

O trabalho como mediador de saúde: Análise de caso de paciente portador de neoplasia maligna em atividade¹

Work as a mediator of health: Case analysis of a patient with active malignancy

Trabajo como un mediador de la salud: Reporte de un caso de un paciente con cáncer activo

Monica Palermo de Souza Barbosa¹, Katia Torres Batista²

Resumo

Introdução: O trabalho é um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, de continuidade e da história do sujeito. A dinâmica das relações sujeito-organização do trabalho poderá ocupar um lugar significativo no processo de reapropriação e participação na luta contra a doença e na construção social.

Objetivo: Investigar se o trabalho é uma variável que contribuiu para a melhora da qualidade de vida de doença em trabalhador portador de neoplasia maligna. Métodos: Realizou-se pesquisa qualitativa por meio de relato de caso de entrevista individual com duração de 30 minutos, realizada no ambiente de trabalho hospitalar, tendo como foco a história de vida do sujeito da pesquisa durante o desempenho de suas atividades de trabalho. Revisão narrativa da literatura. Aprovação do

CEP/APS. Resultados: Estudo de caso de mulher de 37, anos, casada, dois filhos, contratada em Hospital de reabilitação, não fumante. Iniciou propedêutica devida história de dor torácica ao nível do oitavo arco costal à direita associada à tosse cujo diagnóstico histopatológico revelou adenocarcinoma de pulmão com metástases pulmonares e linfonodais. Após a confirmação diagnóstica, foi encaminhada para avaliação médica pericial. Foi definido pelo médico oncologista assistente como tratamento a quimioterapia. Ante ao processo crônico do tratamento retornou ao trabalho, com restrições. A descrição do caso levantou como principal hipótese a importância do trabalho como mediador de saúde em paciente com câncer em tratamento. Conclusão: O retorno ao trabalho, segundo a análise do caso estudado, teve dupla importância, a social e a econômica. Ademais, retornar ao ambiente de trabalho reforçou a consciência do valor humano, não somente como peça de produção, mas também como ser dotado de valores

¹ Médica do Trabalho do Hospital Sarah Brasília. E-mail: katiatb@terra.com.br

² Médica Cirurgia Plástica do Hospital Sarah Brasília, Mestre em Bioética. E-mail: 102220@sarah.br

sociais, mentais, culturais e espirituais.

Descritores: câncer de pulmão; retorno

Abstract

Introduction: The work is a sense of building space and therefore achievement of identity, continuity and history of the subject. The dynamics of the subject-organization of labor relations can occupy a significant place in the process of re-appropriation and participation in the fight against the disease and the social construction.

Objective: To investigate whether the job is a variable that contributed to the improvement of health quality of life in a patient worker of malignancy.

Methods: A qualitative research through individual interviews lasting 30 minutes performed in the hospital work environment, focusing on the life story of the research subject during the performance of their work activities.

Narrative review. Approval of the CEP / APS. **Results:** Women Case Study of 37 years, married, two children, engaged in rehabilitation Hospital, non-smoking. Started workup due history of chest pain at the level of the eighth rib on the right associated with cough with histopathological diagnosis of lung adenocarcinoma with lung and lymph node metastases. After diagnostic confirmation was sent to expert medical

ao trabalho; retorno ao trabalho e câncer;

evaluation and receipt of sickness benefit. Was defined as treatment oncologist assistant chemotherapy. Compared to the chronic treatment process returned to work to work with restrictions. The description of the case raised as main hypothesis the importance of working as health mediator. **Conclusion:** The return to work, according to the analysis of the case study, had two dimensions to social and economic. Moreover, return to the work environment reinforces the importance of awareness of human value, not only as part of production, but also as being endowed with social, mental, cultural and spiritual values.

Key words: lung cancer; return to work; return to work and cancer

Resumen

El trabajo es una sensación de espacio del edificio, por lo que el logro de la identidad, la continuidad y la historia del sujeto. La dinámica de la materia-organización de las relaciones laborales pueden ocupar un lugar importante en el proceso de re-apropiación y participación en la lucha contra la enfermedad y la construcción social. **Objetivo:** Investigar si el trabajo es una variable que contribuyó a la mejora de

la calidad de la salud de la vida en un trabajador paciente de malignidad. Métodos: Una investigación cualitativa mediante entrevistas individuales que duran 30 minutos realizadas en el entorno de trabajo en el hospital, centrándose en la historia de la vida del sujeto de investigación durante el desempeño de sus actividades laborales. Revisión narrativa. Aprobación de la CEP / APS. Resultados: Estudio de caso de la mujer de 37 años, casado, dos hijos, que participan en la rehabilitación del Hospital, para no fumadores. Iniciado por la historia estudio diagnóstico de dolor en el pecho en el nivel de la octava costilla a la derecha asociada con tos con diagnóstico patológico de carcinoma de pulmón con el pulmón y las metástasis de ganglios linfáticos. Después de la confirmación diagnóstica fue enviado a evaluación

Introdução

Em 1700, Bernardino Ramazzini, considerado o “pai” da Medicina do Trabalho, centrou seu critério na forma de abordar o paciente trabalhador, enfatizando que, durante a anamnese, no interrogatório, o médico deveria questionar qual era sua atividade no trabalho e como a exercia¹. Desde então, o trabalho tem sido visto como um agravo à saúde

médica especializada y la recepción de la prestación por enfermedad. Se definió como la quimioterapia ayudante. En comparación con el proceso de tratamiento crónico vuelto a trabajar para trabajar con restricciones. La descripción del caso planteado como hipótesis principal la importancia de trabajar como mediador de la salud. Conclusión: La vuelta al trabajo, de acuerdo con el análisis del estudio de caso, tuvo dos dimensiones con el desarrollo social y económico. Además, el retorno al ambiente de trabajo refuerza la importancia de la conciencia del valor humano, no sólo como parte de la producción, sino también como seres dotados de valores sociales, mentales, culturales y espirituales. **Palabras clave:** cáncer de pulmón; volver al trabajo; volver al trabajo y el cáncer

dos trabalhadores², sendo listadas diversas condições de risco de naturezas diversas¹. Por sua vez, outros autores como Dejours & Abdoucheli consideram que o trabalho é um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista da identidade, de continuidade e de historização do sujeito².

A Constituição Federal brasileira assegura aos portadores de

câncer direitos especiais⁵. A aposentadoria por invalidez é concedida ao paciente portador de câncer desde que sua incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela Previdência Social⁶ e, por muito tempo, ao se ter um diagnóstico de neoplasia maligna, a aposentadoria já era concedida.

O prognóstico do câncer tem mudado ao longo dos anos. Antes era visto como uma única patologia; hoje é reconhecida como um grupo de doenças, ora previsíveis e preveníveis, curáveis, crônicas, ora fatais. Concebe-se que, em alguns anos, o câncer poderá acompanhar o indivíduo por um longo período, desde que precocemente detectado e adequadamente assistido. Tal mudança é resultado de inúmeros fatores, especialmente, da evolução tecnológica. Contudo, é importante saber que cresce o número de casos da doença em todo o mundo. Isso, porque o câncer é multifatorial e está associado ao estilo de vida que, cada vez mais, compromete o bem-estar e a longevidade. A cada ano, quase 500 mil novos casos da doença são diagnosticados no país, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca)⁶. Logo é necessário rever o conceito de neoplasia maligna como sinônimo de

invalidez para o trabalho.

Na maioria das pesquisas sobre as relações entre câncer e o trabalho, analisam-se o papel do trabalho como fator causal do câncer, os índices globais de funcionamento ocupacional, se os empregados podem trabalhar depois da doença e do tratamento e se os empregadores contratam pessoas portadoras dessa doença^{7,8}. Para muitos profissionais, a capacidade de retornar ao trabalho, independentemente da sua satisfação com a vida profissional após o tratamento, tornou-se um índice de saúde mental e qualidade de vida. A hipótese para essa visão é que se o paciente estiver atuando em suas atividades diárias e de trabalho, ele ou ela deve estar funcionando bem, tanto profissional quanto psicologicamente. Embora a capacidade de trabalho e a discriminação nesse ambiente revelem importantes informações sobre o funcionamento ocupacional, não necessariamente captam o impacto total da experiência da pessoa com câncer e da sua relação com a doença e da sua vida no trabalho. Por isso são necessárias ferramentas da pesquisa qualitativa que possibilitem avaliar as nuances da readaptação funcional. Tal readaptação tem dupla dimensão: social e econômica. Reintegrar o

indivíduo no mercado de trabalho e na vida da comunidade implica ter consciência do valor da pessoa, não somente como mera peça de produção, mas também “como ser dotado de valores sociais, mentais, culturais e espirituais, que o fazem senhor do mundo e da vida”².

Este estudo teve como objetivo a análise de caso de médica portadora de adenocarcinoma de pulmão e a importância do retorno ao trabalho durante o tratamento.

Metodologia

Inicialmente, obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sarah Brasília. O método utilizado para revisão bibliográfica narrativa da literatura relacionada ao tema, utilizando as palavras-chave “trabalho e câncer” e “retorno ao trabalho”, que estavam indexados nas bases de dados Pubmed e BVS. Foram encontradas 36.504 publicações com o descritor câncer e trabalho na base de dados Pubmed no período de 10 anos com publicações em inglês, português e espanhol. Quando se procurou a expressão “retorno ao trabalho e câncer” foram identificadas 56 publicações na base Pubmed e 31 na BVS, procurou-se

focar nos estudos de revisões de literatura. Foi realizada breve revisão dos tipos de neoplasia maligna, tratamento, prognóstico e mortalidade, com o objetivo de comparar incidência/prevalência de mortalidade de neoplasias malignas com o caso estudado. Para cada artigo localizado, as referências citadas foram verificadas manualmente para se garantir o acesso às publicações sobre o tema.

Instrumento e procedimento de coleta dos dados

Realizou-se pesquisa qualitativa por meio de entrevista aberta individual, foram 53 entrevistas ao longo de seis anos, com duração de 30 minutos, realizada no ambiente de trabalho hospitalar, em intervalos menores ou maiores a depender das intercorrências clínicas ou alterações no esquema terapêutico. Essas entrevistas foram realizadas por três médicas do trabalho, tendo como foco a história de vida do sujeito da pesquisa durante o desempenho de suas atividades de trabalho.

Análise dos dados

Utilizaram-se para

interpretação do fenômeno o estudo de caso com abordagem observacional e interpretativa. Os dados foram analisados em categorias para possibilitar a síntese e a interpretação. Por meio da análise da narrativa procurou-se núcleos centrais no discurso da participante da pesquisa que possibilitaram a interpretação do pesquisador.

Situação do câncer de pulmão

O câncer de pulmão é o segundo câncer mais comum nos Estados Unidos e a causa mais comum de morte relacionada ao câncer¹²⁻¹⁵. É o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando, anualmente, aumento de 2% na sua incidência mundial. Em 90% dos casos diagnosticados estão associados ao consumo de derivados de tabaco. A taxa de sobrevivência global em cinco anos é de 15% para câncer de pulmão, mais da metade dos pacientes apresentam metástases no primeiro diagnóstico¹³. Pacientes em estágio precoce da doença têm um prognóstico melhor, pois a detecção precoce é extremamente importante¹². O estágio mais precoce diagnosticado de câncer de pulmão é em estágio IA, visto em 1/3 dos casos^{17,18}. Na

análise da incidência de casos novos, tanto no Brasil como nos Estados Unidos, o fato que chama a atenção é a crescente incidência nas mulheres. Em 1985, no Brasil, a proporção era de 3,7 homens para cada mulher acometida, já, em 2005, essa relação caiu para 2,4 homens para cada mulher¹².

O diagnóstico do câncer de pulmão pode ser por achados clínicos complementado por radiografia de tórax, tomografia computadorizada e broncoscopia com biópsia. Uma vez confirmado o diagnóstico, procura-se estagiar a doença e investigar metástases com exames de imagem, dosagens enzimáticas e ultrassonografia¹². O câncer de pulmão, do ponto de vista anatomopatológico, é classificado em dois tipos principais: o de pequenas células e o de não pequenas-células (85%) que corresponde a três tipos histológicos principais e distintos, o carcinoma epidermóide, adenocarcinoma e carcinoma de grandes células, ocorrendo em cerca de 75% dos pacientes diagnosticados com câncer de pulmão.

Independentemente do tipo celular ou subcelular, o tabagismo é o principal fator de risco do câncer

pulmonar, sendo responsável por 90% dos casos. Outros fatores relacionados são certos agentes químicos, fatores dietéticos, doença pulmonar obstrutiva crônica, fatores genéticos e história familiar de câncer de pulmão^{12,14}. Do ponto de vista terapêutico, existem três alternativas: (1) cirurgia, (2) radioterapia; e (3) a quimioterapia. Esses métodos podem ser associados para obter o melhor resultado. Os tumores restritos ao pulmão devem ser operados e removidos – estágios I e II, com chance de cura de até 75%¹².

O câncer de pulmão, tanto no Brasil quanto em outros países, é o de maior letalidade entre os homens, responsável por cerca de um terço das mortes por neoplasias. Entre as mulheres do nosso meio, o câncer de mama e do colo uterino são as principais causas de morte por câncer, sendo seguido pelo câncer de pulmão. Nos Estados Unidos, em decorrência da prevenção mais abrangente do câncer ginecológico, o câncer de pulmão já tomou o primeiro lugar em mortalidade, contabilizando 30% de todas as mortes por câncer em mulheres naquele país. A sobrevivência global para as mulheres é de 15,6% enquanto para os homens é de 12,4%.

¹⁶ Na década de 1990, vários estudos

americanos e canadenses de corte prospectivos, controlados, utilizando tecnologia das tomografias computadorizadas, demonstraram maior susceptibilidade de mulheres desenvolverem câncer de pulmão, sendo o risco relativo da ordem de uma e meia vez maior. A distribuição histológica nos casos femininos é diferente da dos homens, nestes predominando o tipo carcinoma espinocelular e nelas o adenocarcinoma. As mulheres fumantes têm mais adenocarcinoma que os homens fumantes. Os pacientes não fumantes têm, quase que invariavelmente, adenocarcinoma e são 2,5 vezes mais frequentes em mulheres. O subtipo de adenocarcinoma bronquíolo-alveolar, é de duas a quatro vezes mais frequente nas mulheres com câncer de pulmão particularmente entre as não fumantes¹⁶.

A concessão de benefício pelo INSS para pessoas com câncer

A legislação brasileira prevê tratamento diferenciado aos portadores de câncer. Para os que contribuem com o Regime Geral da Previdência Social (RGPS), é garantido o auxílio-doença, quando for confirmada a

incapacidade temporária para exercer as atividades da profissão. O doente fica afastado do trabalho pelo tempo que precisar, enquanto permanece recebendo o benefício. Se as sequelas provocadas pela doença forem um empecilho definitivo para o retorno ao trabalho e torná-lo inapto à reabilitação profissional promovida pelo INSS, a perícia solicitará a transformação do auxílio-doença em aposentadoria por invalidez. Ele fica dispensado da carência (exigência de contribuição por um tempo mínimo para obtenção do benefício) caso o câncer tenha surgido após a filiação à Previdência. E, enquanto estiver recebendo o benefício, o segurado não precisa contribuir com o RGPS.

A perícia médica do INSS tem a competência de avaliar o histórico ocupacional para aposentar o segurado ou afastá-lo temporariamente por doença, essa se baseia na avaliação do perito e nos laudos emitidos pelos médicos que acompanham o estado de saúde dos requerentes. A perícia pode ser feita nas Agências da Previdência Social, no hospital ou na casa do segurado, dependendo das suas limitações de locomoção. Se caso na avaliação pelo INSS o pedido seja indeferido, o segurado pode recorrer,

pela via administrativa, ao órgão previdenciário. O pedido de reconsideração será analisado pelo INSS, que marca nova perícia dentro de 30 dias. Se, mesmo assim, não conseguir obter o benefício, poderá recorrer à Junta de Recursos, sendo essa a última via administrativa, e à Vara Federal, em instância judicial.

A perícia médica é a avaliação necessária para a concessão ou indeferimento dos benefícios de auxílio-doença (previdenciário ou acidentário), auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez. O médico perito segue a legislação ao comprovar a existência ou não da incapacidade para o trabalho⁸. São características principais do atendimento médico-pericial: (1) a competência legal; (2) o atendimento compulsório; (3) a impossibilidade de escolha do profissional; (4) a inexistência da relação médico-paciente; e (5) a identificação do periciando. Na relação médico-perito/periciando, cabe ao periciando convencer o médico perito de que ele é portador de determinada condição e ainda que tal situação permita que ele, periciando seja enquadrado numa situação prevista na legislação que lhe dará direito a determinado benefício, a

legislação exige do perito uma comprovação de determinada situação e de que o perito, por força de sua atuação profissional, precisa estar convencido da verdade dos fatos apresentados⁹.

A perícia médica previdenciária tem como finalidade subsidiar a autoridade administrativa (INSS) com características constatáveis no requerente a benefícios assistenciais ou previdenciários (comuns ou acidentários) que lhe permitam reconhecer ou não direito a benefícios previstos em lei. No Brasil, a seguridade social inclui a Previdência, a Assistência Social e a Assistência à Saúde como seus três pilares⁵. A perícia médico-previdenciária está diretamente envolvida nos dois primeiros. Quase todos os benefícios pagos pela Previdência Social brasileira são compensações ao trabalhador como consequência de incapacidade de trabalho por idade, maternidade, reclusão, doença ou invalidez. O desafio mais prevalente no cotidiano dos médicos peritos previdenciários é estabelecer o direito a benefícios decorrentes de incapacidade para o trabalho por doença ou invalidez,

equivocadamente, chamados de auxílios-doença, porque o bem jurídico segurado pela Previdência é a capacidade laboral, não a saúde⁸.

Vale ressaltar que a definição de *incapacidade* constitui julgamento, uma vez que não existe como conceito *per si*, mas sempre relacionado a alguma habilidade e cabe ao perito verificar se o conceito se aplica ao caso que analisa, ou seja, transcende o diagnóstico principal e leva em conta outras comorbidades, aspectos sociais e crenças pessoais e ideológicas do próprio perito médico. Com esse pressuposto, incapacidade é um julgamento de valor, o que amplia a responsabilidade do perito médico previdenciário: além de constatar a doença, precisa avaliar as repercussões laborais e gerais desta para julgar se cabe o direito ao benefício. Dessa constatação, depreende-se que incapacidade é um conceito relativo⁷.

As pessoas que não são seguradas pela Previdência Social podem dar entrada no pedido de concessão do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e passar a receber mensalmente um salário-mínimo. O amparo assistencial é um benefício da Assistência Social integrante do Sistema Único da

Assistência Social – SUAS, cuja operacionalização (concessão e manutenção) é feita pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Para garantir o BPC, o doente precisa estar comprovadamente incapaz para o trabalho e para a vida independente e a renda *per capita* da família com a qual vive tem de ser inferior a um quarto do salário mínimo. A revisão dessas condições deveriam ser feitas a cada dois anos pelo conforme a legislação, mas depende da demanda e dos recursos humanos destinados a este fim.

A evolução tecnológica e o surgimento de novas abordagens terapêuticas e medicações mais avançadas têm permitido a cura de pacientes com câncer e com isso proporcionado o retorno ao trabalho após ou durante o tratamento, como exemplo, portadores de câncer de mama e próstata. Os trabalhadores depois de curados têm grande resistência para retornar ao trabalho, cabe ao médico perito da Previdência Social avaliar quanto a necessidade de manutenção ou não do benefício.

Apesar do avanço da medicina, ainda há grande estigma em relação ao câncer e diante de um diagnóstico de câncer, o trabalhador

vivencia sentimentos confusos e contraditórios, variando do medo, da angústia ao desespero que envolve toda a família e os amigos, consolidando estigmas e preconceitos sociais. Pode-se perceber que estamos vivendo um processo que faz parte de mudanças na cultura social, destacando-se o papel crescente da reabilitação. No Brasil a reabilitação tem sua história e evolução relacionadas com o surto de desenvolvimento industrial e o consequente aumento dos acidentes do trabalho daí decorrentes. Ao longo da evolução histórica, foram criados os Serviços de Reabilitação nos Hospitais, com características médico assistenciais e os Centros de Reabilitação Profissional da Previdência Social cuja missão principal é estimular o potencial laborativo residual dos trabalhadores segurados, reintegrando-os à sociedade^{1,2,8}.

A legislação brasileira é bastante ampla no que se refere à reabilitação. A habilitação e a reabilitação profissional e social deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado, parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios

para a (re) educação e de (re) adaptação profissional e social para participar de mercado de trabalho e do contexto em que vivem. Essa prestação é devida em caráter obrigatório aos segurados da Previdência social⁸. As normas legais determinam também que empresas com 100 (cem) ou mais empregados estão obrigadas a preencher de 2% (dois) a 5% (cinco) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas⁸. O Decreto 5.296 de 02 de dezembro de 2004²² estabeleceu normas gerais e critérios para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. As classificações constantes nesse decreto não contempla o trabalhador portador de câncer, em tratamento ou após a conclusão deste, que tenha restrições em suas atividades laborais. Os beneficiários reabilitados ou portadores de deficiência, habilitados ao trabalho, entretanto, as empresas diante destes profissionais não são estimuladas a terem em seus quadros tais profissionais, preferindo que a Previdência Social os aposente.

Relato do caso

Trata-se de uma mulher de 37, anos, casada, dois filhos menores, natural MG e residente em Brasília - DF, contratada pelo Hospital Sarah Brasília em 1994 para o cargo de anesthesiologista, não fumante. Iniciou propedêutica em 21/6/2004 devido história de dor torácica ao nível do oitavo arco costal à direita associada à tosse cujo diagnóstico histopatológico revelou adenocarcinoma de pulmão com metástases pulmonares e linfonodais. Após a confirmação diagnóstica, foi encaminhada ao INSS para avaliação médica pericial e recebimento do benefício auxílio-doença. Foi definido pelo médico oncologista assistente, como tratamento de escolha, apenas a quimioterapia, as chances de cura eram reduzidas. Segundo a participante do estudo, o objetivo era manter o quadro clínico atual enquanto fosse possível. A quimioterapia oral iniciou-se em 12 de julho 2004 com boa tolerância clínica e melhora das queixas respiratórias. Ante ao processo crônico do tratamento, discutiu-se a possibilidade de retorno ao trabalho, com restrições, devido bom estado geral, sem dispneia, dor e, após autorização da Instituição. A participante da pesquisa solicitou alta médica pericial da

Previdência Social em 11 de agosto de 2004. Foram cinquenta e dois dias de afastamento do trabalho desde a investigação diagnóstica até a alta médica pericial do INSS.

A rotina do profissional no hospital

A participante atuava como médica anesthesiologista há 10 anos na Instituição e trabalhava em escalas variáveis com duração de 40 (quarenta) horas semanais com realização de diversas atividades: ambulatório de revisão anestésica, visitas pré e pós-anestésicas em enfermarias, procedimentos anestésicos em diversos tipos de cirurgia (incluindo exposição a gases anestésicos e radiações ionizantes) como cirurgia ortopédica, cirurgia plástica, neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia urológica, atuação na sala de recuperação pós-anestésica, realização de procedimentos anestésicos no setor de Diagnóstico por Imagem, no setor de Neurofisiologia e no Laboratório de Urodinâmica e dois plantões noturnos mensais em unidade de terapia intensiva. As escalas incluíam atividades fixas, rodízio dos profissionais nos sobreavisos e encerramento das atividades do centro

cirúrgico e dos plantões mensais.

Devido aos equipamentos e medicações anestésicas de última geração, uso dos equipamentos de proteção coletiva e individual, a estrutura organizacional de rodízio de atividades interequipe fez com que a exposição aos agentes de risco físico (radiações ionizantes) e ao risco químico (gases anestésicos) estivesse bastante minimizada e, por atuar em Hospital de Reabilitação sem serviço de pronto-atendimento, apesar da exposição ao risco biológico estar presente. A equipe de anestesia era composta de vinte e um médicos, dos quais dez profissionais atuavam com a participante há dez anos, o que conferia um vínculo de amizade e cooperação que se estendia em situações fora do ambiente hospitalar. O local de trabalho era um hospital de reabilitação, caracterizado por visão humanista do processo de tratamento, compromisso com o processo criativo de aprendizagem e de situações facilitadoras para intensificar o potencial do paciente. Nesta perspectiva de reabilitação foi proposto o retorno ao trabalho com restrições, aprovada pela Diretoria do Hospital e abraçada pela participante.

Em razão do início do

tratamento, o desconhecimento das reações adversas e, principalmente o receio de se expor a um fator de risco ocupacional que pudesse piorar o seu quadro clínico, foi estabelecido o retorno ao trabalho realizando, inicialmente, atividades de pesquisa. Foi também estabelecida escala fixa, de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h, com duração de 20 (vinte) horas semanais, o que agradou muito a participante, pois, com essa escala, ela poderia ter contato maior com seus filhos menores e sua rotina passou a ser deixá-los no colégio, ir para o trabalho e ao término, buscá-los no colégio. Com o decorrer dos anos e a estabilização do quadro clínico, apesar das intercorrências e ausências durante a realização das quimioterapias, houve maior flexibilidade em relação às atividades da participante, o que a motivou ainda mais. Dessa forma, passou a atuar novamente na sala de recuperação pós-anestésica, realizar avaliações pré-anestésicas e pós-anestésicas nas enfermarias além da realização de procedimentos anestésicos com anestesia regional e/ou venosa total. Houve, apenas, restrição quanto à exposição a gases anestésicos e radiações ionizantes, participação na escala de sobreaviso e realização dos dois plantões noturnos

mensais. A equipe de anestesia contava com o apoio profissional dado pela participante, assim como ela percebia que complementava a equipe apesar das restrições.

Histórico dos atendimentos

A participante sempre foi acompanhada pela medicina do trabalho por causa da realização de exames médico ocupacionais periódicos. Depois do diagnóstico de câncer de pulmão, foram realizados cinquenta e três atendimentos pela medicina do trabalho registrados em prontuário, com avaliação de três médicas do trabalho. No período de 1º de junho de 2004 a 22 de janeiro de 2010, foram entregues oitenta e seis atestados e afastamento do trabalho com recebimento do benefício auxílio-doença pelo INSS nos períodos de 21 de junho 2004 a 11 de agosto de 2004 e de 17 de fevereiro de 2010 a 31 de março de 2010 seguindo-se a concessão do benefício pelo INSS – aposentadoria por invalidez. Houve outros atendimentos à época da realização de algum procedimento no Hospital e em Serviço externo.

Narrativas durante as entrevistas

As narrativas foram obtidas por meio de entrevistas abertas em sala de consultório médico. No início da doença, ela informou que desejou que *seu diagnóstico fosse algo curável*. Por causa do quadro inicial de tosse e dor torácica e imagem pulmonar, houve expectativa quanto à possibilidade de tuberculose pulmonar ou mesmo câncer de mama com metástase em pulmão até o diagnóstico final de adenocarcinoma de pulmão com múltiplas metástases pulmonares e linfonodais sem possibilidade de cirurgia e sem chance de cura com a quimioterapia, apenas manutenção do quadro atual. Durante essa fase de diagnóstico, a participante esteve afastada para exames e pareceres e teve dúvidas quanto ao início do tratamento. Relatou-nos que chegou a ser aconselhada por cirurgião torácico a desistir da quimioterapia, pois, teria de cerca de seis meses a um ano de sobrevida e que seria melhor vivê-lo com qualidade, porém, ela decidiu lutar e tentar viver o máximo de tempo possível com sua família relatando que *enquanto eu puder, vou fazer todo o tratamento possível, vai que acham a cura nesse período?*

No começo do tratamento quimioterápico, em vista da

possibilidade de queda de cabelo, a participante que tinha cabelos longos, optou por cortá-los à altura do ombro para fazer uma peruca com o próprio cabelo. Caso houvesse necessidade de usá-la, seria com seu próprio cabelo. O que só ocorreu na fase final da doença, e ela disse que teve de comprar uma peruca, pois: *“a peruca com seu próprio cabelo ficou horrorosa e as crianças é que brincavam com ela”*.

Ao longo das consultas, após retornar ao trabalho, fazia referências à necessidade de continuar trabalhando e relatava:

“dei muita sorte de estar trabalhando aqui e ter a oportunidade de ter a adaptação de atividade de trabalho, sem restrição do salário, além de contar com o apoio do plano de saúde na realização de tratamentos, principalmente, em procedimentos de alto custo”.

Por ocasião do afastamento pelo INSS, houve redução do salário da participante que era complementado, parcialmente, pelo plano de previdência privada do Hospital. Com o retorno ao trabalho, não houve nenhuma perda salarial, e a

participante valorizava essa oportunidade oferecida. Um dos fatores mais importante do retorno ao trabalho foi “*a sensação de que a vida continuava*”. Por ser uma pessoa ativa, dinâmica, dizia que: “*não consigo ficar em casa, sem fazer nada, inclusive sem a família, pois, as crianças estão na escola pela manhã e o marido trabalhando*” e ir para o trabalho, ocupava seu tempo com o que gostava de fazer, e seus filhos tinham a noção de que ela estava com um problema de saúde, mas, sem a dimensão do que realmente era. Dizia que:

“é tranquilo, deixar as crianças na escola de manhã e buscá-los ao término do período matutino, poder trabalhar nesse intervalo e ficar o período da tarde por conta deles, ajudá-los nas atividades escolares e participar de outras atividades deles”.

Observou-se, durante as suas avaliações e na realização de suas atividades de trabalho, que apesar da doença, ela não vivia para a doença. Vale ressaltar que contava com a

equipe de trabalho e sabia que cooperava com o trabalho, visto que não foram criadas atividades para serem desenvolvidas, ela fazia o habitual, a diferença era que tinha menor carga horária e restritas algumas atividades, mas tinha a percepção de pertencer ao grupo e afirmava que: “*Enquanto eu sentir que estou contribuindo para a equipe, eu continuo, na hora que eu perceber que estou ocupando o espaço de alguém, eu saio*”. Além disso, tinha bastante senso de humor, o que animava seus colegas com suas piadas e filosofia de vida, inclusive, referente à sua doença. Percebia que o seu trabalho contribuía para a equipe e comentava: “*não posso ficar muito tempo afastada porque sobrecarrega o povo. Tenho que voltar*”.

O que mais se vivenciava era o fato de não querer deixar para depois o que podia ser feito agora, pois, não sabia se teria a possibilidade de realizar e com isso celebrava cada aniversário dos seus filhos com uma enorme festa, adquiriu um carro, recentemente lançado no mercado, viajava com o marido, filhos, parentes e amigos, realizando as mesmas atividades que seu grupo de convivência fazia. Estava sempre

presente nas atividades sociais e todos ficavam admirados com sua energia que às vezes, chegavam até a duvidar de que era portadora de uma doença incurável enfrentando um tratamento tão doloroso e devastador como a quimioterapia, e ela afirmava: *“estou vivendo com qualidade de vida, dando uma parada quando faço a quimio, mas, depois sem qualquer problema”*. A participante demonstrava grande otimismo e não se entregava à doença, vencendo as dificuldades e usando sua inteligência para redirecionar a sua vida. A transitoriedade da vida foi vivenciada de perto, quando, em 2007, cerca de três anos após seu diagnóstico e tratamento, um colega médico, que lhe acompanhou em alguns momentos do tratamento, faleceu repentinamente, aos quarenta e cinco anos de idade, devido complicações pós-operatórias relacionadas a um procedimento simples e ela comentou: *“como é a vida, nunca imaginaríamos que ele tão saudável morresse tão jovem. Realmente, na vida nada é previsível”*.

Em maio de 2009, foi reavaliada pelo médico assistente sendo modificando o esquema de quimioterapia em razão do crescimento tumoral. Submeteu-se a quatro ciclos quimioterápicos, mas, o

tumor continuava crescendo além do aparecimento de alterações osteoblásticas na coluna dorsal e lombar, sendo modificado novamente o esquema quimioterápico e, após o primeiro ciclo em outubro de 2010, a participante apresentou queda de cabelo importante e a partir daí, passou a fazer uso de peruca. Dizia que era doloroso: *“as crianças passam a mão na minha cabeça e sai os tufo de cabelo...”*. Explicou: *“é muito estranho estar com essa peruca loira, vou passando pelos corredores, vejo meu reflexo no espelho e sinto como se estivesse nua...”* e, brincávamos, dizendo que *“mulher não envelhece, fica loira”*. Fora isso, tolerou bem o esquema quimioterápico: *“não tive dor muscular intensa, controlava apenas com naproxeno, não tive náuseas, vômitos, estou bem”*. Comentou que seu médico queria aposentá-la por invalidez e ela considerou: *“que ainda não era o momento, que não havia necessidade”*. Explicou que o trabalho lhe trazia grande prazer e, devido às adaptações feitas pela equipe, estava conseguindo conciliar as coisas, sendo reforçada a sua percepção de que o trabalho estava sendo positivo e ela disse:

“quando não estou trabalhando, fico bastante pessimista e implicante com pequenas coisinhas do dia a dia e quando estou trabalhando, me distraio, lido com outras pessoas, deixando a doença um pouco de lado”.

E, continuou, dentro do possível, mantendo sua vida social. Até janeiro de 2010, conviveu bem com o tratamento, as complicações, o crescimento e a regressão do tumor, principalmente, das metástases. Todavia quando surgiram as metástases cerebrais começou a ter convulsões. Iniciou uso de medicação anticonvulsivante, com alguns efeitos colaterais, mas, que eram vistos por ela como decorrentes do tratamento, sendo iniciado também ciclo de radioterapia concluído em fevereiro de 2010 e devido ao crescimento do tumor com comprometimento respiratório, foi afastada novamente do trabalho, sendo encaminhada ao INSS para recebimento de benefício, com relatório do médico assistente explicitando: “... possui uma enfermidade incurável e encontra-se em tratamento oncológico... Além disso, cursa com fadiga limitante

induzida pela quimioterapia e radioterapia para cérebro total. Em face do quadro atual, a paciente encontra-se impossibilitada de exercer plenamente suas atividades laborativas por tempo indeterminado” e ela referiu: *“meu afastamento será por pouco tempo, como foi da primeira vez e, logo, volto ao trabalho”.*

Com o surgimento de complicações posteriores, metástases em outros órgãos vitais e, piora do padrão respiratório, com a dificuldade de mobilização, houve necessidade de realização de perícia médica pericial domiciliar. Foi aposentada por invalidez a partir de março de 2010, com benefício pecuniário que abrangeu o pagamento de um cuidador, por causa da fadiga limitante dificultando até as mais simples atividades de vida diária. Houve piora clínica acentuada, apresentando esforço respiratório recebeu os cuidados paliativos e de conforto, vindo a falecer em 2010 após seis anos do início do tratamento.

Discussão

O propósito dos autores foi reconstruir a narrativa de uma médica anestesista de um Hospital público, portadora de câncer de pulmão ao

longo do seu tratamento e sobrevida e a sua relação com o trabalho. Discutiu-se a possibilidade de aplicação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 ou outros instrumentos de qualidade de vida. Todavia, as medidas disponíveis para avaliação genérica de saúde não foram capazes de demonstrar a interferência do comprometimento da saúde na realização das atividades em razão da intensidade com que ela, assim como outros portadores de câncer convivem.

Foi possível avaliar no relato do caso a incerteza, as dúvidas, a dor, o desfiguramento, a dependência, os efeitos da quimioterapia e da evolução da doença. Muitos doentes com câncer relatam também sensação de ser um “peso” para a família, o isolamento, as perdas, além de terem de suportar os efeitos colaterais dos tratamentos, as frequentes internações hospitalares, os altos gastos financeiros e as mudanças que atingem também suas famílias e, depois de tudo, a morte. Foi importante perceber no processo intersubjetivo entre o entrevistador e o entrevistado como estava o entrevistado inserido no trabalho, contribuindo para a percepção das situações vivenciadas pelo

entrevistado.

O estudo de caso realizado aponta para a concepção do trabalhador como agente de criação do ambiente de trabalho adaptado à sua doença. Quando se fala em reabilitação, logo vem à mente aquela voltada para a deficiência física, mental, visual, entre outras, porém, esse pensamento deve abranger a criação de recursos que permitirão ao indivíduo o mais alto grau de expressão da autonomia e da independência no processo de reinserção social, nos fatores que potencializam a qualidade de vida, reforçando o papel do trabalho. A reabilitação é um processo que, na maior parte das vezes, necessita ser processualmente desenvolvido⁸. Não é de imediato que o trabalhador aceitará suas limitações e as incorporará em sua rotina de vida, por exemplo, do retorno ao trabalho com restrições. No caso descrito, a participante tinha seu contrato de trabalho baseado na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho¹⁴. Nesse caso, o poder diretivo do empregador, chamado *jus variandi*, autoriza-o a comandar sua empresa da maneira que melhor lhe convier e se assim o desejar, fazer a rescisão do contrato de trabalho com esse

empregado, pois, este trabalhador teve alta médica pericial do INSS, que o declara portador de uma doença, o que não poderia incapacitá-lo para o trabalho. É importante destacar que na visão capitalista o lucro constitui o meio impulsionador do processo de produção²⁵. O empregado tem a certeza de que, se for demitido, não conseguirá recolocação no mercado de trabalho e, muitas vezes prefere não retornar ao trabalho, continuando a ser um beneficiário da Previdência Social, que lhe garante o atual vínculo trabalhista abrindo mão de estar inserido na sociedade, participando ativamente, o que faz com que viva em função da doença.

No caso descrito, observou-se que a participante retornou ao trabalho, pois, atuava em uma entidade de serviço social autônomo cujos princípios são de atuar na sociedade para prevenir a incapacidade e a deformidade, combatendo, ao mesmo tempo, preconceitos quanto à deficiência física, o princípio de que nenhum homem seja discriminado por ser diferente da média em sua forma física ou maneira própria de realizar uma atividade; valoriza a iniciativa inovadora e a troca de experiências, no

ensino e na pesquisa, estimulando a criatividade de pessoas e grupos, "o indivíduo é a Instituição"; buscando transformar cada pessoa em agente de sua própria saúde. Ademais, a entrevistada confiava na sua equipe de trabalho, com a qual já tinha afinidades, contando com o espírito de equipe construída ao longo dos anos de convívio laboral, sendo alguns amigos íntimos fora do ambiente de trabalho, e tinha a certeza de que seu trabalho era valorizado e que contribuía realmente para o desenvolvimento da equipe. Estas observações reforçam também a importância do trabalho em equipe descrito por outros autores^{15,16}.

O retorno da participante do estudo ao trabalho contribuiu para que outros empregados pudessem verificar a aplicação dos princípios propostos pelo empregador, um hospital público, quanto à valorização e a reabilitação, princípio máximo do hospital. O sentimento de valorização da capacidade laboral, embora com restrições motivou e incentivou os profissionais a se dedicarem às suas atividades, sabendo que qualquer um, susceptível a um problema de saúde, que o incapacite parcialmente, poderá ser acolhido, com ações que visem diminuir o impacto da doença sobre o

indivíduo. Durante as entrevistas foi possível captar a percepção positiva da participante da pesquisa em relação à doença e ao trabalho.

O impacto do câncer na vida ativa e profissional da pessoa é uma preocupação cada vez maior. Apesar da força desse impacto, no Brasil, assim como em outros países⁸, pouco se conhece acerca do retorno ao trabalho após câncer. No estudo realizado na Inglaterra¹⁶, 82% dos pacientes entrevistados que tiveram câncer retornaram ao trabalho remunerado 18 meses após o diagnóstico, 267 pacientes com idade mediana de 48 anos, 48% do sexo feminino com câncer de mama retornaram ao trabalho, seguidos daqueles que tiveram câncer de próstata (14%), colorretal (9%) e de pulmão (6%). A modalidade de tratamento (ausência de cirurgia) e a duração da licença foram os únicos fatores relacionados com o regresso ao trabalho (OR 0,28 IC95% 0,08-0,94; OR 1,68 IC 95% 1.23-2.28). Um quinto dos que retornaram ao trabalho relatou a insatisfação no emprego e nas perspectivas de carreira.

Embora se tenha observado elevada percentagem de pessoas que conseguiram voltar ao seu local de

trabalho após uma doença, 20% não foram capazes de fazê-lo. A duração da ausência de afastamento esteve associada a maiores dificuldades em voltar a trabalhar. Apesar dos homens serem mais propensos a não se afastar do que as mulheres, mas também são mais propensos a terem longos períodos de ausência, mais de 18 meses. Além disso, a duração do afastamento foi maior no grupo da população economicamente mais desfavorecida e naqueles que não foram operados³¹.

No estudo realizado por Hoving e cols.¹⁷ por ocasião do retorno ao trabalho de pacientes com câncer em 3.701 (73%) dos 5.074 funcionários pesquisados, os autores observaram que os empregados com câncer de pulmão apresentaram maior tempo de ausência por doença e que apenas 45% deles tinham pleno retorno ao trabalho após dois anos do diagnóstico, em comparação com 88% dos trabalhadores com câncer genital e 87% dos trabalhadores com câncer de pele. A idade foi associada com o tempo de retorno completo ao trabalho entre os trabalhadores com câncer genital: mulheres com idade ≥ 35 anos tiveram mais tempo em comparação com as mulheres <35 anos e homens com idade ≥ 55 anos tiveram mais

tempo para retorno ao trabalho completa em comparação com os homens < 35 anos. O sexo foi associado com o tempo de retorno ao trabalho entre os portadores de neoplasias malignas do sangue, e as mulheres tiveram mais tempo para retorno ao trabalho completo do que os homens. Concluiu-se que a maioria dos funcionários tinha retorno ao trabalho dentro de dois anos após o diagnóstico de câncer, e o tempo de retorno foi, em grande parte, independente de idade e sexo.

O câncer tem grande efeito sobre o estado de saúde das pessoas. Pode ocasionar depressão, angústia, medo, incertezas e interferir na qualidade de vida. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico e intervenções mais efetivas, tanto maior é a sobrevivência da população. Muitos pacientes com câncer convivem com a doença e continuam suas atividades de vida diária. A doença não é um problema só para os indivíduos e suas famílias, tem, igualmente, reflexos significativos nos empregadores e nos locais de trabalho. Os empregadores devem conhecer todas as implicações da doença e adequar os ambientes de trabalho para receber esses trabalhadores-pacientes, assim como a legislação brasileira deve se adequar

para assegurar a promoção e a segurança na saúde.

A percepção do trabalhador e as formas dos empregadores lidarem com o trabalho remunerado nos pacientes portadores de câncer não está totalmente compreendida. Em 2004, um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que, comparando-se controles saudáveis e sobreviventes ao câncer emparelhados por sexo, idade, nível de escolaridade estes últimos tiveram piores resultados em todas as medidas de encargos, incluindo no trabalho¹⁵. A falta de evidências do efeito do câncer sobre os resultados do local de trabalho foi observada. Além disso, as pesquisas conduzidas foram com a finalidade de avaliar a doença, a pessoa e os fatores relacionados ao trabalho, observando-se efeitos sobre vida profissional e o retorno ao trabalho^{15,16}.

Segundo Dejours & Abdoucheli³, o trabalho é um espaço de construção do sentido, de conquista da identidade, de continuidade e historização do sujeito. A dinâmica das relações sujeito-organização do trabalho poderá ocupar lugar significativo no processo de reapropriação e de emancipação do homem na luta contra a ameaça da

doença, na conservação da sua identidade na normalidade, na busca da construção social.

Pesquisas realizadas por Mendes¹⁸ articulam a vivência de prazer à identificação do trabalhador com sua atividade de trabalho, aos resultados favoráveis do uso de procedimentos técnicos de trabalho e quando a organização do trabalho, considerando a variabilidade inter e intra individual permite a utilização de estratégias diferenciadas. Com base em estudos teóricos e empíricos sobre prazer-sofrimento no trabalho, Mendes e Morrone¹⁸ concluem que as avaliações sob a perspectiva psicodinâmica para entender os efeitos do trabalho na saúde psíquica levaram a uma mudança de paradigma, que além de privilegiar variáveis psicológicas e sociais, compreende o contexto do trabalho na perspectiva dialética. Essa compreensão considera a dinâmica da relação indivíduo-trabalho-organização e suas implicações para as relações emprego/trabalho, as quais definem consequências específicas para diversas categorias de trabalhadores com emprego formal, informal, subemprego e desempregados. Nesse sentido, a discussão do prazer-

sofrimento como indicadores de saúde psíquica pressupõe a necessidade do maior entendimento das condições de saúde dos trabalhadores na contemporaneidade.

No presente estudo foram realizadas entrevistas individuais, com abordagem qualitativa, na qual a participante pôde se expressar livremente como vivenciou as experiências do trabalho, sendo avaliado o percentual de comprometimento da capacidade funcional levando-se em conta os efeitos e a quantidade de medicações, resposta do paciente aos medicamentos e/ou outras formas de terapia; a capacidade de retorno ao trabalho, observando as habilidades do empregado com as necessidades do emprego (realização da tarefa, adaptações do posto de trabalho) e a interação da equipe multidisciplinar, baseada em incapacidades físicas ou mentais, reais ou observadas.

Com a análise do caso apresentado percebeu-se a participação coletiva e o impacto das adequações e mudanças pelo empregador à condição do empregado, a experiência e a dinâmica de todos no processo de reinserção profissional, as políticas e os recursos empregados.

Foram possíveis mudanças no ambiente de trabalho anteriormente descritas. Outros empregadores podem não ser sensíveis ou não ter condições de adequações do trabalho à condição do empregado, por isso é importante a revisão e adaptações na legislação com vistas a estimular as empresas a adaptarem seus postos de trabalho para os trabalhadores que têm uma doença parcialmente incapacitante.

Os fatores que limitaram o estudo foram a aplicação das entrevistas no ambiente de trabalho, podendo inibir a expressão maior do entrevistado. Ademais, não foram realizadas abordagens do ponto de vista psicológico, tampouco aplicados instrumentos já validados para avaliação da qualidade de vida. Mesmo assim foi possível perceber durante as entrevistas e ao longo do acompanhamento, a necessidade em assegurar o vínculo ao trabalho, não somente pelo aspecto pecuniário, mas também por outros motivos pessoais e sociais, discutidos anteriormente.

Considerações finais e perspectivas

Muito se tem falado sobre a patogênese do trabalho como estudo dos mecanismos de produção da doença (entre elas a doença mental)

relacionada ao trabalho, caracterizando a natureza do nexo de causa e efeito entre doença e trabalho ou o trabalho como um “fator de risco” contributivo ou aditivo na etiologia multifatorial ou multicausal de um sem-número de doenças. Consideramos importante ressaltar os aspectos positivos do trabalho. Entre eles destacamos o desenvolvimento das capacidades físicas, intelectuais e emotivas ao realizar uma atividade, oferecer um serviço, relacionar-se com outras pessoas, participar de uma equipe. As relações harmônicas são uma condição importante para o bem-estar humano. Bastante distinto dos relacionamentos familiares e sociais mais amplos, o trabalho revela-se como um mediador entre o empregado e a sociedade, sendo um espaço de conquista da identidade e de desenvolvimento do sujeito.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar as relações que se constroem entre alguns aspectos do trabalho e o trabalhador: o comprometimento da capacidade funcional, competência profissional e o significado do trabalho e saúde mental; avaliar as variáveis de que o retorno ao trabalho, mesmo com restrições, é capaz de atuar como

coadjuvante no tratamento dos indivíduos por lhes acrescentar sentido à vida, visando ao retorno ao mercado de trabalho e evitando aposentadorias precoces. O fundamento deste trabalho é constatado na literatura pela ocorrência de alterações da saúde mental dos trabalhadores afastados do trabalho. Confirmou-se a hipótese de que, na relação com o trabalho, a saúde mental do trabalhador é beneficiada pela atividade laboral.

Referências

1. Ramazzini B. As doenças dos trabalhadores. Trad. Raimundo Estrêla. São Paulo: Fundacentro, 1992.
2. Mendes R. Patologia do Trabalho. Vários colaboradores. 2. Ed. Atual. E ampl. - São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
3. Dejours C.A., Abdoucheli E. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas. 1994. p.119-145.
4. Brasil. Constituição Federal.[Internet] [Acesso em 05 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>.
5. Brasil. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências a contratação de portadores de necessidades especiais. .[Internet] [Acesso em 05 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>.
6. Instituto Nacional de Câncer - INCA . Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus fatores de risco. .[Internet] [Acesso em 05 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.Inca.gov.br>.
7. Feldman, F. L. (1976). Work and cancer health histories: A study of the experiences of recovered blue-collar workers. San Francisco: American Cancer Society, California Division.
8. Schubert B. Brasil 60 anos de Reabilitação Profissional. Saúde Pública, Rio de Janeiro, set-out2003: 19(5):1473-1483.
9. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (Brasil) Resolução CNS 196/96. [Internet] [Acesso em 12 de junho de 2009]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/comissao>.
10. Brasil. Cancer de pulmão [Internet] [Acesso em 05 de outubro de 2010].Disponível em www.inca.gov.br e <http://seer.cancer.gov/statistic/>.
11. Jemal A, Clegg LX, Ward E, Ries LA, Wu X, et al. (2004) Annual report to thenation on the status of cancer, 1975-2001, with a special feature regarding survival. Cancer 101: 3–27.

12. Brasil. Benefícios aos portadores de câncer. [Internet] [Acesso em 05 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br>.

13. Brasil. Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I. [Internet] [Acesso em 05 de outubro de 2010]. Disponível em http://www.mte.gov.br/fisca_trab/inclusao/lei_cotas_2.asp.

14. Brasil. Decreto-Lei nº 5452, de 1º de maio de 1943 que aprova a consolidação das Leis do Trabalho. [Internet] [Acesso em 05 de outubro de 2010]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>.

15. Feldman, F. L. (1982). Employment issues, concerns and alternatives for cancer patients. In *Cancer rehabilitation* (pp. 15-19). Palo Alto: Bull Publishing.

16. Amir Z, Moran T, Walsh L, Iddenden R, Luker K.. Return to paid work after cancer: British experience. *J Cancer Surviv.* 2007 Jun;1(2):129-36.

17. JL Hoving*, MLA Broekhuizen and MHW Frings-Dresen. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer* 2009, 9:117 doi:10.1186/1471-2407-9-117.

18. Mendes, A. M., & Morrone, C. F. (2002). Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. Em A. M. Mendes, L. O. Borges & M. C. Ferreira (Orgs.), *Trabalho em transição, saúde em risco* (pp. 42-57). Brasília: UnB.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012-08-13
Last received: 2015-03-13
Accepted: 2015-04-15
Publishing: 2015-09-30

ⁱ Monografia realizada no Hospital Sarah Brasília e apresentada ao curso de Pós-Graduação em Perícia Médica, ministrado pela Universidade Gama Filho e Fundação Unimed.