobreviventes de câncer de mama: fatores intervenientes”** que será realizada por mim, Laís Bonagurio Peressim, discente de Mestrado em Ciências da Saúde pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – FCM/UNICAMP, com orientação da Professora Doutora Maria Inês Monteiro e colaboração do Serviço de Fisioterapia do CAISM/UNICAMP.

O retorno ao trabalho após o tratamento para câncer de mama é de grande importância, tanto para a paciente e família, quanto para os empregadores e sociedade^{1,2}, além de resultar em diversos benefícios, como auxílio na recuperação do tratamento, melhora da auto-estima, maior controle emocional, redução da ansiedade^{3,4} e suporte financeiro⁵. No entanto, diversos estudos relatam que mesmo após apenas parte das mulheres desejam continuar trabalhando durante o tratamento⁶, assim muitas interrompem as atividades laborais temporária ou definitivamente^{3,7,8-12}.

Não há evidências de estudos que investiguem a prevalência e os fatores que podem influenciar o retorno ao trabalho de mulheres brasileiras, o que pode dificultar à aplicação de intervenções que sejam benéficas tanto a essas mulheres, quanto aos empregadores e sociedade, de maneira geral. Desta maneira observa-se a necessidade de estudos que investiguem a prevalência de retorno ao trabalho em mulheres brasileiras e possíveis fatores associados a esta prática, justificando assim a necessidade desse estudo.

A identificação da população a ser estudada iniciou pela análise da tabulação de dados realizada pelo Serviço de Fisioterapia do CAISM/UNICAMP de mulheres submetidas à cirurgia como tratamento para câncer de mama, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

Os dados previamente tabulados fornecem informações, tais como, número do prontuário, data da cirurgia, tipo de cirurgia e óbito. Após coleta destes dados as mulheres serão contactadas por telefone para aplicação do questionário, para o qual solicito análise.

O questionário possui itens como, idade, estado civil e escolaridade que posteriormente serão avaliados como fatores intervenientes no retorno ao trabalho. Informações referentes a terapias neoadjuvantes e/ou adjuvantes também são questionadas, no entanto se as mulheres apresentarem dúvidas ou dificuldades para responder estas questões, as informações serão checadas no prontuário. Para finalizar existem questões relacionadas ao tipo de trabalho antes e após o diagnóstico de câncer de mama, além das que identificam a prevalência de retorno ao trabalho.

A elaboração do questionário foi baseada em estudos da literatura, visto que não existe questionário brasileiro validado que contemple os objetivos deste estudo^{13, 14, 15,16}.

Para que este instrumento possa ser aplicado junto aos sujeitos da pesquisa, considera-se essencial a avaliação, por juízes, com experiência no assunto.

Dessa forma, considerando o seu conhecimento e experiência, gostaria de poder contar com sua importante participação no estudo, procedendo à avaliação do instrumento, para a validação de conteúdo.

A seguir, apresenta-se o procedimento de análise.

Antecipadamente, agradeço a sua valiosa participação e aguardo a devolução, no prazo de 20 dias após o envio. Após isto enviarei o certificado de participação.

Prof^a. Dr^a. Maria Inês Monteiro

Orientadora
FCM/UNICAMP

Laís Bonagurio Peressim

Mestranda em Ciências da Saúde
FCM/UNICAMP

Guia de avaliação do instrumento de coleta de dados

Como proceder a análise?

1. Para cada questão, avalie a **presença** ou **ausência** dos seguintes critérios:
 - a) **Abrangência**: define-se como abrangente aquela questão que contém as informações importantes para alcance do objetivo do estudo, enunciada de maneira compreensível;
 - b) **Objetividade**: define-se como objetiva aquela questão de fácil entendimento.
 - c) **Organização**: define-se como organização a disposição das questões e alternativas como também seu conteúdo.
 - d) **Pertinência**: define-se como pertinente aquela questão relevante para alcançar o objetivo da pesquisa.
2. Observações gerais:
 - a) Sempre que julgar um item necessário, porém ausente no instrumento, preencha o espaço correspondente.
 - b) Sempre que julgar um item desnecessário, porém presente no instrumento, anote no campo correspondente.
 - c) Sempre que responder “ausente”, justifique e dê uma sugestão no espaço adequado.
 - d) Quaisquer dúvidas, favor entrar em contato com a pesquisadora por meio do e-mail laisbonagurio@gmail.com, ou telefone (xx) xxxx-xxxx.

Grata!

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ITEM AVALIADO	ABRANGÊNCIA	OBJETIVIDADE	ORGANIZAÇÃO	PERTINÊNCIA
Questões de dados gerais	<input type="checkbox"/> <i>Ausente</i> <input type="checkbox"/> <i>Presente</i>			
Questões de tratamentos para câncer de mama	<input type="checkbox"/> <i>Ausente</i> <input type="checkbox"/> <i>Presente</i>			
Questões relacionadas ao trabalho	<input type="checkbox"/> <i>Ausente</i> <input type="checkbox"/> <i>Presente</i>			
Questão relacionada ao estado geral de saúde	<input type="checkbox"/> <i>Ausente</i> <input type="checkbox"/> <i>Presente</i>			

Item(s) necessário(s), porém ausente(s) no instrumento

Itens desnecessários no instrumento

Comentários e/ou sugestões

9.3 Apêndice III: Resultados secundários da pesquisa – Ocorrência de óbitos nas mulheres tratadas por câncer de mama no ano de 2007.

Para a análise comparativa entre as mulheres que foram a óbito e as sobreviventes de câncer de mama e identificar possíveis fatores intervenientes, optou-se por não considerar os 40 casos, os quais não mantiveram seguimento no Hospital nos anos de 2011 e 2012. Assim, a análise ocorreu com 290 mulheres e as variáveis que apresentaram significância estatística foram estadiamento avançado, presente em 62% dos casos em que as mulheres foram a óbito, e realização de cirurgia radical realizada em 56 mulheres (86%) que foram a óbito (tabela 11).

Tabela 11: Características das 290 mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama em 2007 e estudo das variáveis com o óbito^b.

Características	Mulheres tratadas por câncer de mama n (%)	Óbito		p valor ^a
		Sim n (%)	Não n (%)	
Estadiamento clínico ^c				
Is-II	175 (67)	23 (38)	152 (75)	<0,001
III-IV	88 (33)	38 (62)	50 (25)	
Tipo de cirurgia				
Radical	202 (70)	56 (86)	146 (65)	0,001
Conservadora	88 (30)	9 (14)	79 (35)	
Reconstrução ^d				
Realizou	41 (20)	7 (12)	34 (23)	0,088
Não realizou	161 (80)	49 (88)	112 (77)	
Antecedentes				
Presença	176 (61)	39 (60)	137 (61)	0,897
Ausência	114 (39)	26 (40)	88 (39)	
Total	290 (100)	65 (100)	225 (100)	

^aTeste qui-quadrado/ ^bÓbito identificado no período de março de 2010 a janeiro de 2012.

^cInformações de apenas 263 mulheres, as demais não possuíam dados completos de estadiamento pelo Serviço de Fisioterapia e prontuário médico.

^dInformações de 202 mulheres que realizaram cirurgia radical.

A idade média das mulheres que foram a óbito foi de 56,4 anos (DP 14,7), por ocasião da cirurgia, e não houve associação com o óbito ($p=0,082$) pelo teste Mann-Whitney.

A presença ou não de antecedentes não se mostrou significativa, porém quando analisado cada antecedente individualmente pôde-se observar que a ausência de doença neurológica em 220 (98%) das 290 mulheres ($p=0,048$ – teste qui-quadrado), ausência de diabetes, 196 (68%) das 290 mulheres ($p=0,001$ – teste exato de Fisher) e ausência de depressão em 218 (97%) das 290 mulheres ($p=0,019$ – teste qui-quadrado) no momento do diagnóstico do câncer, estiveram associadas com a sobrevida até o momento da entrevista (informações não disponíveis em tabela).