

Regresso ao posto de trabalho após patologia oncológica

 www.rpso.pt/regresso-ao-trabalho-apos-patologia-oncologica/

10 de março de 2016

TIPO DE ARTIGO: Resumo de trabalho divulgado noutra contexto

AUTORES: Santos M.(1) Almeida A.(2)

INTRODUÇÃO

Uma vez que a população mundial apresenta uma longevidade maior, mais elevado é também o número de diagnósticos oncológicos, sendo que parte destes indivíduos ainda se encontra em idade ativa e pode desejar e/ou necessitar de regressar ao trabalho. Para além disso, dado o acesso mais facilitado a exames auxiliares de diagnóstico e por se efetuarem diagnósticos mais precoces (além das terapêuticas serem cada vez mais eficazes), a sobrevida também tem vindo a aumentar. As campanhas específicas para determinado exame, no sentido de se fazer o diagnóstico mais precoce possível, também surtem efeito, sobretudo quando o exame não é invasivo. Para além disso, a evolução no diagnóstico e terapêutica permitem também que mais indivíduos consigam manter ou regressar ao trabalho mais rapidamente. Assim, alguns cancros são agora encarados como doenças crónicas, uma vez que a situação pode estabilizar por longos períodos e/ou ficar razoavelmente controlada com o tratamento.

CONTEÚDO

Sobrevida

Estima-se que um terço dos indivíduos terá cancro ao longo da sua vida e que 40% dos indivíduos atingidos não irão falecer por essa doença; aliás, o número de pacientes oncológicos que morreu por outra patologia duplicou nas últimas duas décadas.

A sobrevida global para todos os cancros é de 50% aos cinco anos. Na Europa, especificamente, passou de 44% em 1989 para 50% em 1998; contudo, superior nos países do norte, face aos do leste. As sobrevidas maiores geralmente estão associadas ao cancro da próstata, colo-retal e mama; em situação oposta destaca-se o do pulmão.

Quimioterapia

Pacientes que realizam quimioterapia apresentam geralmente mais limitações globais a nível de desempenho laboral e regressam ao trabalho mais tarde, não só pela maior taxa e gravidade de complicações, mas também pelo estágio mais avançado do cancro.

Consequências divulgadas na literatura em relação à quimioterapia (e sobretudo a longo prazo) são as alterações cognitivas, depressão, insônia, astenia, obstipação, polineuropatia periférica, alterações hormonais (como a menopausa precoce), alopecia (perda de cabelo), alterações cutâneas e a disfunção cardíaca. A curto prazo destacam-se ainda a náusea, vômito e dor- esta última atenua-se à medida que o tempo passa, mesmo sem analgesia; apenas num número restrito de indivíduos ela pode se tornar crônica.

Os sobreviventes de doenças oncológicas, com alguma frequência referem limitações na capacidade de se concentrarem, aprenderem dados novos e/ou analisarem informação; cerca de 35% terão tais alterações a longo prazo e são caracterizadas por incidir na linguagem, memória verbal/ não verbal e atenção. A autopercepção destas limitações pode diminuir a confiança do indivíduo para regressar ao trabalho e/ou assumir outras tarefas; aliás, muitos tentam esconder estas limitações das chefias e dos colegas, pelo que, assim, nunca poderão receber qualquer apoio.

Radioterapia

A existência desta terapêutica também diminui significativamente o regresso ao trabalho, quer pelas consequências diretas da radioterapia, quer pela gravidade implícita da doença associada.

Apesar dos efeitos da radioterapia variarem com a área anatómica atingida, poderão genericamente surgir alterações intestinais (náusea, diarreia, urgência/ incontinência fecais, distensão e desconforto abdominais); bem como dor, neuropatia, outros cancros, diminuição da mobilidade, fibrose e linfedema. Durante as sessões pode ocorrer desconforto local. A dor numa fase posterior justifica-se pela diminuição da circulação sanguínea na área irrigada, o que origina lesões nervosas, fibrose, estenose e até necrose (nas situações mais graves). Ainda assim, varia com o tipo e volume de tecido atingido, dose e função orgânica local prévia.

Astenia

A astenia pode ser definida como sendo a sensação subjetiva, ansiogénica e persistente de cansaço/ exaustão, não proporcional à atividade física desenvolvida e que tem capacidade para interferir negativamente com o quotidiano. A fisiopatologia não é conhecida com rigor; para além disso poderá existir interação com anemia, doença cardíaca, sedentarismo/ má aptidão cardiovascular, manuseamento de cargas elevadas, imunossupressão, alterações metabólicas (como hipotireoidismo), perturbações do sono (como apneia, síndrome das pernas inquietas, narcolepsia e insônia), ansiedade, depressão, dor e fármacos (como hipnóticos, narcóticos e betabloqueadores); bem como alterações nutricionais, infeções, cirurgia, radio e/ou quimioterapia.

Alguns autores acreditam que este é o sintoma mais frequentemente mencionado neste contexto e o mais perturbador (na generalidade dos casos), uma vez que pode impedir o regresso ao trabalho e ao cumprimento das responsabilidades familiares. Para além disso, este sintoma é o mais incompreendido pelos familiares e amigos, logo, o menos gerador de apoio. A prevalência da astenia entre os que não regressaram ao trabalho é superior; por outro lado, esta poderá ser mais intensa com o regresso precoce ao trabalho.

Estima-se que cerca de 40% dos pacientes oncológicos apresentem astenia, por vezes, mantida por anos; mas, na maioria dos casos, o sintoma atenua-se com o tempo. Alguns autores acreditam que a astenia é mais intensa nos pacientes mais jovens; contudo, tal poderá estar enviesado com a gravidade da doença e/ou a agressividade terapêutica; para além disso, os mais jovens terão provavelmente mais papéis e solicitações sociais (como filhos pequenos) e laborais- ou seja, a perceção de fadiga é medida por experiências prévias e expectativas; daí que esta possa ser melhor tolerada em idades mais avançadas. A terapêutica exige que o indivíduo entenda o sintoma; este deverá também ser ajudado a definir prioridades (delegando as outras tarefas) e a estabelecer objetivos plausíveis, de forma a se congratular com o que consegue fazer em vez de se sentir frustrado com o oposto. A terapia em grupo pode ajudar bastante, na medida em que o paciente se sente muito apoiado e motivado por quem partilha ou partilhou experiências equivalentes. Quando é prestada informação acerca do que o indivíduo pode esperar acerca da astenia, respetiva terapêutica e evolução, este terá expectativas mais realistas e melhor capacidade de *coping*. A terapêutica não farmacológica inclui a psicoterapia, exercício e a terapia do sono. O exercício aumentará a capacidade cardiovascular, diminuindo o cansaço; aliás, dentro da abordagem não farmacológica, é a que apresenta maior evidência, quer durante, quer após o tratamento; dentro do exercício, considera-se que o aeróbico será mais eficaz.

A nível de perturbações do sono, geralmente é mais usual a perda de qualidade e não de quantidade (devido às sestras diurnas, ansiedade, depressão e fármacos). A abordagem destas alterações faz-se por medidas de higiene do sono como horário fixo para deitar e levantar; evicção de cafeína e de exercício antes de deitar (mas sim noutras alturas do dia, para este último); quarto escuro, calmo, confortável; realização de atividade tranquilas antes de deitar e restrição das sestras prolongadas. Alguns indivíduos também de sentem ajudados por técnicas respiratórias, massagem e yoga. Contudo, apesar de a insónia ser mais frequente, também pode ocorrer a hipersónia. Ainda assim, a astenia também pode ser encarada como mecanismo de defesa, na medida em que reduz o gasto de energia e obriga o indivíduo a selecionar prioridades.

Dor

No momento do tratamento, o indivíduo pode experimentar dor relacionada com os exames de diagnóstico e/ou com a própria terapêutica (agulhas, dispositivos endovenosos, cânulas/ drenos, radio/ quimioterapia) e/ou pode sentir a dor pós-operatória (secundária ao dano tecidual). Aliás, a perceção da dor pode estar alterada devido a danos desde os recetores periféricos, até à espinal medula e sistema nervoso

central. Para além disso, quanto mais intensa e prolongada a dor, maior a probabilidade de surgirem ansiedade e/ou depressão. A síndrome da dor crónica pode existir meses após o término do tratamento e acredita-se que pode ocorrer em cerca de um terço dos sobreviventes oncológicos.

Dor no caso específico de cirurgia a cancro mamário, pode ocorrer em até 65% dos casos. A maioria destes indivíduos apresenta algias na parede torácica, mama, cicatriz, braço e/ou ombro; um quarto refere também dor “fantasma” na mama amputada. Esta é geralmente descrita como queimor, com ou sem prurido intenso no tórax, braço e axila; acredita-se que a etiologia desta se relaciona com o dano nas estruturas nervosas, com ou sem formação de neuroma. Para além disso, podem também coexistir parestesias. A incidência desta dor é maior em indivíduos mais jovens, ansiosos, quando ocorre dano no nervo intercostal ou quando se realiza radio e/ou quimioterapia. A colocação de prótese mamária pós-mastetomia também pode levar a dor crónica.

A dor “fantasma” global, após amputação, tem uma incidência muito variável entre estudos. Acredita-se que sete anos após a cirurgia, cerca de 50% mantenha a dor (queimor, caibra ou em esmagamento; contínua ou intermitente); em alguns casos está mesmo classificada como muito intensa. A algia no tóco cirúrgico pode estar relacionada com o desenvolvimento de neuromas ou esporões ósseos, bem como infeção aguda ou alterações cutâneas. Esta dor é mais prevalente em indivíduos com dor pré-operatória intensa, idade mais avançada e um estilo de *coping* passivo ou com tendência à “dramatização” dos eventos de vida, ansiedade e depressão; bem como no sexo feminino, próteses mal ajustadas e amputações mais proximais.

Alguns indivíduos podem interpretar que a dor pós-tratamento significa recorrência oncológica, pelo que poderão desenvolver/ potenciar estados de ansiedade e/ou depressão; para além disso, a própria síndrome de dor crónica altera a qualidade e quantidade de sono, o que também afeta a astenia e o humor.

Outras limitações

25% dos pacientes oncológicos permanecem com limitações ou outros problemas de saúde, associados não só à doença, mas também aos tratamentos agressivos (como dificuldades sexuais, incontinências urinária e fecal, diminuição da força), que poderão surgir apenas meses depois e persistir por muitos anos, ou até para sempre. Por vezes, quando as chefias e colegas não percebem que tal possa acontecer, o apoio ao funcionário oncológico poderá diminuir com o tempo, dificultando ainda mais o seu desempenho laboral e/ou, por vezes, levando até a discriminação do mesmo. Assim, estas limitações podem potenciar os problemas económicos, o isolamento social e a diminuição da autoestima.

Algumas cirurgias podem aumentar a probabilidade de surgir diminuição da mobilidade ou linfedema (nos membros superiores), no caso de cancro mamário, por exemplo. Condições essas que certamente diminuirão a capacidade de manusear cargas e/ou

efetuar outros esforços.

Existem cânceros que causam limitações muito específicas, como é o caso do colón; nas situações em que se cria uma ostomia (abertura cutânea para o intestino, vedada por um dispositivo de plástico), o indivíduo terá de aprender a gerir a emissão de gases e fezes o que, a nível laboral, poderá ser ainda mais complicado e *stressante* que em casa, sobretudo com tarefas exigentes fisicamente (como a mobilização de cargas).

Regresso ao trabalho

A profissão pode definir a identidade, autoestima e função social do indivíduo, contribuindo também, obviamente, para a estabilidade económica do mesmo. Um cancro (e tratamento) podem comprometer seriamente a capacidade laboral, além de gerar despesas extra (sobretudo em países com sistemas de saúde mais privatizados)- aliás tal pode constituir a motivação mais importante para regressar ao trabalho. Por isso, a incapacidade profissional gerará ainda mais ansiedade e ausência de apoio social que obteria, caso frequentasse normalmente o ambiente de trabalho.

Ainda assim, globalmente, estima-se que cerca de metade a 75% dos indivíduos regresse ao trabalho. O desejo de voltar pode ter então uma motivação económica (quer pelo vencimento mensal, quer pela manutenção do acesso aos cuidados médicos, em países com sistemas de saúde mais privatizados e/ou dominados pelas Seguradoras) e/ou pela qualidade de vida, ou seja, distrair-se da doença e ter a sensação que a vida está a normalizar. Contudo, também está descrito que alguns indivíduos reestruturam as suas prioridades, passando a dar mais importância à família e outras relações sociais, versus trabalho, sobretudo quando têm maior estabilidade económica.

Em empresas de maior dimensão o regresso ao trabalho costuma ser mais precoce, eventualmente devido a uma maior variabilidade de tarefas. A equipa de Saúde Ocupacional deverá providenciar informação (ao trabalhador, colegas, chefias e empregador) acerca das alterações expeáveis, reajustar as tarefas e desenvolver outras capacidades, ou seja, orientar vocacionalmente. O apoio dos colegas e das chefias também influencia a adaptação no regresso. Ter de lidar com dificuldades laborais em função da doença e tratamento irá piorar a saúde física e emocional do indivíduo. Para além disso, os empregadores e os serviços de Saúde Ocupacional geralmente não mantêm o contato com o funcionário doente, pelo que este pode se sentir melindrado e inseguro, ao regressar; quanto maior é o tempo de ausência laboral, mais importante é o contato da empresa com o funcionário.

Existem vários fatores que interferem com a decisão de regressar ou não ao trabalho, nomeadamente o estágio da doença, tipo de tratamento, síndrome depressiva, astenia, tipo de trabalho e a noção de autoeficácia (ou seja, acreditar que vai ser capaz de desempenhar as suas tarefas). São também importantes a atitude do empregador e a legislação nacional acerca do tema. Por outro lado, alguns receiam trocar de

empregador, pois caso a condição médica piore, estarão num local onde pouco o conhecem e mais facilmente poderá ser considerado como preguiçoso e pouco motivado para trabalhar, em vez de seriamente doente.

Condições assinaladas na literatura como facilitadores do regresso ao trabalho são nível educacional superior, ausência de cirurgia, inexistência de interrupção do trabalho, poucos sintomas, sexo masculino, continuidade dos cuidados de saúde, apoio de colegas/ chefias/ serviços ocupacionais e flexibilidade no horário. Em situação oposta são mencionadas a terapêutica endócrina, cirurgia invasiva, tumor em estágio avançado, quimio e/ou radioterapia, alguns tipos de cancro (como hepático, brônquico, hematológico, do sistema nervoso central, aparelho digestivo, pancreático, pescoço e cânceros ginecológicos), comorbilidades, astenia e limitações nos membros superiores; bem como idade avançada, sexo feminino, menor nível educacional e trabalhos fisicamente mais exigentes, estado civil de casado, pouco apoio de colegas/ chefias, ausência de mais prolongada do trabalho e/ou pertencer a minorias étnicas. Alguns autores consideram que o regresso ao trabalho pode ser menos provável nos indivíduos casados porque, em princípio, o cônjuge pode conseguir assumir a totalidade das despesas, dando mais liberdade para o regresso mais tardio ou até para a decisão de não-regresso.

Para além disso, para se manterem profissionalmente ativos, muitos alteraram tarefas, trocaram de posto/ empresa e/ou diminuíram o número de horas de trabalho. Contudo, ser impedido de regressar às mesmas tarefas pode diminuir bastante a autoestima, autoimagem e a qualidade de vida, contribuindo para o isolamento social. Quanto maior for a rigidez do empregador para adaptar as tarefas, menor é a probabilidade que o funcionário consiga regressar.

Não esquecer, contudo, que o nível educacional tem correlação com o tipo de trabalho executado, ou seja, geralmente quanto mais elevado, menos exigente fisicamente. Para além disso, funcionários de colarinho azul podem com mais probabilidade ter um posto que não consideram interessante e no qual são menos valorizados profissionalmente, logo, poderão ter menos motivação para regressar.

Estigmatização

Alguns indivíduos podem achar embaraçoso ter cânceros ginecológicos, dado recearem conotações sexuais depreciativas (como promiscuidade) e/ou por pudor em falar como se sentem e quais as áreas anatómicas atingidas e/ou intervencionadas. Para além disso, alguns diagnósticos (e sobretudo alguns tratamentos) podem ser desfigurantes, tanto a nível íntimo, como em áreas percecionadas por qualquer pessoa que contate com o trabalhador.

Alterações emocionais

Ocorrem com alguma frequência alterações do humor, nomeadamente depressão, anedonia (perda da capacidade de sentir qualquer prazer) e diminuição da motivação; alterações essas que poderão contribuir para diminuir a capacidade de concentração e memorização. Muito frequentemente estes indivíduos sentem-se inúteis, face à autoperceção da diminuição da capacidade de trabalho. Alguns estudos quantificaram a síndrome depressiva como sendo cerca de doze vezes mais prevalente (em comparação com a população geral).

A interação negativa que o diagnóstico e a terapêutica oncológica podem ter com o sentido/ objetivo de viver, pode potenciar alguns sintomas (como a astenia, por exemplo); bem como o inverso, ou seja, se o indivíduo conseguir achar que todo o processo serviu para que ele se tornasse mais forte e que passasse a valorizar mais o que realmente importa, o seu *coping* será muito superior e existirá uma menor perturbação causada pela semiologia.

Desemprego

Os sobreviventes de diagnósticos oncológicos têm 1,4 maior probabilidade de ficarem desempregados (face à população geral); ainda assim variável com a idade, tipo de cancro, terapêutica, nível educacional (mais desemprego com níveis mais baixos) e profissão (cargas físicas mais elevadas, ou seja, nos profissionais de “colarinho azul”). Indivíduos mais idosos também terão maior probabilidade de ficarem desempregados.

CONCLUSÕES

Parte dos trabalhadores sujeitos a diagnóstico e tratamento oncológicos fica com condicionamentos laborais que podem impedir ou dificultar o regresso ao posto de trabalho, sobretudo se não existir uma equipa de Saúde Ocupacional e um Empregador com receptividade para orientar a situação. Seria também interessante conhecer melhor a realidade portuguesa neste contexto.

BIBLIOGRAFIA

Santos M; Almeida A. Regresso laboral após diagnóstico e terapêutica oncológicos- parte I. Revista Segurança. 2015. 227.

Santos M; Almeida A. Regresso laboral após diagnóstico e terapêutica oncológicos- parte II. Revista Segurança. 2015. 228.

(1)Santos M.: Licenciada em Medicina; Especialista em Medicina Geral e Familiar; Mestre em Ciências do Desporto; Especialista em Medicina do Trabalho; Presentemente a exercer nas empresas Medicisforma, Clinae, Servinecra e Serviço Intermédico; Diretora Clínica da empresa Quercia; Diretora da Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line

(2)Almeida A.: Mestre em Enfermagem Avançada; Especialista em Enfermagem Comunitária; Pós-graduado em Supervisão Clínica e em Sistemas de Informação em Enfermagem; Docente na Escola

de Enfermagem, Instituto da Ciências da Saúde- Porto da Universidade Católica Portuguesa; Diretor Adjunto da Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line

Santos M. Almeida A., Regresso ao posto de trabalho após patologia oncológica. 2016, volume 1, S131-S136. DOI:10.31252/RPSO.10.03.2016