



CRISTIANE HELENA GALLASCH

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE
AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO TRABALHO EM
TRABALHADORES PORTADORES DE NEOPLASIA SUBMETIDOS
À RADIOTERAPIA**

CAMPINAS

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

CRISTIANE HELENA GALLASCH

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO
DESEMPENHO NO TRABALHO EM TRABALHADORES PORTADORES DE
NEOPLASIA SUBMETIDOS À RADIOTERAPIA**

Orientadora: Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, área de concentração Enfermagem e Trabalho.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA
CRISTIANE HELENA GALLASCH E
ORIENTADA PELA PROFA. DRA. NEUSA
MARIA COSTA ALEXANDRE

CAMPINAS

2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G135p Gallasch, Cristiane Helena, 1981-
Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho em trabalhadores portadores de neoplasia submetidos à radioterapia / Cristiane Helena Gallasch. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Neusa Maria Costa Alexandre.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem.

1. Neoplasias. 2. Reprodutibilidade dos testes. 3. Avaliação da capacidade de trabalho. 4. Enfermagem do trabalho. I. Alexandre, Neusa Maria Costa, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Reliability and validity of Brazilian version of the Work Role Functioning Questionnaire evaluating workers in radiotherapy

Palavras-chave em inglês:

Neoplasms

Reproducibility of results

Work capacity evaluation

Occupational health nursing

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Titulação: Doutora em Enfermagem

Banca examinadora:

Neusa Maria Costa Alexandre [Orientador]

Patricia Campos Pavan Baptista

Fernanda Ludmilla Rossi Rocha

Roberta Cunha Matheus Rodrigues

Maria Filomena Ceolim

Data de defesa: 28-06-2013

Programa de Pós-Graduação: Enfermagem

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

CRISTIANE HELENA GALLASCH

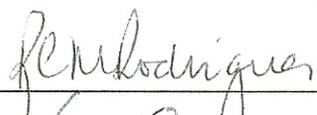
Orientador (a) PROF(A). DR(A). NEUSA MARIA COSTA ALEXANDRE

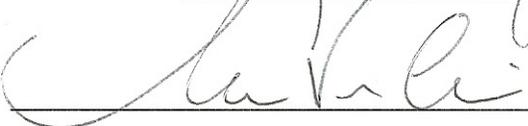
MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). NEUSA MARIA COSTA ALEXANDRE 

2. PROF(A). DR(A). PATRICIA CAMPOS PAVAN BATISTA 

3. PROF(A). DR(A). FERNANDA LUDIMILLA ROSSI ROCHA 

4. PROF(A).DR(A). ROBERTA CUNHA MATHEUS RODRIGUES 

5. PROF(A).DR(A). MARIA FILOMENA CEOLIM 

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

Data: 28 de junho de 2013

DEDICATÓRIA

*Dedico esse trabalho àqueles que apoiam todas
minhas buscas e mudanças: meus pais!
E a meu avô, que sempre estimulou e acompanhou
com orgulho meu desenvolvimento.*

AGRADECIMENTOS

A meus pais, pelas tentativas de ajuda mesmo quando isso não era fácil ou possível.

A todos os amigos, próximos ou distantes geograficamente, velhos ou novos, pelo incentivo e pelo respeito aos momentos de estudo.

A toda a equipe de trabalho Íon Radioncologia, e em especial a: Dr. Sérgio C. B. Esteves, Dra. Joyce Gruenwaldt, Dr. Eduardo Baldon Pereira, Dr. Antonio Carlos Zuliani de Oliveira e à FM Fernanda Letícia Martins de Souza pelos ensinamentos e dicas que apoiaram meu desenvolvimento na área e nos estudos.

A todos que aceitaram participar deste estudo, tornando possível a busca pelas melhorias à saúde e à assistência.

Ao estatístico Henrique Ceretta pelo atendimento ágil e preciso.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Neusa Maria Costa Alexandre, pela década de trabalho (desde 2002), em iniciações científicas, mestrado, artigos... pelo apoio a esse objetivo complicado, mas conquistado!

A todos os professores da Faculdade de Enfermagem pela participação em meu desenvolvimento profissional e acadêmico, e pela receptividade em todos os momentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro por meio de bolsa de Doutorado do Programa de Demanda Social da CAPES.

*“A coisa mais bela que o homem pode experimentar é o mistério.
É essa a emoção fundamental que está na raiz de toda a ciência e de toda a arte.”*

Albert Einstein

Afecções crônicas representam sério problema de saúde pública por serem importantes causas de incapacidade, absenteísmo e afastamento de trabalhadores de suas funções laborativas. Devido à possibilidade de detecção precoce e tratamentos efetivos, atualmente há mais pessoas vivendo com diversos tipos de patologias crônicas como câncer, artrite, doenças cardíacas ou neurológicas; quadros que também ocasionam limitações funcionais e alterações biopsicossociais. As pesquisas envolvendo as limitações no trabalho relacionadas ao tratamento e sobrevivência ao câncer são recentes. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar as qualidades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho em trabalhadores com neoplasia submetidos à radioterapia, e correlacionar seu desempenho com a Escala de Karnofsky, o Índice de Capacidade para o Trabalho e o WHOQOL-Abreviado. As propriedades psicométricas e características de permanência ou afastamento do trabalho foram estudadas em um grupo de 51 indivíduos submetidos à radioterapia em um centro especializado privado. A população saudável foi composta por 105 trabalhadores de um centro de desenvolvimento de tecnologia. Os procedimentos para avaliação das propriedades psicométricas foram realizados com sucesso, com valores que indicaram alta precisão de medida para consistência interna do instrumento (alfa de Cronbach 0,77-0,93). Na avaliação da validade de constructo por meio da abordagem dos grupos conhecidos, houve diferença significativa nos itens que avaliam demandas de produção, mental e social ($p < 0,05$), com maiores escores apresentados pelos pacientes, apoiando a hipótese de que o trabalhador com diagnóstico de câncer recebe maior suporte multidisciplinar para o retorno ao trabalho. Na avaliação da validade de constructo por meio de abordagem convergente, observou-se que o escore total do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho apresentou correlação com os

índices da Escala de Karnofsky, o que pode sugerir uma nova ferramenta para avaliação dos trabalhadores com câncer, considerando aspectos globais dos indivíduos. A versão brasileira do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho demonstrou bons resultados na avaliação das suas propriedades psicométricas, sendo considerada confiável para utilização na população brasileira de trabalhadores com diagnóstico de câncer. Este estudo está inserido na Linha de Pesquisa Trabalho, saúde e educação.

Palavras-chave: Neoplasias. Reprodutibilidade dos Testes. Avaliação da Capacidade de Trabalho. Enfermagem do Trabalho.

Chronic disorders represent a serious problem in public health, resulting in disabilities, absenteeism and loss of work. Nowadays, due to the possibility of early detection and effective treatments, people live and survive with various types of chronic diseases such as cancer, arthritis, heart or neurological impairments, presenting functional limitations and bio-psychosocial changes. Researches involving work limitations related to cancer treatment and survival are recent. The aim of this study was to evaluate psychometric properties of the Brazilian version of the Work Role Functioning Questionnaire (WRFQ-Br) in workers with cancer in radiotherapy, and compare its performance with Karnofsky Scale, the Work Ability Index and the WHOQOL-bref. Psychometric properties and characteristics of permanence or absence from work were studied in a group of 51 individuals in radiotherapy at a private specialist center. Healthy population consisted of 105 workers from a center of technology development. Procedures for assessing the psychometric properties were successfully performed with values indicated high accuracy of measurement for internal consistency (Cronbach's alpha 0.77 to 0.93). Construct validity comparing known groups, were observed significant differences in items that assess output, mental and social demands ($p < 0.05$), with higher scores reported by patients. The hypothesis is that worker with cancer diagnosis gets higher multidisciplinary support to return to work. Construct validity through convergent approach, it was found that the total score of the Questionnaire of Performance Evaluation at Work was correlated with the indices of the Karnofsky scale, which may suggest a new tool for evaluation of workers with cancer considering global aspects of individuals. The Brazilian version of the Work Role Functioning Questionnaire showed good results in the evaluation of its psychometric properties, and is considered reliable for use among Brazilian workers diagnosed with cancer. This study was part of the Line of Research Work, health and education.

Key words: Neoplasms. Reproducibility of Results. Work Capacity Evaluation.
Occupational Health Nursing.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1- Características dos pacientes atendidos no Serviço Ambulatorial de Radioterapia excluídos do estudo (n=581). Campinas, 2013.....	59
Tabela 2- Tipos de neoplasias malignas de pacientes submetidos à radioterapia (n=51). Campinas, 2013.....	60
Tabela 3- Protocolos de tratamentos dos pacientes submetidos à radioterapia (n=51). Campinas, 2013.....	61
Tabela 4- Caracterização sócio-demográfica dos trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia (n=51) e de trabalhadores sem queixas relacionadas à saúde (n=105). Campinas, 2013.....	62
Tabela 5- Valores de médios da avaliação do desempenho com o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) para os grupos pesquisados. Campinas, 2013.....	64
Tabela 6- Comparações entre as demandas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho e os protocolos de tratamento (n=52). Campinas, 2013.....	64
Tabela 7- Valores de médios da avaliação de trabalhadores com neoplasias com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT e o WHOQOL-Abraviado (n=51). Campinas, 2013.....	65
Tabela 8- Coeficiente Alfa de Cronbach do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho. Campinas, 2013.....	66
Tabela 9- Índices obtidos na avaliação do desempenho com o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho. Campinas, 2013.....	67

Tabela 10-	Correlação entre o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) e a Escala de Karnofsky(KPS). Campinas, 2013.....	68
Tabela 11-	Correlação entre o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) e o escore total do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Campinas, 2013.....	68
Tabela 12-	Correlação entre o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) e o WHOQOL-Abreviado. Campinas, 2013.....	69

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1- Escore e categorizações para o Índice de Capacidade para o Trabalho...	50
Quadro 2- Instrumentos e escalas utilizadas para análise da validade de constructo.....	53
Quadro 3- Comparação entre o WRFQ-Br e a categorização do ICT. Campinas, 2013.....	70
Quadro 4- Comparações entre escores do WRFQ-Br e categorização do ICT com diferenças significativas. Campinas, 2013.....	71

CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ICT	Índice de Capacidade para o Trabalho
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
KPS	Escala de Karnofsky
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WL-26	Work Limitations – 26 items
WL-27	Work Limitations – 27 items
WLQ	Work Limitations Questionnaire
WRFQ	Work Role Functioning Questionnaire
WRFQ-Br	Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

	<i>Pág.</i>
1. INTRODUÇÃO.....	25
1.1. Considerações sobre a Radioterapia.....	30
1.2. Considerações sobre instrumentos de medida.....	31
2. OBJETIVOS.....	35
3. MATERIAIS E MÉTODO.....	39
3.1. Tipo de estudo.....	41
3.2. Sujeitos.....	41
3.3. Local.....	42
3.4. Coleta de dados.....	43
3.5. Instrumentos de avaliação.....	44
3.6. Análise de dados.....	50
3.7. Aspectos éticos.....	54
4. RESULTADOS.....	57
4.1. Caracterização dos sujeitos.....	59
4.2. Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho.....	66
5. DISCUSSÃO.....	73

6. CONCLUSÃO.....	87
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
8. ANEXOS.....	101
Autorização para coleta de dados.....	103
Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho.....	105
WHOQOL – Abreviado.....	107
Índice de Capacidade para o Trabalho.....	111
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	115
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – alteração de metodologia.....	117
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – autorização de utilização de banco de dados.....	88
9. APÊNDICES.....	121
Ficha de caracterização.....	123
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	125

INTRODUÇÃO

1

1 – INTRODUÇÃO

Afecções crônicas representam um sério problema de saúde pública por serem algumas das mais importantes causas de incapacidade, absenteísmo e afastamento de trabalhadores de suas funções laborativas, além da redução dos índices de qualidade de vida. Devido à possibilidade de detecção precoce e tratamentos efetivos, atualmente há mais pessoas vivendo com diversos tipos de patologias crônicas como câncer, distúrbios osteomusculares, artrite, doenças cardíacas ou neurológicas; quadros que também ocasionam limitações funcionais e alterações biopsicossociais (1-5).

Atualmente, cerca de 12% das mortes registradas no mundo são relacionadas ao câncer, representando aproximadamente sete milhões de pessoas. São notificados onze milhões de casos novos por ano, com previsão de elevação para 27 milhões até 2030, com 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivas, segundos as estimativas da Organização Mundial da Saúde (6). O aumento do número de casos novos relaciona-se diretamente ao aumento da expectativa de vida da população e à exposição a fatores de risco (7).

Câncer de pulmão, mama, próstata e cólon são predominantes nos países com melhores recursos financeiros, enquanto há maior incidência de estômago, fígado, cavidade oral e cólon naqueles denominados em desenvolvimento ou de baixa renda (6).

Aproximadamente 50% dos casos registrados apresentam-se em países em desenvolvimento (7). No Brasil, estima-se a ocorrência de 518.510 mil casos novos no ano de 2013 incluindo os casos de pele não melanoma e de 385 mil se estes forem excluídos (6). Em 2010, último ano com dados divulgados, 178.990 óbitos causados por neoplasias malignas foram notificados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (8).

Observa-se na população brasileira uma modificação dos tipos de câncer registrados ao longo do tempo. As últimas estatísticas revelam o aumento da prevalência de câncer de mama, próstata, cólon e reto. Porém, ainda há expressiva ocorrência de diagnósticos relacionados à exposição a fatores ambientais e comportamentais relacionados à situação cultural, social e econômica da população: colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral (7).

Ainda assim, de acordo com os últimos dados divulgados pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer (6; 8), os tipos mais incidentes no país são os cânceres de pele não melanoma (55,12/100.000), próstata (53,84/100.000), pulmão (18,37/100.000), cólon e reto (13,7,/100.000) e estômago (8,12/100.000) para o sexo masculino. Entre as mulheres, esperam-se os cânceres de pele não melanoma (60,51/100.000), mama (49,27/100.000), colo do útero (18,47/100.000) e cólon e reto (14,80/100.000).

O câncer, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, tornou-se frequente e cada vez mais comum, podendo levar instabilidade às famílias, quando o chefe da família adoece, sendo ele o provedor da única fonte de renda (6), ou mesmo prejudicando a dinâmica familiar pela existência de gastos extras não previstos (9).

A sobrevivência ao câncer deve ser considerada de forma relevante no tratamento, uma vez que, devido ao aumento de sua incidência, é necessário prevenir os desafios que surgem frente a “viver com diagnóstico de câncer”. Esses sobreviventes completam um ciclo primário de tratamento e há a necessidade de seguir em frente com suas vidas (10).

Os avanços no tratamento contra o câncer permitiram mudanças para estes pacientes, assim como para aqueles que apresentam outros distúrbios ou incapacidades, havendo atualmente um maior suporte da legislação em relação às oportunidades de trabalho. A discriminação frente às atividades de trabalho não é permitida e grandes

avanços ocorreram para promover direitos legais aos sobreviventes do câncer e garantir qualidade de vida no trabalho. A manutenção das atividades de trabalho, para muitos destes sobreviventes, oferece benefícios, incluindo além da remuneração, assistência médica e uma potencial fonte de apoio social (11).

Um estudo realizado por Yabroff et. al. (12) com um grupo heterogêneo em relação aos tipos de câncer indica que, mesmo onze anos após o diagnóstico de câncer, ainda pode haver limitações no trabalho.

Feuerstein et. al (13) relataram que, após avaliação com o Work Limitations Questionnaire (WLQ), encontraram significativas limitações para o trabalho em indivíduos com variados tipos de câncer cerebral, devido a fadiga, depressão, ansiedade ou limitações cognitivas.

Os mesmos sinais e sintomas, exceto as alterações cognitivas, são também referidas por Hansen et. al (14), em estudo envolvendo indivíduos com diagnóstico de câncer torácico, mesmo quatro anos após o diagnóstico e início do tratamento.

Sintomas residuais da doença, após tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia são fatores que causam impacto direto no retorno ou na adaptação para execução das funções de trabalho (15).

As pesquisas envolvendo as limitações no trabalho relacionadas ao tratamento e sobrevivência ao câncer são recentes, apresentadas na literatura internacional a partir da década de 2000. No Brasil, não há dados precisos do índice de pacientes afastados durante o tratamento.

Os profissionais da área de saúde ocupacional e em oncologia precisam de informações e habilidades que permitam a realização de modificações no ambiente de

trabalho e desenvolvimento de ações para melhoraria desses quadros e favorecimento do retorno ao trabalho (13).

1.1. Considerações sobre a Radioterapia

Desde a descoberta dos raios X, por Röntgen, em 1895, e da radioatividade, por Curie e Becquerel, em 1896, a oncologia das radiações apresentou avanços significativos. A radioterapia isolada, ou combinada com cirurgia ou quimioterapia, é uma modalidade curativa efetiva para muitas neoplasias malignas, com altas taxas de sobrevida (15).

A radioterapia é um tratamento em que se utilizam radiações ionizantes para se atingir células indesejadas, impedindo sua multiplicação por mitose e/ou determinando a morte celular (17), por meio das modalidades de teleterapia e braquiterapia.

Na teleterapia, um fonte externa emite radiação a uma distância de 80 a 100cm do paciente, em protocolos que variam entre 120 a 190cGy/dia, cinco dias na semana e com dois dias de repouso, podendo atingir as lesões mais profundas. Na braquiterapia, a fonte radioativa é colocada em contato íntimo com o tumor, podendo ser de baixa ou de alta taxa de dose, sendo utilizadas em áreas com alto risco de recidiva (18).

Fernandes et. al (17) citam que durante o tratamento há a possibilidade de efeitos colaterais, mais comumente relacionados a danos nos órgãos e estruturas envolvidos no campo de irradiação, como reações de pele, náuseas e desconforto local. Porém também há possibilidade de efeitos indesejados independentes, como fadiga e inapetência.

Esses efeitos podem ser agudos, esperados após exposição à dose aproximada de 2000cGy, ocorrem durante o tratamento ou até três meses após e incluem náuseas, vômitos, febre, diarreia, alopecia, reações de pele, hemorragias, dor local e fadiga; subagudos, quando persistem ou ocorrem de três a seis meses após o término do

tratamento, não sendo necessariamente relacionados à severidade dos efeitos agudos (incluem anemia, trombocitopenia, leucopenia, hipovitaminoses, desidratação, fibrose, entre outros); ou tardios, de seis meses ou mais após a radioterapia, consistindo de mutações genéticas e apresentando-se na forma de fibrose, leucemia, câncer de pele, entre outros (17).

Os profissionais de saúde devem estar atentos às alterações decorrentes do tratamento com radioterapia, atuando em medidas preventivas para amenizar os efeitos colaterais, fornecendo aos pacientes informações sobre o tratamento, considerando os desconfortos e orientando medidas para aliviá-los, além de promover suporte para reduzir a ansiedade e depressão, e o melhor enfrentamento destes pacientes ao tratamento (19).

A utilização de instrumentos validados tem sido considerada essencial para confiabilidade de dados obtidos junto aos indivíduos com dificuldades físicas ou alterações psicossociais. Dados confiáveis auxiliam no planejamento de ações de prevenção desses distúrbios e no planejamento de estratégias e programas de reabilitação na área da saúde do trabalhador.

1.2. Considerações sobre instrumentos de medida

Pesquisadores e profissionais da área de saúde estão cada vez mais preocupados em utilizar escalas e questionários confiáveis e apropriados para determinada população. Desde a década de 1990, publicações têm alertado sobre a relevância de uma correta avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos de medida (20-21).

A validade e a confiabilidade são particularmente importantes ao selecionar instrumentos que serão usados em pesquisas e na prática clínica (22). No entanto, é

importante ressaltar que estes dados não são qualidades estáticas de um instrumento. O ideal é reavaliar essas propriedades sempre que se mudar a população de estudo (21).

Devido às recentes pesquisas que evidenciam os aspectos relacionados à sobrevivência ao câncer e a necessidade do planejamento do retorno ao trabalho durante e após o tratamento, essa população mostra-se adequada para desenvolvimento ou aprimoramento de instrumentos de avaliação.

O Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WFRQ-Br), adaptado culturalmente para a população brasileira em pacientes com sintomas osteomusculares, com bons resultados de validade e confiabilidade (23), surge como potencial ferramenta para avaliação global do trabalhador com diagnóstico de câncer, considerando que um dos questionários que lhe deu origem já foi utilizado em estudo envolvendo câncer cerebral (13).

Além disso, o WRFQ-Br possibilita avaliações nos campos de exigências física, mental, social, de planejamento de trabalho e demanda de produção; conjunto este de informações que não é encontrado em outro instrumento único de avaliação no campo de saúde do trabalhador.

Com a continuidade do estudo deste instrumento, após bons resultados para a população brasileira em estudo anterior (23), há a possibilidade de validá-lo e permitir sua utilização para a população de trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia, uma vez que se observa na prática clínica o afastamento total das atividades de trabalho da maioria destes indivíduos, sem a utilização de ferramentas validadas para esta avaliação.

Além disso, pode possibilitar também avaliações que favoreçam a manutenção das atividades, ou o retorno ao trabalho, parcial ou total, precocemente, favorecendo a

avaliação em programas de reabilitação profissional, para os quais não se encontra referência na literatura nacional.

OBJETIVOS

2

2 – OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo geral avaliar as qualidades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, incluindo confiabilidade e validade, para trabalhadores com diagnóstico de neoplasias submetidos à radioterapia, que mantiveram ou retornaram às suas atividades laborais durante ou após a realização deste tratamento.

Foram objetivos específicos:

- Descrever as características sócio-demográficas dos trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia, segundo diagnóstico e protocolo de tratamento realizado;
- Comparar o grupo de trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia e o de trabalhadores sem queixas relacionadas à saúde com relação ao desempenho no trabalho, de acordo com a avaliação utilizando o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho;
- Comparar o desempenho no trabalho do grupo de indivíduos com diagnósticos de neoplasias submetidos à radioterapia, de acordo com a avaliação do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho e o protocolo de tratamento realizado;
- Estimar a confiabilidade do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho no que se refere à consistência interna (alfa de Cronbach) para trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia;
- Verificar a validade de constructo do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho por meio da abordagem dos grupos conhecidos,

realizando a comparação entre os escores obtidos entre os trabalhadores com diagnóstico de neoplasia e aqueles sem queixas relacionadas à saúde;

- Verificar a validade de constructo do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho por meio da abordagem convergente, utilizando a evidência correlacional com os escores totais da Escala de Karnofsky (KPS), totais e categóricos do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e dos domínios físico, social e psicológico do World Health Organization Quality of Life Group – Abreviado (WHOQOL-Abreviado) em trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia.

MATERIAIS E MÉTODO

3

3 – MATERIAIS E MÉTODO

3.1. Tipo de Estudo

Este estudo envolveu investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, encarregando-se da validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa (24).

Para avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br), foram obedecidos os passos recomendados pela literatura internacional, com a estimativa da confiabilidade, por meio da consistência interna.

A validade foi verificada por meio da abordagem dos grupos conhecidos, comparando os trabalhadores portadores de neoplasia com uma população de trabalhadores sem queixas relacionadas à saúde, e pela abordagem convergente, correlacionando os escores obtidos na avaliação da população trabalhadora com diagnóstico de neoplasia utilizando os escores do WRFQ-Br, da Escala de Karnofsky (KPS), do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e com os escores de medida geral da qualidade de vida relacionada à saúde dos domínios físico, social e psicológico, do WHOQOL-abreviado.

3.2. Sujeitos

Participaram deste estudo pacientes submetidos à radioterapia, com qualquer tipo de neoplasia maligna. O cálculo amostral foi inviável devido às características da população de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Optou-se por uma amostra

de conveniência, obtida a partir das informações de todos os pacientes admitidos nos anos de 2011 e 2012.

Foram considerados critérios de inclusão:

- Diagnóstico de neoplasia confirmada em exame anátomo-patológico;
- Idade igual ou superior a 18 anos e inferior a 75 anos;
- Realização do protocolo de radioterapia, modalidade teleterapia, com exposição à dose mínima de 2000cGy, quando é esperado o início dos primeiros efeitos agudos indesejados, decorrentes da exposição cumulativa à radiação ionizante (17);
- Término do protocolo de radioterapia há no máximo dois anos (24 meses), momento em que as queixas tardias relacionadas à exposição à radiação ionizante tornam-se menos prováveis (17);
- Manutenção das atividades de trabalho, formais ou informais, com carga horária mínima de 20 horas semanais.

Foram considerados critérios de exclusão:

- Analfabetismo;
- Realização de protocolo exclusivo de radioterapia, na modalidade braquiterapia.

3.3. Local

O presente estudo foi realizado em um serviço ambulatorial privado de radioterapia, localizado no interior do estado de São Paulo, após encaminhamento de solicitação para autorização de coleta de dados (Anexo 1).

Neste serviço são atendidos pacientes em qualquer faixa etária, de níveis sócio-econômico e educacional variados, com acesso por meio de planos de saúde privados contratados ou atendimento particular.

Para avaliação da validade de constructo por meio da abordagem dos grupos conhecidos, foram utilizados dados retrospectivos de uma população de trabalhadores de funções de trabalho e com exigências de níveis de escolaridade diversificados (motorista, limpeza, administração, manutenção, tecnologia da informação), sem queixas relacionadas à saúde, de um centro de desenvolvimento em tecnologia da informação do interior do estado de São Paulo.

Esses dados originam-se do estudo “Adaptação Cultural do Instrumento Work Role Functioning Questionnaire”, dissertação de mestrado que validou o instrumento para a população com queixas osteomusculares, e a utilização dos dados referentes aos indivíduos sem queixas relacionadas à saúde (“saudáveis”) desse estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

3.4. Coleta de dados

Os pacientes foram selecionados pelo levantamento de dados dos prontuários dos anos de 2011 e 2012, segundo os critérios de inclusão e exclusão. Foram aplicados instrumentos de avaliação para pacientes que mantiveram ou retornaram às atividades laborais durante e após a terapêutica proposta, para a avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho.

Os sujeitos foram abordados para participação no estudo durante o protocolo de tratamento – quando ultrapassada a dose de 2000cGy – ou após o término até um prazo máximo de dois anos.

Todos os pacientes foram abordados pessoalmente ou por contato telefônico, com apresentação da pesquisadora e dos objetivos do estudo, para posterior envio dos questionários via correio. Com o aceite, os termos de consentimento e instrumentos foram enviados por correio, com impressos e envelopes preparados e selados para devolução.

A dose mínima aplicada de radioterapia e o tempo máximo após o tratamento foram definidos de acordo com os relatos na literatura sobre a ocorrência de efeitos colaterais à exposição à radiação (17), pela possível influência na capacidade ou no desempenho no trabalho.

3.5. Instrumentos de avaliação

3.5.1. Dados de identificação sócio-demográficos e clínicos

Foi utilizado um formulário, baseado em pesquisas anteriores (23), adaptado pela pesquisadora (Apêndice 1) para coletar dados sócio-demográficos e clínicos dos sujeitos, contendo informações como idade, sexo, função, tipo e tempo de trabalho, jornada semanal, afastamento durante o tratamento, tempo de para retorno às funções, diagnóstico e grau de desempenho *performance status* - Escala de Karnofsky (KPS), sendo este último um dado da avaliação clínica.

O tipo de trabalho é descrito segundo a Classificação de Hébert (25), utilizada em estudos anteriores que envolveram a utilização do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (23, 26). Essa classificação foi realizada pela pesquisadora baseada nas respostas sobre função de trabalho e reúne as atividades de trabalho conforme descrito abaixo:

- Atividades manuais: Trabalho que exige manipulação de cargas pesadas ou médias ou movimentos repetitivos continuamente. Também a manipulação de

cargas leves, porém em posição estática por longo período (ex.: trabalhadores de linhas de produção).

- Atividades mistas: Trabalhos com manipulação de cargas leves, posturas estáticas ou esforços físicos não contínuos. Manipulação ocasional de cargas médias ou pesadas (ex.: enfermagem, supervisores de indústrias).
- Atividades não-manuais: aqueles que não têm atividades físicas em suas rotinas de trabalho (ex.: administradores).

3.5.2. Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho

O instrumento “The work Role Functioning Questionnaire” (WRFQ), também conhecido como “Work Limitations – 27 Items” (WL-27), originou-se dos instrumentos “Work Limitations Questionnaire” (WLQ) e “Work Limitations – 26 Items”, ou WL-26 (26).

O objetivo desses instrumentos consiste em avaliar se a capacidade para o trabalho está alterada devido a problemas de saúde, relacionados a afecções crônicas, causando impactos ou limitações nas atividades de trabalho diárias (26-28). O WRFQ também tem propriedades para investigar se a capacidade funcional do trabalhador altera-se após o término do tratamento de distúrbios crônicos, possibilitando a avaliação dos tratamentos clínicos propostos para recuperação e reabilitação da saúde (29).

Em 2007, o Work Role Functioning Questionnaire foi estudado por Gallasch et al. (23), e os resultados confirmaram que os procedimentos para adaptação cultural deste instrumento para a versão brasileira na avaliação de indivíduos com Distúrbios Musculares Relacionados ao Trabalho (DORT) foram realizados adequadamente, com elevada precisão de medida da consistência interna quando analisado integralmente e satisfatória para cada demanda. Além disso, observou-se diferença significativa ($p < 0,001$)

entre os grupos de trabalhadores com distúrbios osteomusculares e daqueles sem queixas relacionadas à saúde na abordagem de grupos conhecidos, assegurando que a validade de constructo foi realizada com sucesso.

A versão brasileira do WRFQ, denominada Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (Anexo 2), demonstrou bons resultados quanto à avaliação de suas propriedades psicométricas, sendo considerada confiável para utilização na população brasileira e em indivíduos com distúrbios osteomusculares (23).

O Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ) inclui cinco sub-escalas, ou demandas, de avaliação, entre 27 questões: Plano de trabalho (questões 1 a 5): avalia dificuldades do trabalhador em planejar e manejar suas atividades ocupacionais diárias, do início ao término do dia de trabalho; Demandas de produção (questões 6 a 12): abrangem a produtividade, a qualidade do serviço e a satisfação no trabalho; Demandas físicas (questões 13 a 18): mensuram a habilidade para executar atividades de trabalho, que incluem cargas físicas, dinâmicas e estáticas, como objetos pesados, movimentos, resistências, coordenação e flexibilidade; Demandas mentais (questões 19 a 24): contemplam as exigências cognitivas, relacionadas à atenção e à concentração; Demandas sociais (questões 25 a 27): referem-se às interações que o indivíduo deve realizar com seus colegas de trabalho e com os clientes de seu serviço (23).

Para avaliação das cinco sub-escalas, ou demandas (plano de trabalho, demanda física, demanda de produção, demanda mental, e demanda social), as seguintes ações foram realizadas para obtenção da pontuação do WRFQ:

- Verificação se o entrevistado não preencheu a opção “Não se aplica ao meu trabalho” para mais de 20% das questões de cada sub-escala;

- Somatória dos valores dos itens válidos para o trabalho de cada indivíduo de cada sub-escala separadamente e a divisão do valor final pelo número de itens, o que resultou em um valor entre quatro e zero;
- Multiplicação do valor obtido por 25, o que resultou em um valor entre 0 e 100%.

Com isso obteve-se um valor entre zero e 100%, o que indica o índice de desempenho preservado do indivíduo de acordo com as funções que o mesmo desempenha em seu trabalho para cada demanda avaliada.

Para avaliação geral do índice de desempenho, realiza-se média aritmética das cinco sub-escalas.

Valores iguais a 0% indicam que o índice de desempenho está completamente prejudicado, enquanto valores iguais a 100% refletem uma capacidade ou desempenho totalmente preservados.

3.5.3. Escala de Karnofsky

A Escala de Karnofsky (KPS) é um sistema de avaliação do estado clínico do paciente, que faz parte da consulta e registro sistemáticos realizados pelos profissionais em saúde dos pacientes avaliados em oncologia (30). Pode ser classificada da seguinte forma:

- Karnofsky 100-90: paciente assintomático ou com sintomas mínimos;
- Karnofsky 89-70: paciente sintomático, mas com capacidade para comparecimento ambulatorial;
- Karnofsky 69-50: paciente permanece no leito menos da metade do dia;

- Karnofsky 49-30: paciente permanece no leito mais da metade do dia;
- Karnofsky 29-10: paciente acamado, necessitando de cuidados constantes;
- Karnofsky < 9: paciente agônico.

Os escores totais obtidos com a utilização desta escala foram correlacionados com os escores totais e por demanda do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho para essa população. Não foi objeto deste estudo a utilização dos escores de KPS segundo a classificação indicada pela literatura.

3.5.4. WHOQOL-Abreviado (*WHOQOL-bref*)

Questionário composto por 26 itens, sendo dois sobre aspectos gerais da qualidade de vida e 24 envolvendo avaliação de domínios físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente. Assim, como o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, investiga queixas relacionadas às duas últimas semanas (31).

Deriva do WHOQOL-100, um questionário elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), pela necessidade do uso de instrumentos mais curtos, demandando menor tempo de preenchimento. Foi avaliado para população brasileira, com resultados satisfatórios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e confiabilidade teste-reteste, em uma amostra de heterogênea de pacientes com diferentes doenças, em tratamento ambulatorial e hospitalar (31).

O domínio físico engloba questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio psicológico refere-se a sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. O domínio

de relações sociais investiga relações pessoais, suporte (ou apoio) social e atividade sexual. E, finalmente, o domínio meio-ambiente tem as questões formuladas sobre segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte (31).

As respostas seguem padrão de escala. Quanto maior a pontuação, melhores os índices de avaliação da qualidade de vida (31). As respostas obtidas são inseridas em programas computacionais (Excel ou SPSS) que utilizam fórmulas para cálculo do escore fina, por domínio.

O WHOQOL-Abreviado (anexo 3) foi utilizado na avaliação da validade por meio da abordagem convergente do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, por meio da comparação entre seus domínios físico, psicológico e social com as demandas física, mental e social do WRFQ-Br.

3.5.5. Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

Trata-se de um instrumento utilizado em serviços de saúde ocupacional para avaliação da capacidade para o trabalho (anexo 4), baseado na percepção do trabalhador, por meio de dez questões, que englobam as exigências físicas e mentais de trabalho, o estado de saúde e os recursos do trabalhador (32-33).

Apresenta resultados em escore que varia entre 7 e 49 (33), categorizados conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1: Escore e categorizações para o Índice de Capacidade para o Trabalho (31).

Pontos	Capacidade para o trabalho	Objetivos das medidas
7 – 27	Baixa	Restaurar a capacidade para o trabalho
28 – 36	Moderada	Melhorar a capacidade para o trabalho
37 – 43	Boa	Apoiar a capacidade para o trabalho
44 – 49	Ótima	Manter a capacidade para o trabalho

O instrumento apresentou qualidades psicométricas satisfatórias na avaliação da capacidade para o trabalho de trabalhadores brasileiros, em abordagens individuais e inquéritos populacionais (32).

O escore total e categorizado conforme recomendado foi utilizado na avaliação da validade de constructo por meio da abordagem convergente para o escore total e todas as demandas do WRFQ-Br.

3.6. Análise dos dados

Inicialmente foi realizada análise descritiva para caracterização dos participantes. Os dados coletados foram inseridos em banco de dados (Excel 2007).

Com auxílio do Serviço de Estatística da Instituição, foram analisados descritivamente por frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas foram utilizadas média, desvio padrão, primeiro e terceiros quartis, valores máximos e mínimos.

3.6.1. Confiabilidade – Consistência interna

A consistência interna, que analisa se todas as subpartes de um instrumento ou de uma escala mensuram a mesma característica, foi verificada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (34).

Esse método, considerado mais sofisticado e preciso para instrumentos longos, trabalha a relação entre covariâncias e variâncias internas das medidas (35). Assim, proporciona estimativa da homogeneidade dos itens propostos, ou seja, as correlações de cada item proposto com todos os outros que avaliam os mesmos aspectos, variando de 0,00 a 1,00. Quanto maior o valor do coeficiente, maior a precisão da medida (36-37).

Foi estabelecido como evidência de consistência interna satisfatória valor de alfa de Cronbach $> 0,70$ (38-41).

Na avaliação da consistência interna, o procedimento foi realizado para cada questão em relação ao todo e para cada questão em relação à demanda a que pertencem.

3.6.2. Validade

Para verificar se a versão brasileira do WRFQ realmente mensura aquilo que se propõe a medir para indivíduos que realizaram tratamento para diagnóstico de neoplasia, incluindo radioterapia, foi verificada a validade (42).

A validade de constructo verifica a medida que um teste avalia um traço ou medida teórica. Confirma ou não as relações previstas entre conceitos, fornecendo maior ou menor apoio para a validade de constructo dos instrumentos que mensuram esses conceitos (42).

3.6.2.1. Validade de constructo – abordagem dos grupos conhecidos

Também denominada abordagem dos grupos contrastados, foi realizada por meio da diferenciação entre os trabalhadores com diagnósticos de neoplasias submetidos à radioterapia e trabalhadores sem queixas relacionadas à saúde ou diagnóstico de câncer.

Dessa forma, diferenças entre os grupos seriam esperadas e deveriam ser refletidas em seus escores (36, 39), com a hipótese de que o grupo de trabalhadores com neoplasias apresentasse menores escores para as demandas avaliadas pelo WRFQ-Br.

Para as comparações entre os doentes e saudáveis foi aplicado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (43). Este teste é aplicado no caso onde a variável apresenta somente duas categorias.

3.6.2.2. Validade de constructo – Abordagem convergente

A abordagem convergente refere-se à busca por ferramentas que mensuram teoricamente o mesmo constructo, dando origem a uma análise de correlação (42), para sustentação dessa validade.

Foi avaliada por meio da análise da relação com o escore total da Escala de Karnofsky (KPS), os escores total e categorizado do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e os escores dos domínios físico, psicológico e social do WHOQOL-Abreviado (31), como demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2: Instrumentos e escalas utilizadas para análise da validade de constructo.

	WRFQ- Br Demanda de produção	WRFQ- Br Demanda de trabalho	WRFQ- Br Demanda física	WRFQ- Br Demanda mental	WRFQ- Br Demanda Social	WRFQ- Br Escore total
KPS	X	X	X	X	X	X
ICT	X	X	X	X	X	X
WHOQOL Física			X			
WHOQOL Psicológica				X		
WHOQOL Social					X	

A opção pelos instrumentos e domínios foi realizada de acordo com a semelhança entre os constructos investigados por cada instrumento e o período englobado em suas avaliações.

Foram hipotetizadas correlações positivas significativas entre o escore total de KPS e o escore total e de demanda física do WRFQ-Br; entre o escore total e categorizado do ICT e o escore total e por demandas do WRFQ-Br; e entre os escores dos domínios físico, psicológico e social do WHOQOL-Abreviado e as demandas física, mental e social do WRFQ-Br, respectivamente.

Para avaliar a correlação entre os escores do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho e a Escala de Karnofsky utilizando o Coeficiente de Spearman, consideraram-se valores de até 0,30 como satisfatórios, entre 0,30 e 0,50 moderados e acima de 0,50 representando forte magnitude (44).

Para a comparação da categorização do ICT com relação às variáveis quantitativas foi aplicado teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis (43). Este teste é aplicado quando a variável apresenta mais de duas categorias. Nos casos onde a hipótese nula do teste de Kruskal-Wallis era rejeitada, foi aplicado o pós-teste (45)

proposto pelo autor Patrick Giraudoux utilizando o procedimento `kruskalmc` do pacote `pgirmess` do software R-project 2.15.0 (<http://cran.r-project.org/web/packages/pgirmess/>).

Para todas as análises foi considerado nível de significância estatística de 5%.

3.6.3. Programas computacionais

Para auxílio na organização, classificação e análise dos dados, foram utilizados os softwares computacionais Microsoft Office Excel 2007, SAS versão 9.2 – Cary, NC, USA: SAS Institute Inc., 2008 e R-project 2.15.0.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, e obteve parecer favorável, sob protocolo nº104/2009 em 24 de novembro de 2009 (Anexo 5). Para todas as alterações do projeto inicial foram realizadas consultas ao referido Comitê (anexo 6).

O mesmo comitê autorizou ainda a utilização parcial do banco de dados do estudo “Adaptação cultural do instrumento Work Role Functioning Questionnaire” (Anexo 7).

Todos os participantes receberam informações sobre os objetivos do estudo e a forma de preenchimento dos instrumentos, e que as informações seriam utilizadas apenas pela pesquisadora, com garantia do sigilo das informações pessoais.

Relatos sobre óbitos ou piora do estado de saúde foram relatados imediatamente à equipe clínica responsável pelo atendimento desses pacientes. Solicitações de agendamento de consultas foram encaminhadas ao setor de atendimento do serviço.

Todos os pacientes foram informados que a decisão de participar ou não do estudo não interferiria em suas atividades de trabalho ou no acompanhamento clínico.

Aqueles de concordaram em participar do estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), ficando em posse de uma das vias, que contém o contato da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

4

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização dos sujeitos

Foram consultados 632 prontuários de pacientes atendidos no serviço nos anos de 2011 e 2012. A Tabela 1 demonstra as situações clínicas e outras características registradas ou relatadas pelos pacientes sobre as atividades de trabalho, que levaram à exclusão de 581 sujeitos do estudo.

Tabela 1: Características dos pacientes atendidos no Serviço Ambulatorial de Radioterapia excluídos do estudo (n=581). Campinas, 2013.

Informações	n	%
Teleterapia para tratamento de doenças benignas	16	2,75
Braquiterapia exclusiva	81	13,94
Menores de 18 anos (estudantes)	10	1,72
Trabalhadores com mais de 75 anos	1	0,17
Jornada < 20 horas semanais	2	0,34
Admitidos, sem realização de radioterapia	61	10,50
Aposentados	228	39,24
Donas de casa	68	11,70
Desempregado	1	0,17
Afastamentos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)	78	13,45
Recusa em participar do estudo	1	0,17
Óbitos	14	2,41
Sem possibilidade de contato	18	3,10
Sem retorno da correspondência enviada	2	0,34
Total	581	100

Todos os questionários enviados retornaram via correio ou e-mail. Participaram deste estudo 51 sujeitos, com diagnóstico médico de neoplasia maligna, submetidos à

radioterapia, usuários de um serviço ambulatorial privado de radioterapia do interior do estado de São Paulo, com idade entre 30 e 72 anos ($53,35 \pm 10,08$), sendo 23 homens (45,10%) e 28 mulheres (54,90%). Os diagnósticos estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Tipos de neoplasias malignas de pacientes submetidos à radioterapia (n=51). Campinas, 2013.

Tipo de neoplasia	n	%
Mama	23	45,10
Próstata	12	23,53
Linfoma não-Hodgkin	3	5,88
Reto	2	3,92
Útero	2	3,92
Parótida	2	3,92
Estômago	2	3,92
Faringe/Hipofaringe	2	3,92
Pele	1	1,96
Coluna/Ósseo	1	1,96
Bexiga	1	1,96

Observa-se predomínio de tratamentos de próstata (23,53%) e mama (45,10%).

Os protocolos de tratamento a que esses indivíduos foram submetidos são apresentados na Tabela 3. Em média, os pacientes receberam 5664cGy (117,1) de dose de radioterapia, modalidade teleterapia, até o momento de participação na pesquisa, que foi, em média 288,63 (143,45) dias após a última aplicação. Há alto valor de desvio padrão pela possibilidade de abordagem de pacientes durante o tratamento (doses próximas a 2000cGy) e até dois anos após (doses de até 7600cGy).

Tabela 3: Protocolos de tratamentos dos pacientes submetidos à radioterapia (n=51). Campinas, 2013.

Protocolo	n	%
Radioterapia exclusiva	8	15,69
Radioterapia e quimioterapia	9	17,65
Radioterapia e hormonioterapia	3	5,88
Radioterapia e cirurgia	14	27,45
Radioterapia, quimioterapia e cirurgia	17	33,33

A maior parte dos protocolos de radioterapia do estudo foi acompanhada por cirurgia e quimioterapia (33,33%) e cirurgia (27,45%).

A avaliação pela escala de Karnofsky demonstrou média de 94,31 ($\pm 8,06$), com resultados de 80 (19,61%), 90 (17,65%) e 100 (62,75%).

A população saudável foi composta por 105 indivíduos sem queixas relacionadas à saúde, trabalhadores de um centro tecnológico, entre 19 e 66 anos ($34,8 \pm 11,8$), sendo 46 homens (43,8%) e 59 mulheres (56,2%).

A Tabela 4 demonstra informações sócio-demográficas relacionadas à caracterização dos grupos pesquisados.

Tabela 4: Caracterização sócio-demográfica dos trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia (n=51) e de trabalhadores sem queixas relacionadas à saúde (n=105). Campinas, 2013.

Variáveis	Trabalhadores com neoplasias (n=51)						Trabalhadores sem queixas (n=105)						p-valor**
	n(%)	Média	dp*	Mínimo	Mediana	Máximo	n(%)	Média	dp*	Mínimo	Mediana	Máximo	
Idade		53,35	10,08	30,00	53,00	72,00		34,83	11,76	19,00	32,00	66,00	<0,0001
Sexo													
Masculino	23 (45,10)						46 (43,81)						
Feminino	28 (54,90)						59 (56,19)						
Escolaridade													
Fundamental	9 (17,65)						3 (2,86)						
Médio	6 (11,76)						35 (33,33)						
Superior	28 (54,90)						44 (41,90)						
Pós-graduação	8 (15,69)						23 (21,90)						
Jornada de Trabalho		41,45	10,04	12,00	40,00	65,00		40,61	2,51	40,00	40,00	60,00	0,0663
Tempo de função		20,31	11,92	10,00	20,00	50,00		9,93	10,01	0,10	6,00	36,00	<0,0001
Tipo de trabalho ***													
Manual	13 (25,49)						14 (13,3)						
Misto	21 (41,18)						65 (61,9)						
Não-manual	17 (33,33)						26 (24,8)						

*dp: Desvio-padrão; **p-valor obtido por meio do teste de Mann-Whitney; ***Classificação do trabalho de acordo com Hébert (1996).

Com relação à escolaridade, houve predomínio de sujeitos com ensino superior nos dois grupos estudados, sendo 54,90% dos pacientes e 41,90% dos saudáveis.

Entre os pacientes, a jornada de trabalho semanal média, foi de 41,45 (10,04) horas e entre os saudáveis de 40,61(2,51) horas. Não houve diferença significativa entre os grupos.

Os pacientes apresentaram em média 20,31 (11,92) anos de trabalho na função declarada, comparando aos saudáveis que apresentaram 9,93 (10,01) anos, diferença que foi estatisticamente significativa.

Nos dois grupos observa-se predomínio de trabalho misto, seguido de não-manual e manual.

Os valores do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho são demonstrados na Tabela 5, e os valores da avaliação do desempenho no trabalho comparados aos protocolos de tratamentos do grupo de pacientes e são apresentados na Tabela 6.

Tabela 5: Valores de médios da avaliação do desempenho com o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) para os grupos pesquisados. Campinas, 2013.

Sub-escala	Trabalhadores submetidos à radioterapia (n=51)					Trabalhadores sem queixas (n=105)				
	Média	dp*	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	dp*	Mínimo	Mediana	Máximo
Plano de trabalho	91,51	15,45	30,00	100,00	10,00	89,23	12,25	40,00	93,75	100,00
Demanda de produção	90,29	14,75	42,85	96,42	100,00	83,96	14,96	10,71	85,71	100,00
Demanda física	86,35	15,78	41,66	91,66	100,00	87,71	11,35	54,16	95,00	100,00
Demanda mental	89,05	16,57	25,00	95,83	100,00	86,07	13,72	20,83	87,50	100,00
Demanda social	94,33	11,47	41,66	100,00	100,00	90,87	9,84	58,33	91,66	100,00
Escore total	87,95	16,70	10,00	92,73	100,00	88,50	9,49	47,16	90,25	100,00

dp*: Desvio-padrão

Tabela 6: Comparações entre as demandas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho e os protocolos de tratamento (n=52). Campinas, 2013.

Demanda/Protocolo de Tratamento	Rt*			Rt* e Qt*			Rt* e cirurgia			Rt*, Qt** e cir***			p-valor*****
	n	Média	dp****	n	Média	dp****	n	Média	dp****	n	Média	dp****	
Plano de Trabalho	8	91,88	9,61	9	95,80	6,36	14	82,86	25,7	17	95,59	8,46	0,3838
Demanda de produção	8	93,69	9,88	9	89,68	16,51	14	84,82	22,05	17	93,48	7,72	0,9652
Demanda física	8	92,19	7,55	9	86,11	15,90	14	86,84	18,34	17	82,50	17,73	0,7442
Demanda mental	8	86,04	15,50	9	92,13	14,20	14	85,42	25,27	17	91,37	9,26	0,6258
Demanda social	8	96,87	6,20	9	94,44	11,03	14	91,07	17,74	17	96,87	6,72	0,9385
Escore total	8	92,00	7,02	9	90,37	11,37	14	79,71	28,23	17	91,09	7,40	0,9361

*Rt: Radioterapia; **Qt: Quimioterapia; ***cir: Cirurgia; ****dp: Desvio-padrão; ***** p-valor obtido por meio do teste de Kruskal-Wallis.

Nos dois grupos são observados índices médios de desempenho mais elevados para a demanda social, com 94,33 (11,47) para os trabalhadores submetidos à Radioterapia e 90,9 (9,8) para os trabalhadores sem queixas. Já os piores índices apresentam-se na demanda física para o grupo de pacientes (86,35±15,78) e na demanda de produção (83,8±14,9) no grupo de indivíduos saudáveis.

Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de protocolos de tratamento com relação aos escores do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho.

Os escores obtidos por meio da avaliação dos trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia com a utilização do Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e o WHOQOL-Abreviado são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7: Valores de médios da avaliação de trabalhadores com neoplasias com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT e o WHOQOL-Abreviado (n=51). Campinas, 2013.

Variável	n	Média	Desvio padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
WHOQOL-Abreviado						
Domínio físico	51	75,56	15,82	25,00	78,57	100,00
Domínio Psicológico	51	75,65	15,05	37,50	75,00	100,00
Domínio social	51	72,88	18,32	16,67	75,00	100,00
Domínio meio ambiente	51	76,47	12,95	53,13	75,00	100,00
Escore ICT	51	38,18	5,78	23,00	38,50	49,00

Na avaliação da medida de qualidade de vida relacionada à saúde da população de pacientes por meio da aplicação do WHOQOL-Abreviado, os escores médios foram de 75,56 (15,82) para o domínio físico, 75,65 (15,05) para o psicológico e 72,88 (18,32) para o social.

Os resultados do Índice de Capacidade para o Trabalho classificaram três pacientes (5,88%) com capacidade baixa, oito (15,69%) com capacidade ótima, 16 (31,37%) com capacidade moderada e 24 (47,06%) com capacidade boa. O escore médio obtido com o ICT foi de 38,18 (5,78).

4.2. Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho

4.2.1. Confiabilidade – Consistência interna

Avaliou-se a confiabilidade das questões em relação às demandas e ao instrumento total por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Os resultados encontrados são demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8: Coeficiente alfa de Cronbach do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho. Campinas, 2013.

Sub-escala	Número de itens	Coeficiente alfa de Cronbach
Plano de trabalho	5	0,93
Demanda de produção	7	0,90
Demanda física	6	0,77
Demanda mental	6	0,93
Demanda social	3	0,78
Total	27	0,93

O instrumento apresentou adequados valores para consistência interna. O Coeficiente alfa de Cronbach total obteve valor de 0,93, que indica alta precisão de medida. Na avaliação de cada sub-escala, observou-se maior precisão para plano de

trabalho (0,93) e menor para demanda física (0,77), porém ainda superior ao preconizado neste estudo.

4.2.2. Validade de constructo – abordagem dos grupos conhecidos

A comparação entre os índices do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, entre os grupos de trabalhadores submetidos à radioterapia e trabalhadores sem queixas relacionadas à saúde, é demonstrada na Tabela 9.

Tabela 9: Índices obtidos na avaliação do desempenho com o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho para os grupos pesquisados. Campinas, 2013.

Sub-escala	Trabalhadores submetidos à radioterapia (dp*)	Trabalhadores sem queixas (dp*)	p-valor**
Plano de trabalho	91,51 (15,45)	89,23 (12,25)	0,0183
Demanda de produção	90,29 (14,75)	83,96 (14,96)	0,0003
Demanda física	86,35 (15,78)	87,71 (11,35)	0,1551
Demanda mental	89,05 (16,57)	86,07 (13,72)	0,0189
Demanda social	94,33 (11,47)	90,87 (9,84)	0,0021
Total	87,95 (16,70)	88,50 (9,49)	0,1599

*dp: Desvio –padrão; **p-valor obtido por meio do teste de Mann-Withney

Observa-se que houve diferença significativa entre os grupos nas sub-escalas que avaliam as demandas de produção, mental e social. Não houve diferença significativa entre os escores que envolvem as demandas física e social e também para a avaliação total.

4.2.3. Validade de constructo – abordagem convergente

Na avaliação da validade de constructo por meio da abordagem convergente, buscou-se a correlação entre os dados do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) e o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), o WHOQOL-Abreviado e a escala de Karnofsky (KPS), como descrito nas Tabelas 10, 11 e 12, respectivamente.

Tabela 10: Correlação entre o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) e a Escala de Karnofsky (KPS). Campinas, 2013.

Correlação	KPS	p-valor
WRFQ-Br – Demandas	r*	
Plano de Trabalho	0,1901	0,01816
Demanda de produção	0,2117	0,1359
Demanda física	0,2877	0,0406
Demanda mental	0,1175	0,4117
Demanda social	0,1747	0,2250
Escore total	0,3656	0,0083

*r: Coeficiente de Spearman

Tabela 11: Correlação entre o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) e o escore total Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT). Campinas, 2013.

Correlação	ICT	p-valor
WRFQ-Br – Demandas	r*	
Plano de Trabalho	0,4925	0,0002
Demanda de produção	0,5078	0,0001
Demanda física	0,4032	0,0033
Demanda mental	0,3848	0,0053
Demanda social	0,3923	0,0048
Escore total	0,5141	0,0001

*r: Coeficiente de Spearman

Tabela 12: Correlação entre o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br) e o WHOQOL-Abreviado. Campinas, 2013.

Correlação WRFQ-Br – Demandas	WHOQOL- Abreviado Físico r*	WHOQOL- Abreviado Psicológico r*	WHOQOL- Abreviado Social r*	p-valor
Demanda física	0,6079			<0,0001
Demanda mental		0,4368		0,0014
Demanda social			0,2932	0,0388

*r: Coeficiente de Spearman

Observou-se correlação de satisfatória magnitude ($r=0,2877$) entre a sub-escala correspondente à demanda física do Desempenho no Trabalho e o escore da Escala de Karnofsky (p -valor 0,0406), e de moderada magnitude ($r=0,3656$) entre o escore total do instrumento e a mesma escala (p -valor 0,0083). Não houve correlação entre as demais sub-escalas e o KPS obtido.

Com relação às correlações com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), todas as sub-escalas e o escore total do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho apresentaram correlação ($p<0,05$), apresentando correlação moderada a forte magnitude entre todas as demandas do WRFQ-Br e o escore do ICT, com r variando de 0,3848 a 0,5141.

Também foram observada forte magnitude de correlação entre o WRFQ-Br físico e o domínio físico da medida de qualidade de vida relacionada à saúde obtida com a aplicação do WHOQOL-Abreviado ($r=0,60$), bem como moderada magnitude entre a demanda WRFQ-Br mental e o domínio WHOQOL-Abreviado psicológico ($r=0,43$). No entanto, correlação de menor magnitude foi observada entre a demanda WRFQ-Br social e o domínio WHOQOL-Abreviado social ($r=0,29$).

Com relação ao ICT, foi realizada comparação entre o os escores do WRFQ-Br e a categorização proposta. Nesta avaliação, os indivíduos com classificação “baixa” foram

retirados pois representam uma amostra pequena, que não possibilitou esse tipo de avaliação (n=3). A comparação é demonstrada no Quadro 4. Não foi realizada a verificação para a sub-escala de Plano de trabalho por não haver variabilidade na categoria “ótima”.

Quadro 3: Comparação entre o WRFQ-Br e a categorização do ICT. Campinas, 2013.

Variável	ICT Categorizado	n	Média	Desvio-padrão	Mediana	p-valor*
WRFQ-Br Plano de Trabalho	Moderada	16	88,58	17,64	98,60	-
	Boa	24	95,42	5,88	95,00	
	Ótima	8	100,0	0,00	100,0	
WRFQ-Br Demanda de Produção	Moderada	16	86,95	17,75	92,64	0,0223
	Boa	24	93,23	8,02	96,42	
	Ótima	8	99,55	1,27	100,0	
WRFQ-Br Demanda física	Moderada	16	80,78	19,33	87,50	0,0946
	Boa	24	89,72	11,02	93,33	
	Ótima	8	95,21	7,53	100,0	
WRFQ-Br Demanda mental	Moderada	16	87,29	17,07	93,75	0,3869
	Boa	24	93,23	7,85	95,83	
	Ótima	8	96,35	6,84	100,0	
WRFQ-Br Demanda social	Moderada	16	92,71	12,13	100,0	0,3599
	Boa	24	96,87	5,39	100,0	
	Ótima	8	98,96	2,95	100,0	
WRFQ-Br Total	Moderada	16	87,19	12,67	89,18	0,0154
	Boa	24	88,92	17,80	93,53	
	Ótima	8	97,87	3,50	99,50	

*Teste de Kruskal-Wallis

Como foram encontrados resultados significativos entre o escore da demanda de produção e escore total WRFQ-Br com o ICT, foram realizados pós-testes para identificar as diferenças. Foram observadas diferenças significativas entre os indivíduos na sub-escala de demanda de produção (p-valor 0,0223) e para o escore total (p-valor 0,0154). Os resultados dessas diferenças observadas são demonstrados no Quadro 4, que

demonstra se as comparações entre os grupos são significativas (S) ou não significativas (NS).

Quadro 4: Comparações entre escores do WRFQ-Br e categorização do ICT com diferenças significativas. Campinas, 2013.

Variável	Comparação	Resultado*
WRFQ-Br Demanda de produção	Moderada-boa	NS
	Moderada-ótima	S
	Boa-ótima	NS
WRFQ-Br Total	Moderada-boa	NS
	Moderada-ótima	S
	Boa-ótima	S

*Pós-teste de Kruskal-Wallis

Houve diferença significativa entre os indivíduos, quando agrupados conforme as categorias do Índice de Capacidade para o Trabalho. Observou-se diferença entre aqueles com capacidade considerada moderada e ótima para a demanda de produção do WRFQ-Br. O mesmo ocorreu entre indivíduos categorizados como capacidade moderada e ótima e como capacidade boa e ótima para o escore total do WRFQ-Br.

DISCUSSÃO

5

5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve início a partir da observação de queixas de pacientes submetidos à radioterapia afastados de suas atividades habituais de trabalho, porém que expressavam desejo de mantê-las, para vivenciarem a satisfação da produtividade, o convívio em seus círculos de amizade, e para poderem manter o pensamento em temas diferentes daqueles relativos ao tratamento e ao prognóstico da doença.

O retorno ao trabalho de indivíduos sobreviventes do câncer tem sido relatado como problemático, devido às alterações da capacidade física, fadiga, falta de apoio e adaptações no ambiente ocupacional, além da sobrecarga de trabalho (46).

Participaram do estudo 51 trabalhadores portadores de neoplasias submetidos à radioterapia, pacientes de um serviço ambulatorial de radioterapia, e 105 indivíduos sem queixas relacionadas à saúde ou diagnóstico de câncer, trabalhadores de diversas funções de trabalho de um centro de desenvolvimento de tecnologia da informação, do interior do estado de São Paulo. Os dois grupos apresentaram predomínio de trabalho misto, com 41,18% entre os pacientes e 61,9% entre os saudáveis, caracterizado por manipulação intermitente de cargas pesadas, ou contínuas de baixo peso, além da permanência não contínua em uma posição estática (25). O mesmo foi observado em estudo de validação do instrumento realizado anteriormente (23).

O trabalho, desde sempre, é compreendido como parte do mundo vivenciado pelo sujeito, seu corpo e suas relações sociais, representando fonte de prazer ou sofrimento, resultando em diferentes expressões de produtividade e criatividade (47). É por ele, também, que o homem encontra seu espaço dentro da comunidade (48).

Desde o desenvolvimento industrial, com as mudanças na concepção sobre o trabalho e sua execução, os trabalhadores passaram a vivenciar longas jornadas, ritmos

acelerados, fadiga física, divisões de tarefas e redução na participação do processo produtivo, o que resultou em alterações na saúde física e mental (47).

Devido à alta exigência física e psíquica no trabalho, além das longas jornadas, tem sido observado grande número de afastamentos do trabalho na realidade do atendimento oncológico.

Não há estatísticas da taxa de pacientes afastados entre todos que apresentam a doença, porém neste estudo observou-se 13,45% dos casos em afastamento, mesmo após o término do protocolo proposto.

Além da sobrecarga física e psicológica, a equipe clínica costuma oferecer a possibilidade de afastamento ao paciente para que haja tempo hábil de dedicação ao tratamento e cuidados às possíveis complicações, uma vez que no Brasil todo indivíduo que exerce suas funções de acordo com o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) permanece de 40 a 44 horas semanais em atividades laborais. Essa foi a tendência média seguida pelo grupo de pacientes e indivíduos saudáveis estudados (41,45 e 40,61 horas semanais, respectivamente), sem diferença significativa entre ambos.

Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) apontam para 149.173 benefícios ativos por incapacidade no ano de 2011 para CID 10 – Neoplasias, o que representa um custo anual de R\$140.140.688,45 (49). Neste grupo encontra-se o auxílio-doença, concedido a todo trabalhador impedido de trabalhar por 15 dias ou mais, com comprovação em perícia médica.

Não há dados claros sobre a forma de avaliação da capacidade desses indivíduos ou de tentativas de adequação do trabalho, com redução de sobrecarga ou jornada, como formas de evitar o afastamento total das atividades laborais.

No Brasil, assim como observado em outras regiões do mundo, a elevação das taxas de sobrevivência e também de cura após o tratamento em indivíduos em idade economicamente ativa, aumenta as chances de permanência ou retorno às atividades de trabalho. Essa taxa de retorno varia de acordo com as características dos sistemas de suporte de cada país, incluindo os sistemas de saúde, reabilitação e sociais (50).

Observou-se também que o maior grupo excluído do estudo foi o de aposentados (39,24%), o que se relaciona diretamente com a média de faixa etária de 53,35 ($\pm 0,08$) anos, e também com uma das principais características da doença, que tem como um de seus fatores de risco o prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento da população (7).

Esse fator explica também a diferença da idade dos grupos, sendo representativa na população jovem a ausência de queixas relacionadas à saúde em geral. O mesmo ocorre para o tempo de trabalho na função, com pacientes trabalhando em média há 20,31 (11,91) anos e os saudáveis há 9,93 (10,01) anos.

Devido ao grande número de pacientes afastados ou aposentados, trabalhou-se com todos os quadros diagnosticados que atendessem os critérios de inclusão do estudo.

Com isso, foi alcançado o grupo de 51 indivíduos submetidos à radioterapia, porém com variados diagnósticos e quadros clínicos que podem relacionar diferentes complicações decorrentes do diagnóstico e protocolos de tratamentos.

Seguindo a tendência da população brasileira (6), observou-se predomínio de protocolos de tratamento de próstata para homens (23,53%) e de mama para mulheres (45,10%). Não foi possível a criação de grupos para cada quadro diagnóstico.

Com relação aos protocolos de tratamento, verificou-se que a maior parte dos protocolos de tratamento de radioterapia foi acompanhada de cirurgia e quimioterapia (33,33%) ou somente de cirurgia (27,45%).

A cirurgia oncológica atualmente ainda representa a principal modalidade de tratamento para as neoplasias malignas (30), porém nem sempre representa um aspecto incapacitante para a saúde. Ao longo da história sofreu modificações técnicas e de cuidados intensivos que permitem maior segurança. Além disso, com maior e melhor conhecimento da história da doença e seu prognóstico, a intervenção cirúrgica tornou-se menos radical e agressiva (30).

A quimioterapia, com os agentes antineoplásicos, age no metabolismo celular, nem sempre com especificidade, atingindo também a medula óssea e outras células germinativas. Por esse motivo, especialmente durante os ciclos de tratamento é possível observar efeitos indesejados, até 14 dias após a administração, como leucopenia, plaquetopenia, anemia, alopecia, estomatite, diarreia e oligospermia (30).

A piora da saúde do grupo de paciente relacionada à administração de quimioterápicos não foi critério para alteração dos escores de avaliação devido ao tempo transcorrido desde o término do tratamento até a coleta dos dados, que foi em média de 288,63 (143,45) dias.

O elevado índice obtido na Escala de Karnofsky, com média de 94,31 (8,06), e a maioria dos pacientes apresentando escore 100 (62,75%), é explicado pelo fato que valores entre 100 e 90 indicam que os indivíduos não apresentam sintomas ou os sintomas são mínimos. Escores 89 e 70 demonstram que o paciente é sintomático, porém com capacidade de comparecimento ambulatorial para tratamento (30). Ressalta-se que os valores obtidos indicam a média observada, porém a prática clínica utiliza apenas escores decimais na avaliação do estado de saúde (ex.: 70, 80, 90 ou 100).

Esses escores indicam também que o indivíduo pode ter capacidade física preservada para outras atividades como o trabalho. Pontuações abaixo de 69 indicariam pacientes com capacidade prejudicada, restritos ao leito e até mesmo dependentes de cuidados constantes (30).

Quanto ao resultado da avaliação do desempenho no trabalho, os dois grupos estudados apresentaram maiores escores para a demanda social. Já o pior desempenho foi observado para a demanda física no grupo de pacientes e de produção para os saudáveis. Não houve diferença significativa dos escores do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho entre os indivíduos classificados segundo os protocolos de tratamento.

Para esta última comparação, foram excluídos os pacientes submetidos a radioterapia e hormonioterapia por ser um grupo com pequeno número de sujeitos.

Os elevados escores relacionados à demanda social no Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, assim como para os escores de qualidade de vida analisados por meio do instrumento WHOQOL-Abreviado, podem estar associados ao desempenho do papel dos indivíduos na família, no trabalho e, conseqüentemente, na sociedade (47-48). A intervenção sistematizada de profissionais da saúde no suporte psicossocial ao trabalho de pacientes oncológicos e a integração entre os médicos envolvidos no tratamento e nos aspectos ocupacionais podem favorecer o retorno às atividades de trabalho (51).

O tempo para retorno parcial ou total às atividades de trabalho depende não somente do tipo de câncer, mas também dos fatores ocupacionais relacionados às atividades de cada indivíduo (52).

O menor escore apresentado pelos pacientes foi observado para a demanda física ($86,35 \pm 15,78$), o que pode ser explicado por alterações funcionais decorrentes das

intervenções cirúrgicas anteriores ou por limitações decorrentes do quadro clínico específico.

Estudo realizado por Braithwaite et. al. (53) demonstrou que cerca de 39% das mulheres com diagnóstico e tratamento para câncer de mama apresentaram alguma limitação funcional, decorrente de processos inflamatórios ou funções reduzidas de órgãos e sistemas. A avaliação dessas limitações pode ser importante fator na avaliação clínica e também na promoção de melhor qualidade de vida dessas pacientes.

Outros estudos indicaram a persistência de limitações físicas em sobreviventes de câncer ocorridos na infância, dificultado o desempenho em atividades diárias e esportivas. Os relatos estão relacionados a tratamentos envolvendo especialmente radioterapia, para neoplasias ósseas, de sistema nervoso central e retinoblastoma (54).

Resultados de estudos indicaram que mulheres com diagnóstico e tratamento de neoplasias de mama apresentam melhor desempenho físico que aquelas com diagnóstico de neoplasia pulmonar. Outras co-morbidades crônicas e sintomas depressivos podem influenciar diretamente a performance física (55).

Na avaliação da Capacidade de Trabalho com o instrumento ICT, a apresentação da maioria dos indivíduos com categorização de capacidade moderada (37,7%) ou alta (47,06%) corresponde à expectativa, uma vez que foram entrevistados somente indivíduos com atividades de trabalho superiores a 20 horas semanais e que, na avaliação oncológica, demonstraram serem assintomáticos ou com sintomas leves (KPS 80-100).

Com relação à avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho para indivíduos com diagnóstico de neoplasia que mantêm as atividades laborais após à radioterapia, observou-se elevados valores de

consistência interna na análise do instrumento total e de cada sub-escala. O Coeficiente alfa de Cronbach total obteve um valor de 0,93, o que indica alta precisão de medida.

Na avaliação da consistência interna de cada questão em relação à sua sub-escala, observou-se maior precisão para a demanda de plano de trabalho (0,93) e menor para a demanda física (0,77). As demais sub-escalas apresentaram valores entre 0,78 e 0,93. Todos os resultados apresentam-se dentro de valores satisfatórios de avaliação (38-41).

Durante o procedimento de adaptação cultural do mesmo instrumento para a população canadense, para distúrbios osteomusculares, observou-se menor valor de precisão para a demanda social (0,66), porém com alfa de Cronbach maior de 0,80 para as demais sub-escalas (26).

Recentemente o mesmo instrumento foi avaliado e validado para a população trabalhadora geral para a versão holandesa, obtendo coeficiente alfa de Cronbach calculado entre 0,91 e 0,96 (56).

O WL-26, questionário que deu origem ao WRFQ, obteve, durante seu processo de validação para portadores de doenças e lesões ocupacionais nos Estados Unidos, valores de alfa de Cronbach entre 0,88 e 0,92, porém apenas quatro sub-escalas foram avaliadas (39).

A validade de constructo por meio da abordagem de grupos conhecidos indicou diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,05$) nas demandas de produção, mental e social, havendo escores mais elevados em todas essas demandas para o grupo de pacientes. Os escores de plano de trabalho, de demanda física e total do instrumento não apresentaram diferença significativa.

Escores mais elevados nessas demandas para os pacientes submetidos à radioterapia surpreendem e ainda não são encontradas explicações na literatura para o fato. Os estudos sobre o retorno ao trabalho em sobreviventes do câncer são escassos e recentes.

Regis e Simões (57) expõem que mulheres submetidas a tratamento para câncer de mama muitas vezes experimentam mudanças nos comportamentos e modos de enfrentamento da doença e da vida, o que leva à busca por viver de forma produtiva e saudável, com iniciativas de retorno ao trabalho, atividades sociais, proximidade da família e envolvimento com crenças religiosas.

Alguns autores citam ainda que os trabalhadores com diagnóstico de câncer têm maior intervenção multidisciplinar para favorecer o retorno ao trabalho que a população em geral (58).

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

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

Roelen et. al (52) demonstram que pacientes que apresentam câncer de mama, gastrointestinal ou de pulmão retornam mais tardiamente às suas funções quando comparados àqueles com diagnósticos que envolvem a pele, que praticamente não têm alterações funcionais. O mesmo autor indica que na Finlândia, pacientes com câncer de pulmão, seguidos daqueles que apresentam Leucemia e Linfoma Não-Hodgkin,

apresentam menores taxas de empregabilidade que em outros países. Dados semelhantes não estão disponíveis para a população brasileira.

Durante a avaliação da validade de constructo por meio da abordagem convergente pela comparação com a escala de Karnofsky (KPS), a correlação encontrada apenas entre a demanda física e a escala é explicada pelo fato desta última referir-se a sintomas e sinais clínicos que remetem a desempenho físico. Não há menção a aspectos sociais, mentais ou atividades de trabalho (30). A correlação encontrada entre o escore total do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho e a KPS sugere uma possibilidade de avaliação global dos pacientes com diagnóstico de neoplasia também por esse novo instrumento.

Na comparação com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) encontrou-se correlação com todas as demandas e com o escore total do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, o que assegura fidedignidade na avaliação do desempenho do trabalhador, de acordo com a avaliação da validade de constructo por meio da abordagem convergente.

Quando agrupados segundo a categorização do ICT, os indivíduos apresentaram diferenças na demanda de produção e para o escore total do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho. Isso é mais evidente entre aqueles categorizados em capacidade moderada e ótima.

A possibilidade de avaliação detalhada e com maior precisão da saúde do trabalhador, que recebeu o diagnóstico e foi submetido ao tratamento para neoplasias, pode favorecer o retorno ao trabalho, considerando aspectos econômicos, de produtividade e das relações interpessoais e sociais.

Porém o desemprego após a realização do tratamento também tem sido relatado. Durante o estudo um sujeito relatou demissão após o retorno e outro referiu relato da

empresa de que será demitido após completar seis meses de retorno, pois indivíduos com diagnóstico de câncer “não interessariam à empresa”. Ainda segundo relato, a espera de seis meses seria para descaracterizar aspectos judiciais da legislação trabalhista.

O desemprego após a doença é relatado na literatura e tem relação com o contexto de absenteísmo, sendo totalmente dependente das políticas de seguridade social de cada país (59). Há o relato de o trabalhador com câncer ter uma chance 1,4 maior que aquele com outra doença de permanecer desempregado (58).

Na comparação com os domínios físico, psicológico e social por meio da aplicação do WHOQOL-Abreviado, encontrou-se correlação com os domínios físico, psicológico e social do WRFQ-Br na avaliação da validade de constructo, com diferentes magnitudes entre os itens avaliados. Foi verificada correlação com a medida de qualidade de vida relacionada à saúde, o que fortalece o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho como fidedigno para avaliação desses aspectos.

O WHOQOL-Abreviado já foi utilizado para avaliação de grupos com diferentes diagnósticos de câncer, com resultados confiáveis nestas populações. Mulheres submetidas à radioterapia no tratamento de câncer ginecológico, acompanhadas longitudinalmente, apresentaram a dor como aspecto que influenciou negativamente os domínios físico, psicológico e social (60).

Estudo envolvendo o mesmo instrumento demonstrou que mulheres com diagnóstico de câncer de mama apresentam piores índices de qualidade de vida que aquelas consideradas saudáveis (61).

Com a realização de novas etapas de avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho para trabalhadores submetidos à radioterapia, sugere-se a utilização do mesmo para melhor avaliação das condições de saúde dos trabalhadores, das reais necessidades de afastamentos parciais

ou totais, das adaptações necessárias para adequação do ambiente de trabalho e a implementação de programas efetivos de reabilitação e promoção da saúde do trabalhador.

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

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

Esse acompanhamento pode também gerar informações para investigação das taxas de manutenção e afastamento das atividades laborais em decorrência de neoplasias malignas, dados estes que não estão disponíveis atualmente.

CONCLUSÃO

6

6. CONCLUSÃO

Os resultados do estudo confirmam que os procedimentos para avaliação das propriedades psicométricas do instrumento Work Role Functioning Questionnaire foram realizados de acordo com as recomendações da literatura internacional.

O instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,93 quando analisado integralmente, o que indica alta precisão de medida da consistência interna. Na avaliação da consistência interna de cada questão em relação à sua sub-escala, observaram-se valores entre 0,77 e 0,93.

Na avaliação da validade de constructo por meio da abordagem dos grupos conhecidos, houve diferença significativa nos itens que avaliam demandas de produção, mental e social ($p < 0,05$). Não houve diferença significativa nas demandas física e social. A hipótese levantada e citada em algumas publicações é de que o trabalhador com diagnóstico de câncer recebe maior suporte multidisciplinar para o retorno ao trabalho. Questiona-se ainda se parte dessa população pode não diferir da população geral em alguns aspectos da avaliação em saúde.

Na avaliação da validade de constructo por meio de abordagem convergente, observou-se que o escore total do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho apresentou relação com os índices da Escala de Karnofsky, o que pode sugerir uma nova ferramenta para avaliação dos trabalhadores com câncer, mas a partir de agora considerando aspectos globais dos indivíduos, e não apenas sintomas físicos.

Houve relação com todos os aspectos abordados pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e com os domínios físico, psicológico e social do WHOQOL-Abreviado, com diferentes magnitudes, reforçando a fidedignidade do Questionário de Avaliação do

Desempenho no Trabalho para avaliação de aspectos funcionais do trabalho e da qualidade de vida dos indivíduos.

Assim, a versão brasileira do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho demonstrou bons resultados na avaliação das suas propriedades psicométricas, sendo considerada confiável para utilização na população brasileira de trabalhadores com diagnóstico de câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dall TM, Gallo P, Koenig L, Gu Q, Ruiz D. Modeling the indirect economic implications of musculoskeletal disorders and treatment. *Cost Eff Resour Alloc.* 2013; 11(5). Published online 2013 March 15. doi: 10.1186/1478-7547-11-5.
2. DiBonaventura MC, Gupta S, McDonald M, Sadosky A, Pettitt D, Silverman S. Impact of self-rated osteoarthritis severity in an employed population: Cross-sectional analysis of data from the national health and wellness survey. *Health Qual Life Outcomes.* 2012; 10(30). Published online 2012 March 15. doi: 10.1186/1477-7525-10-30.
3. Steiner JF, Nowels CT, Main DS. Returning to work after cancer: quantitative studies and prototypical narratives. *Psychooncology.* 2010; 19(2): 115-24.
4. Amick BC, Lerner D, Rogers WH, Rooney T, Katz J. A review of health-related work outcome measures and their uses, and recommended measures. *Spine.* 2000; 25(24): 3152-60.
5. Feuerstein M. Introduction: The world challenge of work disability. *J Occup Rehabil.* 2005; 15(4): 451-2.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2007.
7. A situação do Câncer no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. - Rio de Janeiro: INCA, 2006.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Informações de Saúde TABNET. Acesso em 02/02/2013. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>

9. Sonobe HM, Buetto LS, Zago MMF. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(2): 342-8.
10. Feuerstein M. Defining cancer survivorship. *J Cancer Surviv*. 2007; 1: 5–7.
11. Hoffmen B. Cancer survivors at work: A generation of progress. *Cancer J Clin*. 2005; 55: 271-80.
12. Yabroff R, Lawrence WF, Clauser S, Davis WW, Brwon ML. Burden of illness in cancer survivors: Findings from a population-based national sample. 2004; 96(17): 1322-30.
13. Feuerstein M, Hansen JA, Calvio LC, Johnson L, Ronquillo JG. Work productivity in brain tumor survivors. *J Occup Environ Med*. 2007; 49(7): 803-11.
14. Hansen JA, Feuerstein M, Calvio LC, Olsen CH. Breast cancer survivors at work. *J Occup Environ Med*. 2008; 50(7): 777,84.
15. Tevaarwerk AJ, Lee JW, Sesto ME, Buhr KA, Cleeland CS, Manola J, et. al. Employment outcomes among survivors of common cancers: the symptom outcomes and practice patterns (SOAPP) study. *J Cancer Surviv*. 2013.
16. Perez CA. Perspectivas futuras em radioterapia (para o século XXI). In: Salvajoli JV, Souhami L, Faria SL. *Radioterapia em oncologia*. 1999. Editora Medsi. Cap 3, p. 1933.
17. Fernandes NS, Reis MFL, Martins R. Sintomas cutâneos em radioterapia. In Saltz E, Juver J. *Cuidados paliativos em oncologia*. 2008. Editora Senac Rio. P. 133-9.
18. Polowski CA. Princípios da radioterapia. In: Simões JC, Gama RR, Winheski MR. *Câncer estadiamento e tratamento*. 2008; São Paulo: Lemar
19. Sawada NO, Dias AM, Zago MMF. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2006; 52(4): 323-329.

20. Marx RG, Bombardier C, Hogg-Johnson S, Wright JG. Clinimetric and psychometric strategies for development of a health measurement scale. *J Clin Epidemiol.* 1999; 52(2): 105-11.
21. Selby-Harrington ML, Mehta SM, Jutsum V, Riportella-Muller R, Quade D. Reporting of instrument validity and reliability in selected clinical nursing journals. *J Prof Nurs.* 1994; 10(1): 47-56.
22. Olivo AS, Macedo LG, Gadotti IC, Fuentes J, Stanton T, Magee DJ. Scales to assess quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther.* 2008; 88(2): 156-75.
23. Gallasch CH, Alexandre NMC, Amick III BC. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Work Role Functioning Questionnaire to Brazilian Portuguese. *J Occup Rehabil.* 2007; 17: 701-711.
24. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 1995. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 488p.
25. Hébert F. *Les indicateurs de lésions em santé et sécurité au travail: analyses par secteur d'activité économique em 1991.* Montreal: Institut de recherche Robert-Sauvé em santé et sécurité au travail, 1996.
26. Durand MJ, Vachon B, Hong QN, Imbeau D, Amick III BC, Loisel P. The cross-cultural adaptation of the work role functioning questionnaire in canadian french. *Int J Rehab.* 2004; 27(4): 261-68.
27. Lermer D, Amick III BC, Lee JC, Rooney T, Rogers WH, Chang H, et al. Relationship of employee-reported work limitations to work productivity. *Med Care.* 2003; 41(5): 649-59.

28. Amick III BC, Habeck RV, Ossmann J, Fossel AH, Keller R, Katz JN. Predictors of successful work role functioning after carpal Tunnel release surgery. *J Occup Environ Med.* 2004; 46(5): 490-500.
29. Durand MJ, Vachon B, Loisel P, Imbeau D, Vézina N. Reliability and validity of the Canadian French adaptation of the Work Role Functioning Questionnaire. In *Fifth International Scientific Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders; Abstract Book, v. II, p. 405, 2004.*
30. Simões JC. Princípios do estadiamento em oncologia. In: Simões JC, Gama RR, Winheski MR. *Câncer estadiamento e tratamento.* 2008; São Paulo: Lemar.
31. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica.* 2000; 34(2): 178-83.
32. Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 525-32.
33. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajatinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EdUFSCar; 2005. 59p.
34. Chronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
35. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais. 3ª ed. Edusp: FAPESP; 2004.
36. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

37. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research. 3 ed. Philadelphia: Saunders; 1997.
38. Dempsey PA, Dempsey AD. Using nursing research: process, critical evaluation and utilization. Lippincott; 2000.
39. Amick III BC, Lerner D, Rogers WH, Rooney T, Katz JN. A review of health-related work outcome measures and their uses, and recommended measures. Spine 2000; 25(24): 3152-60.
40. Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978.
41. Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. Revista Brasileira de Gestão de Negócios. 2006; 8(20).
42. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWN, Konl DL, Dekker J. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. J Clin Epidemiol. 2007; 60(1): 34-42.
43. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de Bioestatística, Ed. Thomson, São Paulo; 2004.
44. Siegel S, Castellan N J. Non parametric statistics for the behavioural sciences. MacGraw Hill Int., New York; 1988.
45. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.
46. Groeneveld I, de Boer AGEM, Frings-Dresen MHW. A multidisciplinary intervention to facilitate return to work in cancer patients: intervention protocol and design of a feasibility study. BMJ Open. 2012; 2: 1-7.
47. Mendes AMB. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de B. Dejours. Psicologia ciência e profissão. 1995; 34-38.

48. Inada JF. Felicidade e mal-estar na civilização. Revista digital AdVerbum. 2011; 6(1): 74-88.
49. Brasil, Previdência social. Acesso em 02/02/2013. Disponível em <http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=21>
50. Rick O, Kalusche EM, Dauelsberg T, König V, Korsukéwitz C, Seifart U. Reintegrating cancer patients into the workplace. Dtsch Arztebl Int. 2012; 109(42): 102-8.
51. Tamminga SJ, de Boer AGEM, Bos MMEM, Fons G, Kitzen JJEM, Plaisier PW, et. al. A Hospital-based work support intervention to enhance the return to work of cancer patients: a process evaluation. J Occup Rehabil. 2012; 22: 565-78.
52. Roelen CAM, Koopmans PC, Schellart AJM, van der Beek AJ. Resuming work after cancer: a prospective study of occupational register data. J Occup Rehabil. 2011; 21:431-40.
53. Braithwaite D, Satariano WA, Sternfeld B, Hiatt RA, Ganz PA, Kerlikowske K, et. al. Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer. J Caan JNCI. 2010; 102(19): 1468-77.
54. Ruegg CS, Michel G, Wengenroth L, von der Wied NX, Bergstraesser E, Kuehni CE. Physical performance limitations in adolescent and adult survivors of childhood cancer and their siblings. PLoS One. 2012; 7(10): e47944. doi: 10.1371/journal.pone.0047944.
55. Doorenbos A, Given B, Given C, Verbitsky N. Physical functioning: effect of behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer. Nurs Res. 2006; 55(3): 161-71.
56. Abma FI, van der Klink, Bültmann U. The work role functioning questionnaire 2.0 (Dutch version): examination of its reliability, validity and responsiveness in the general working population. J Occup Rehabil. 2013; 23(1):135-47.

57. Regis MF, Simões MFS. Diagnósticos de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Rev Eletron Enferm.* 2005; 7(1): 81-6.
58. de Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, Fings-Dresen MHW, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2011;(2):pub2. Art. No.: CD007569
59. Roelen CAM, Koopmans PC, Groothoff JW, van der Klink JJJ, Bültmann U. Return to work after cancer diagnosed in 2002, 2005 and 2008. *J Occup Rehabil.* 2011; 21: 335-41.
60. Vaz AF, Conde DM, Costa-Paiva L, Morais SS, Esteves SB, Pinto-Neto AM. Quality of life and adverse events after radiotherapy in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 284(6): 1523-31.
61. Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AAL. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(10): 453-8.

ANEXOS

8

Autorização para coleta de dados



Departamento de Enfermagem

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
Cx. Postal: 6111 - CEP: 13081-970 - Campinas - SP - Brasil
Fone: (019) 3521.8823 - Fone/fax: 3521.8822 - E-mail: pgenf@fcm.unicamp.br

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"
Dezembro de 2009

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Sergio C. B. Esteves
Centro Diagmed de Radioterapia

Prezado senhor,

Vimos por meio desta, solicitar sua autorização para a realização, nesta instituição, da coleta de dados definitiva do estudo "**Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho em trabalhadores portadores de neoplasia em radioterapia**", a partir de janeiro de 2010.

Este estudo, realizado pela orientanda Cristiane Helena Gallasch, aluna Regular do Curso de Pós-Graduação – Doutorado em Ciências da Saúde – do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e pela orientadora Prof.^a Dr.^a Neusa Maria Costa Alexandre, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, tem como objetivo principal avaliar as qualidades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, incluindo confiabilidade, validade e responsividade, em trabalhadores portadores de neoplasia, em radioterapia, que mantêm suas atividades laborais, usuários dos serviços desta instituição.

Gostaríamos de lembrar que este instrumento foi validado para a população brasileira com Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) com bons resultados em sua avaliação psicométrica, de acordo com o estudo:

Gallasch CH, Alexandre NMC, Amick III BC. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Work Role Functioning Questionnaire to Brazilian Portuguese. J Occup Rehabil. 2007; 17: 701-711.

Informamos que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP em 24/11/2009, sob protocolo 1104/2009.

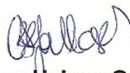
Este estudo está vinculado ao grupo de pesquisa: “Grupo de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ergonomia” – CNPq.

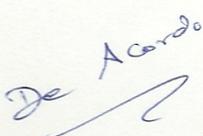
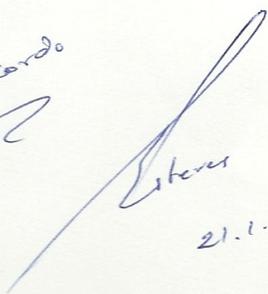
Segue em anexo uma cópia do projeto que será apresentado à banca examinadora da etapa de qualificação, exigida pelo Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Neusa Maria Costa Alexandre
Orientadora
e-mail: neusalex@fcm.unicamp.br
F: (19) 3521 8844


Cristiane Helena Gallasch
Orientanda
e-mail: cristiane_gallasch@yahoo.com.br
F: (19) 88124201



21.1.10

Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (WRFQ-Br)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO TRABALHO (WRFQ)

SEU TRABALHO E SUA SAÚDE

Estas questões pedem que você avalie a quantidade de tempo durante as **últimas duas semanas** em que você teve dificuldade para executar certas tarefas no trabalho.

Marque com um X o quadrado “Não se aplica ao meu trabalho” somente se a questão descreve alguma coisa que não é parte do seu trabalho.

Nas **últimas duas semanas**, por quanto tempo seus problemas físicos ou emocionais tornaram difícil fazer o seguinte?

Lembre-se que estas questões são relacionadas ao seu trabalho e sua saúde.

	O tempo todo (100%)	A maior parte do tempo	Metade do tempo (50%)	A menor parte do tempo	Nenhum momento (0%)	Não se aplica ao meu trabalho
01. Dificuldade para trabalhar o número de horas requeridas	<input type="checkbox"/>					
02. Dificuldade para começar o dia de trabalho	<input type="checkbox"/>					
03. Dificuldade para iniciar minhas tarefas assim que eu chego ao trabalho	<input type="checkbox"/>					
04. Dificuldade para realizar meu trabalho sem ter que parar para ter intervalos ou descansos	<input type="checkbox"/>					
05. Dificuldade para cumprir uma rotina ou um cronograma	<input type="checkbox"/>					
06. Dificuldade para lidar com a sobrecarga de trabalho	<input type="checkbox"/>					
07. Dificuldade para trabalhar rápido o suficiente	<input type="checkbox"/>					
08. Dificuldade para terminar o trabalho no horário	<input type="checkbox"/>					
09. Dificuldade para fazer o meu trabalho sem cometer erros	<input type="checkbox"/>					
10. Dificuldade para satisfazer as pessoas que avaliam meu trabalho	<input type="checkbox"/>					
11. Dificuldade para sentir-me realizado no trabalho	<input type="checkbox"/>					
12. Dificuldade para sentir que tenho feito o que sou capaz de fazer	<input type="checkbox"/>					

	O tempo todo (100%)	A maior parte do tempo	Metade do tempo (50%)	A menor parte do tempo	Nenhum momento (0%)	Não se aplica ao meu trabalho
13. Dificuldade para caminhar ou me movimentar em diferentes locais de trabalho (por exemplo, ir a reuniões)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
14. Dificuldade para erguer, carregar ou mover objetos que pesam mais de 4,5kg no trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade para sentar, ficar em pé ou ficar em uma mesma posição por mais de 15 minutos enquanto trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
16. Dificuldade para repetir os mesmos movimentos enquanto trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
17. Dificuldade para curvar-me, torcer-me ou esticar-me enquanto trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
18. Dificuldade para usar instrumentos ou equipamentos manuais (por exemplo, um telefone, caneta, teclado, mouse de computador, furadeira, secador de cabelos ou lixadeira)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
19. Dificuldade para manter meu pensamento no meu trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
20. Dificuldade para pensar de forma lógica enquanto trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
21. Dificuldade para realizar o trabalho cuidadosamente	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
22. Dificuldade para concentrar-me no trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
23. Dificuldade para trabalhar sem perder o fio de pensamento	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
24. Dificuldade para ler ou usar os olhos com facilidade enquanto trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade para falar com pessoas individualmente, em reuniões ou por telefone	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
26. Dificuldade para controlar meu temperamento com pessoas enquanto trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade para ajudar outras pessoas a concluir o trabalho	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/>

WHOQOL - Abreviado

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)

Índice de capacidade para o trabalho

1 – Suponha que sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos.

Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria a sua capacidade de trabalho atual.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estou incapaz para o trabalho									Estou em minha melhor capacidade para o trabalho	

2 – Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo).

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

3 – Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Moderada	Boa	Muito boa

4- Na sua opinião quais das lesões por acidente ou doenças citadas abaixo você possui **ATUALMENTE**. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico.

Caso não tenha nenhuma doença, deixa em branco a questões e todos os seus sub-itens.

	Minha Opinião	Diagnóstico Médico
• Lesões nas costas.		
• Lesões nos braços/mãos		
• Lesões nas pernas/pés		

• Lesões em outras partes do corpo. Onde? _____ Que tipo de lesão? _____		
• Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.		
• Doença da parte inferior das costas com dores frequentes.		
• Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática).		
• Doença músculo-esquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes.		
• Artrite reumatoide.		
• Outra doença músculo esquelética. Qual? _____		
• Hipertensão arterial (pressão alta).		
• Doença coronariana, dor no peito durante o exercício (angina pectoris).		
• Infarto do miocárdio, trombose coronariana.		
• Insuficiência cardíaca.		
• Outra doença cardiovascular. Qual? _____		
• Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda).		
• Bronquite crônica.		
• Sinusite crônica.		
• Asma.		
• Enfisema.		
• Tuberculose pulmonar.		
• Outra doença respiratória. Qual? _____		
• Distúrbio emocional severo (ex. depressão severa).		
• Distúrbio emocional leve (ex. depressão leve, tensão, ansiedade, insônia).		
• Problema ou diminuição da audição.		
• Doença ou lesão da visão (não assinalar se apenas usa óculos e/ou lente de contato de grau).		
• Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou "derrame", neuralgia, enxaqueca, epilepsia).		
• Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____		
• Pedras ou doença da vesícula biliar.		
• Doença do pâncreas ou do fígado.		
• Úlcera gástrica ou duodenal.		
• Gastrite ou irritação duodenal.		
• Colite ou irritação duodenal.		
• Outra doença digestiva. Qual? _____		
• Infecção das vias urinárias.		
• Diarreia.		
• Constipação.		
• Gases.		
• Doenças dos rins.		
• Doenças nos genitais e aparelho reprodutor (p. ex. problema nas trompas ou na próstata).		
• Outra doença geniturinária. Qual? _____		
• Alergia, eczema.		
• Outra erupção. Qual? _____		
• Outra doença da pele Qual? _____		
• Tumor benigno.		
• Tumor maligno (Câncer). Onde? _____		
• Obesidade.		
• Diabetes.		

• Varizes.		
• Colesterol alto.		
• Bócio ou outra doença da tireoide.		
• Outra doença endócrina ou metabólica. Qual? _____		
• Anemia.		
• Outra doença do sangue. Qual? _____		
• Defeito de nascimento. Qual? _____		
• Outro problema ou doença. Qual? _____		

4.a – Não tenho nenhum dos problemas de saúde listados acima.

5 – Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Você pode marcar mas de uma resposta nesta pergunta).

1 – Na minha opinião **estou totalmente incapacitado** para trabalhar.

2 – Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial.

3 – **Frequentemente** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.

4 – **Algumas vezes** preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho.

5 – Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas.

6 – Não há impedimento / Eu não tenho doenças.

6 – Quantos DIAS INTEIROS você esteve fora do trabalho devido a problemas de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos 12 meses?

1	2	3	4	5
De 100 a 365 dias	De 25 a 99 dias	De 10 a 24 dias	Até 9 dias	Nenhum

7 – Considerando sua saúde, você acha que será capaz de DAQUI A 2 ANOS fazer seu trabalho atual?

1	4	7
É improvável	Não estou muito certo	Bastante provável

8 – Você tem conseguindo apreciar (se sentir satisfeito com) suas atividades diárias?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

9 – Você tem sentido ativo e alerta?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

10 – Você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Continuamente

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – realização do estudo**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**www.fem.unicamp.br/pesquisa/etica/index.htmlCEP, 24/11/09.
(Grupo III)**PARECER CEP:** Nº 1104/2009 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 4840.0.000.146-09**I - IDENTIFICAÇÃO:****PROJETO: “PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO TRABALHO EM TRABALHADORES PORTADORES DE NEOPLASIA EM RADIOTERAPIA”.**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cristiane Helena Gallasch

INSTITUIÇÃO: Centro Diamed de Radioterapia

APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/11/2009

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 24/11/10 (O formulário encontra-se no *site* acima)**II - OBJETIVOS**

Avaliar as qualidades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho (QADT), incluindo confiabilidade, validade e responsividade, em trabalhadores portadores de neoplasias, em radioterapia, que mantém suas atividades laborais.

III - SUMÁRIO

Estudo prospectivo que tem por objetivo testar um instrumento de pesquisa: QADT, em termos de confiabilidade, validade e responsividade. Participarão do estudo 100 trabalhadores portadores de neoplasia em radioterapia, em tratamento em um serviço ambulatorial privado de radioterapia. Serão avaliados através de três questionários: QADT (27 questões), WHOQOL-bref (26 questões), SF-36 (uma questão) que serão preenchidos no primeiro, terceiro e último dia da radioterapia e no retorno após alta (2 meses).

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Projeto relevante apresenta introdução teórica, objetivos, orçamento e critérios de inclusão e exclusão adequados. Creio que deveria se levar em conta o local do tumor e a possibilidade dos efeitos colaterais que poderão ocorrer, se a aplicação dos questionários será antes ou depois da radioterapia. O tempo que tem o diagnóstico (se diagnosticado recentemente) e a presença de transtorno depressivo deveriam ser considerados nos critérios de exclusão, pois podem interferir nos resultados do teste. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado conforme resolução CNS 196/96 e suas complementares.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e



atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

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.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII – DATA DA REUNIÃO

Homologado na XI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de novembro de 2009.

Profa. Dra. *Carmen* Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Alterações metodológicas



CEP, 17/01/12.
(PARECER CEP: N° 1104/2009)

**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO TRABALHO EM TRABALHADORES PORTADORES DE NEOPLASIA EM RADIOTERAPIA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cristiane Helena Gallasch

II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a emenda que altera os objetivos para: “Avaliar a qualidades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho, em trabalhadores com diagnóstico de neoplasias, que realizaram em radioterapia, e mantêm ou retomaram às suas atividades laboratoriais após o tratamento”, a nova metodologia que envolve indivíduos com diagnóstico de neoplasia e indivíduos saudáveis e os novos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, 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 I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de janeiro de 2012.

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

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – Utilização de banco de dados



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa/comite-de-etica-em-pesquisa>

CEP, 22/01/13.
(PARECER CEP: N° 1104/2009)

PARECER

I – IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO TRABALHO EM TRABALHADORES PORTADORES DE NEOPLASIA EM RADIOTERAPIA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Cristiane Helena Gallasch

II – PARECER DO CEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprova a utilização parcial do banco de dados do estudo “ADAPTAÇÃO CULTURAL DO INSTRUMENTO “THE WORK ROLE FUNCTIONING QUESTIONNAIRE””, 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 I Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de janeiro de 2013.

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

APÊNDICES

9

Ficha de caracterização clínica

IDENTIFICAÇÃO

Nº Registro _____

Prontuário: _____

1. Idade _____
2. Sexo: Masculino Feminino
3. Diagnóstico: _____
4. Tratamento Proposto (Qt/Rt): _____

5. Data da coleta: _____ Data última Rt: _____
6. Karnofsky na coleta: _____
7. Escolaridade
Fundamental Incompleto
Fundamental Completo
Médio Incompleto
Médio Completo
Superior Incompleto
Superior Completo
Pós-Graduação
8. Profissão / atividade de trabalho / função _____
9. Carga horária de trabalho (semanal) _____ horas
10. Tempo de trabalho nessa função _____
11. Queixas (sintomas) relacionados à saúde: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse texto consiste em uma autorização para coleta de dados sobre dados referentes à sua saúde e seu rendimento no ambiente de trabalho. Os dados coletados serão utilizados na pesquisa “Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho em trabalhadores portadores de neoplasia em radioterapia”.

O objetivo deste estudo é avaliar as qualidades psicométricas do Questionário de Avaliação do Desempenho no trabalho em trabalhadores com diagnóstico de neoplasias, que realizaram radioterapia, e mantêm ou retornaram às suas atividades laborais após o tratamento.

Os questionários utilizados permitem avaliar se sintomas físicos ou outras dificuldades, atrapalham o seu dia-a-dia e as execuções de suas funções no trabalho. Com as informações coletadas, será validado o Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho para pacientes com diagnóstico de câncer, uma vez que o mesmo já foi validado para brasileiros com sintomas osteomusculares, em 2007. Com estes resultados, espera-se uma melhor avaliação dos riscos a que os trabalhadores estão expostos, possibilitando melhorias nas condições de trabalho, mesmo durante ou após a realização da radioterapia.

A pesquisadora desse projeto é Cristiane Helena Gallasch, aluna do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem - Doutorado, da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e tem como orientadora a Professora Associada do Departamento de Enfermagem Dr.^a Neusa Maria Costa Alexandre.

O desenvolvimento do projeto não lhe apresentará riscos previsíveis, ônus ou alterações em seu trabalho ou tratamento. Além disso, fica assegurado o direito de recusar-se a participar da pesquisa, ou retirar-se da mesma em qualquer momento.

Você deverá preencher três questionários (Questionário de Avaliação do Desempenho no Trabalho – 27 questões; WHOQOL-ABREVIADO – 26 questões; e ICT – Índice de Capacidade para o Trabalho).

Eu, _____, estou respondendo de forma voluntária e espontânea os presentes questionários, que têm como objetivo avaliar meu desempenho no trabalho, e prováveis sintomas osteomusculares.

Declaro que estou ciente do propósito do estudo e que os dados coletados poderão ser divulgados em eventos científicos, mas que terei garantido o sigilo de minha identificação pessoal.

Campinas, ____ de _____ de 2012.

Assinatura

Pesquisadora: Cristiane Helena Gallasch.

Assinatura: _____.

Telefone para contato: (19) 88124201.

O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, cujo telefone é (19) 3788-8936.