

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS- UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM- DEnf
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGEnf

FERNANDA DE OLIVEIRA FURINO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM
CARCINOMA BEM DIFERENCIADO DE TIREOIDE ATRAVÉS DO WHOQOL-100**

SÃO CARLOS

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS- UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM- DEnf
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGEnf

FERNANDA DE OLIVEIRA FURINO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM
CARCINOMA BEM DIFERENCIADO DE TIREOIDE ATRAVÉS DO WHOQOL-100**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em enfermagem para qualificação do mestrado com apoio financeiro da CAPES (bolsa mestrado)

Orientadora: Profa. Dra. Carla Maria Ramos Germano

SÃO CARLOS

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Fernanda de Oliveira Furino, realizada em 12/04/2017:

Profa. Dra. Carla Maria Ramos Germano
UFSCar

Profa. Dra. Debora Gusmao Melo
UFSCar

Profa. Dra. Silvia Graciela Ruginsk Leitão
UNIFAL

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação de mestrado aos meus familiares por acreditarem no meu potencial e pelo incentivo e apoio em todas as minhas decisões. Em especial, as minhas avós Esmeralda Forino, Angela Marcondes e em memória do meu querido avô Vicente Forino, os quais sempre me acolheram com toda a sua alegria e me aconselharam com sua sabedoria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ser o autor de meu destino, o meu guia e que me permite acordar todos os dias e buscar a realização de meus sonhos. Durante todo o percurso desse trabalho, a fé e religião ajudaram a superar obstáculos e vencer os desafios.

Aos meus familiares e amigos:

Aos meus pais Angelo Furino e Fernanda Furino os quais eu agradeço a minha existência e a forma como eles me ensinaram a ver a vida. Por nunca medirem esforços para me proporcionar o melhor estudo, por sempre apoiarem as minhas escolhas e sonharem junto comigo, possibilitando nossas conquistas. Por, de uma maneira muito especial, sempre me darem força e me reerguerem, principalmente nos momentos de maior dificuldade;

Aos meus tios Luiz Forino, Elisabeth Bonfim, Angela Forino, a minha prima Flávia Forino e as minhas avós Esmeralda Forino e Angela Marcondes por me ofertarem carinho e solicitude sempre que precisei e por fazer parte de todos os caminhos da minha vida;

À minha irmã Vanessa Furino que foi vital no desenvolvimento dessa pesquisa, participou ativamente desse estudo, sempre me aconselhando e me dando suporte, estabilidade emocional e energia para seguir em frente, por ser paciente em momentos complexos e pelo imenso apoio e companheirismo em minha vida profissional e pessoal;

Aos meus amigos pelo convívio prazeroso e momentos inesquecíveis que pude desfrutar durante esses anos;

São eles que me dão motivos e me inspiram para continuar sempre buscando e oferecer o melhor de mim. Palavras não podem expressar minha gratidão, respeito e amor por todos vocês.

Aos envolvidos nessa pesquisa:

Ao Dr. Victor Hugo Maion que colaborou me ofertando acesso e espaço dentro de seu consultório e disponibilidade em casos de dúvidas;

As recepcionistas Silvia e Duda que me auxiliaram incansavelmente e disponibilizaram seu tempo ainda que interferisse em suas rotinas e trabalhos para que essa pesquisa fosse concluída;

Aos profissionais e funcionários das USFs e UBSs envolvidas neste estudo, que ofertaram os locais para a realização do estudo e se mostraram receptivos e disponíveis para auxiliar no desenvolvimento da pesquisa;

À professora Carla Maria Ramos Germano que com toda sua sabedoria teve paciência na orientação deste trabalho e me incentivou em todos os momentos, tornando possível a conclusão dessa dissertação. Por todo seu conhecimento, auxílio, sugestões e contribuições;

Às professoras Débora Gusmão Melo e Silvia Graciela Ruginsk Leitão pelo comprometimento na análise do estudo, sugestões preciosas e pelas riquíssimas contribuições ao longo deste trabalho;

Agradeço à CAPES pelo suporte financeiro durante todo o período de realização deste mestrado;

Aos funcionários, docentes e colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela vivência, atenção e colaboração;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf – UFSCar), pela oportunidade de crescimento nos âmbitos acadêmico e pessoal;

À Universidade Federal de São Carlos, pelo estímulo à formação profissional;

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram no desenvolvimento e concretização dessa pesquisa.

EPÍGRAFE

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.

Arthur Schopenhauer

Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente de qualquer jeito.

Martin Luther King

RESUMO

FURINO, F.O. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM CARCINOMA BEM DIFERENCIADO DE TIREOIDE ATRAVÉS DO WHOQOL-100. 150f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

Introdução: A qualidade de vida (QV) é um construto amplo que abrange em sua definição os conceitos de multidimensionalidade e subjetividade e sua avaliação vem sendo utilizada cada vez mais na área oncológica. O carcinoma de tireoide (CT) é um dos tipos de carcinomas de cabeça e pescoço que afetam a QV. O subtipo carcinoma bem diferenciado de tireoide (CDT) compreende a maioria dos casos de CT. A tireoidectomia total é a cirurgia de escolha para o tratamento do CDT e algumas patologias benignas da tireoide. O tratamento do CDT compreende, além da cirurgia, terapia com radioiodo e doses supressivas de levotiroxina. Embora seja um carcinoma com excelente prognóstico, o impacto do diagnóstico, a complexidade de seu tratamento e seguimento clínico, e o risco de recorrência da neoplasia podem determinar prejuízo à QV dos indivíduos afetados. **Objetivo:** avaliar a QV de pacientes com CDT, tratados, através do questionário WHOQOL-100. **Metodologia:** Estudo quantitativo do tipo descritivo transversal. Foram avaliados 300 indivíduos, divididos nos seguintes grupos: carcinoma de tireoide (CaT), 70 indivíduos; patologias benignas (PB), 20 indivíduos; controle (C), 210 indivíduos. Cada grupo foi subdividido segundo sua faixa etária em ≤ 45 e > 45 anos. A QV foi mensurada através do instrumento auto administrado WHOQOL-100. Na análise descritiva, os dados categóricos foram representados em frequências absolutas e relativas e os numéricos em média, desvio padrão e erro padrão. As diferenças entre médias das variáveis quantitativas foram avaliadas por meio do teste de Kruskal-Wallis, com pós-teste de Dunn e significância adotada de 5%. A análise estatística foi realizada com auxílio do programa GraphPad prism 5[®]. A interação entre as variáveis foi determinada através de análises estratificadas e multivariadas (correlação múltipla). Foi definido como $> 0,3$ o valor do parâmetro de regressão indicativo de um valor de correlação estatisticamente significativo. **Resultados:** Os domínios que apresentaram escores significativamente reduzidos nos indivíduos CaT ≤ 45 anos foram: domínios físico ($p=0.0115$) e domínio nível de independência ($p<0.0001$) em relação ao grupo C; o domínio que apresentou escore significativamente aumentado nos indivíduos CaT ≤ 45 anos foi: domínio meio ambiente ($p=0.0064$) em relação aos grupos C e

PB. Na faixa etária > 45 anos não houve domínio significativamente diminuído em relação aos grupos C e PB. Na faixa etária > 45 anos, os domínios que apresentaram escores significativamente aumentado no grupo CaT foram: meio ambiente (p=0.0003) e QV global (p=0.0129) em relação ao grupo C. Não houve diferenças significativas nos domínios psicológico, relações sociais e espiritualidade entre os grupos. Os presentes resultados acrescentam à bibliografia existente dados importantes sobre a QV em pacientes com CDT, como o achado de melhora da QV global em pacientes com CDT > 45 anos; maior repercussão negativa do CDT sobre os domínios físico e nível de independência em pacientes mais jovens; importância da espiritualidade na cultura brasileira; e maiores escores no domínio ambiente em indivíduos de todas as idades com CDT, o que pode refletir o sucesso de medidas destinadas a oferecer suporte social e financeiro a estes pacientes.

Discussão e conclusão: A adoção de algumas das medidas, sugeridas pela análise dos resultados deste estudo, que podem ter importantes repercussões para a prática clínica são: adoção de práticas que melhoram o cotidiano dos pacientes, como a prática de atividade física; acompanhamento e suporte psicológico aos pacientes e suas famílias durante todo o tratamento; orientações adequadas sobre o CDT e seu tratamento, bem como iniciativas de promoção à saúde e conscientização sobre o CDT voltadas para a população geral; planejamento individualizado e pactuado do tratamento com todos os atores envolvidos no cuidado ao paciente; orientações adequadas sobre os direitos do paciente com CDT, de forma a assegurar a estes indivíduos a oportunidade de desfrutar todos os benefícios garantidos pela legislação brasileira.

Palavras-chave: qualidade de vida, neoplasias da glândula tireoide, tireoidectomia

FURINO, F.O. EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS WITH DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA THROUGH WHOQOL-100. 150f. Dissertation. (Master of Health Sciences). Federal University of São Carlos, São Carlos, 2017.

ABSTRACT

Background: Quality of life (QoL) is a broad construct that encompasses multidimensionality and subjectivity in its definition. This evaluation is being used in the oncological area. Thyroid carcinoma (TC) is one of the types of head and neck carcinomas that affect QoL. The differentiated thyroid carcinoma (DTC) subtype comprises most cases. Total thyroidectomy is the chosen surgery in cases of DTC and some benign thyroid pathology. DTC treatment includes, in addition to surgery, radioiodine therapy and suppressive doses of levothyroxine. Although it is a carcinoma with an excellent prognosis, the impact of the diagnosis, the complexity of the treatment, clinical follow-up and the risk of recurrence may lead negative impacts on QoL. **Objective:** To evaluate the QoL of patients treated of DTC using the WHOQOL-100 questionnaire. **Methodology:** This study had a quantitative, descriptive cross-sectional design. 300 individuals were evaluated and divided into the following groups: thyroid carcinoma (CaT), benign pathologies (PB) and control (C). Their QoL was measured using the WHOQOL-100 self-administered instrument. In the descriptive analysis, the categorical data were represented in absolute and relative frequencies and the numerical ones in average, standard deviation and standard error. The differences between averages of the quantitative variables were evaluated using the Kruskal-Wallis test and Dunn post-test, with a significance of 5%. Statistical analysis was performed using GraphPad prism 5® software. The evaluation of the interaction between the variables was conducted through stratified and multivariate analyzes (multiple correlation). The value of the regression parameter was defined as > 0.3 indicating a significant correlation value. **Results:** The domains that presented significantly reduced scores in CaT ≤ 45 years individuals were: physical health ($p = 0.0115$) in relation to group C; level of independence ($p < 0.0001$) in relation to group C; The domain that presented a significantly increased score in CaT subjects ≤ 45 years was: environmental ($p = 0.0064$) in relation to groups C and PB. In the age range > 45 years, the domains that presented a significantly increased score in the CaT group were: environment ($p = 0.0003$) in relation to group C; Global QoL ($p = 0.0129$) in relation to group C. There were no significant differences in the psychological, social relations and spirituality domains between the groups. These results add to the existing literature

new and recent knowledge about QoL in DTC patients, such as the finding of improvement in overall QoL in patients with DTC > 45 years; negative repercussion of the DTC on the physical health and level of independence domains in younger patients; importance of spirituality in Brazilian culture; higher scores in the environment domain in all ages of the individuals with DTC, which may reflect the success of programs designed to provide social and financial support to these patients. **Discussion and conclusion:** The adoption of some of the measures which may have important repercussions for the clinical practice are: actions that improve the patients' daily life should be adopted, such as the stimulating the practice of physical activity, follow-up and psychological support throughout the treatment for patients and their families, providing appropriate guidelines on the DTC and its treatment, as well as health promotion and awareness initiatives on DTC for the general population, individualized and agreed upon treatment with all the actors involved in patient care and provide adequate orientation about the rights of the patient with DTC, in order to ensure these individuals the opportunity to enjoy all the benefits guaranteed by Brazilian legislation.

Key words: quality of life, thyroid neoplasms, thyroidectomy

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Representação anatômica da glândula tireoide.....	30
Figura 2 - Porcentagem de facetas distribuídas por domínios do WHOQOL- 100.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes do grupo controle (C) por patologia associada.....	57
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes do grupo patologias benignas (PB) por patologia associada.....	57
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por patologia associada.....	58
Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por tipo de tratamento.....	58
Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes do grupo patologias benignas (PB) por doença.....	59
Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por tipo histológico.....	60
Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por tempo (anos) em que a cirurgia foi realizada.....	60
Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes do grupo patologias benignas (PB) por tempo (anos) em que a cirurgia foi realizada.....	61
Gráfico 9 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio físico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média \pm SEM).....	65
Gráfico 10 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio físico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM).....	66
Gráfico 11 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio psicológico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média \pm SEM)	66
Gráfico 12 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio psicológico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM)	67
Gráfico 13 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio nível de independência dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) \leq	

45 anos (média \pm SEM)	67
Gráfico 14 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio nível de independência dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM)	68
Gráfico 15 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio relações sociais dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) \leq 45 anos (média \pm SEM)	68
Gráfico 16 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio relações sociais dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM)	69
Gráfico 17 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio ambiente dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) \leq 45 anos (média \pm SEM)	70
Gráfico 18 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio ambiente dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM)	70
Gráfico 19 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio espiritualidade dos grupos (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) \leq 45 anos (média \pm SEM).....	71
Gráfico 20 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio espiritualidade dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM)	71
Gráfico 21 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio qualidade de vida global dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) \leq 45 anos (média \pm SEM)	72
Gráfico 22– Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio qualidade de vida global dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM)	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-100.....	25
Tabela 2 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência do carcinoma de tireoide por 100 mil habitantes, segundo sexo e região.....	32
Tabela 3 - Distribuição dos participantes por gênero e idade.....	56
Tabela 4 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios de 1 a 6 e da QV global do grupo controle (C) \leq 45 anos.....	62
Tabela 5 - Valores de média e desvio padrão da pontuação dos domínios de 1 a 6 e da QV global do grupo controle (C) $>$ 45 anos.....	62
Tabela 6 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios e 1 a 6 e da QV global do grupo patologias benignas (PB) \leq 45 anos.....	63
Tabela 7 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios de 1 a 6 e da QV global do grupo patologias benignas (PB) $>$ 45 anos.....	63
Tabela 8 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios e 1 a 6 e da QV geral do grupo carcinoma de tireoide (CaT) \leq 45 anos.....	63
Tabela 9 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios e 1 a 6 e da QV geral do grupo carcinoma de tireoide (CaT) $>$ 45 anos.....	64
Tabela 10 - Resumo da análise estatística das diferenças dos domínios e facetas do WHOQOL-100 entre os grupos.....	74
Tabela 11 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo C \leq 45 anos.....	75
Tabela 12 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo dos domínios do grupo C \leq 45 anos.....	76
Tabela 13 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo C $>$ 45 anos.....	77

Tabela 14 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo dos domínios do grupo C > 45 anos.....	78
Tabela 15 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo PB ≤ 45 anos.....	79
Tabela 16 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo dos domínios do grupo PB ≤ 45 anos.....	80
Tabela 18 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo PB > 45 anos.....	80
Tabela 17 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo dos domínios do grupo PB > 45 anos.....	81
Tabela 19 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo CaT ≤ 45 anos.....	82
Tabela 20 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo dos domínios do grupo CaT ≤ 45 anos.....	83
Tabela 21 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo CaT > 45 anos.....	84
Tabela 22 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo dos domínios do grupo CaT > 45 anos.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

C: grupo controle

CaT: grupo tratado do carcinoma de tireoide

CDT: carcinoma bem diferenciado de tireoide

CPT: carcinoma papilífero de tireoide

CT: carcinoma de tireoide

HT: hormônios tiroidianos

PAAF: punção aspirativa por agulha fina

PB: grupo com patologias benignas

QV: qualidade de vida

QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde

RIT: radioterapia

TSH: hormônio estimulante da tireoide

TT: tireoidectomia total

WHOQOL: the World Health Organization Quality of Life

WHOQOL-100: the World Health Organization Quality of Life instrument

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	20
1.1 Qualidade de Vida.....	20
1.2 WHOQOL-100.....	24
1.3 Carcinoma de tireoide.....	29
1.4 Tratamento.....	35
1.4.1 Tireoidectomia total.....	37
1.4.2 Radiodoterapia.....	40
1.5 Qualidade de vida em pacientes oncológicos.....	41
2. JUSTIFICATIVA	46
3.OBJETIVOS	47
3.1 Objetivo geral.....	47
3.2 Objetivos específicos.....	47
4.METODOLOGIA	48
4.1 Delineamento do estudo.....	48
4.2 Local de estudo ou cenário da pesquisa.....	48
4.3. Sujeitos da pesquisa.....	48
4.3.1 Grupos da pesquisa.....	48
4.3.2 Seleção da população de estudo.....	49
4.4 Critérios de Inclusão (CI) e Exclusão (CE)	49
4.5 Coleta de dados.....	50

4.6 Análise de dados.....	52
4.6.1 Análise de regressão e correlação múltipla.....	53
4.6.1.1. Estimados do coeficiente de correlação múltipla.....	53
4.6.1.2 Teste de hipótese para o coeficiente de correlação múltipla.....	54
4.7 Aspectos éticos.....	55
5. RESULTADOS.....	56
5.1 Perfil epidemiológico.....	56
5.2 Domínios por grupo de participantes.....	62
5.3 Comparação dos domínios entre os grupos de participantes.....	65
5.4 Análises de correlações múltiplas entre as variáveis.....	75
6. DISCUSSÃO.....	85
6.1 Domínio físico.....	85
6.2 Domínio psicológico.....	87
6.3 Domínio nível de independência.....	91
6.4 Domínio relações sociais.....	93
6.5 Domínio meio ambiente.....	95
6.6 Domínio aspectos espirituais / religião / crenças pessoais.....	96
6.7 Qualidade de vida global.....	98
7. CONCLUSÃO.....	103
8. REFERÊNCIAS.....	105
9. ANEXOS.....	124

Anexo A Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Controle (C) \leq 45 anos.....	124
Anexo B Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Controle (C) $>$ 45 anos.....	128
Anexo C Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Patologias Benignas (PB) \leq 45 anos.....	133
Anexo D Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Patologias Benignas (PB) $>$ 45 anos.....	134
Anexo E Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Carcinoma de tireoide (CaT) \leq 45 anos.....	135
Anexo F Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Carcinoma de tireoide (CaT) $>$ 45 anos.....	137
Anexo G - Instrumento WHOQOL-100.....	139
Anexo H - Aprovação do CEP.....	147

1. INTRODUÇÃO

1.1 Qualidade de Vida (QV)

A conceituação de qualidade de vida (QV) é desafiadora e controversa (SEIDL; ZANNON, 2004). O termo é de difícil definição e durante as últimas décadas, apesar dos debates, não se chegou a um consenso sobre o construto (MEEBERG, 1993). Campbell (1976 apud AWAD; VORUGANTI, 2000) apontou essa dificuldade em clarificar o conceito: "*qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*". As palavras empregadas no termo, especialmente *qualidade*, tem natureza abstrata permitindo assim diversas interpretações acerca da expressão (PASCHOAL, 2000).

A concepção de QV parece ter surgido pela primeira vez na literatura médica na década de 30 (SEIDL; ZANNON, 2004). Essas primeiras definições, até as que predominaram em meados da década de 80, eram muitos gerais e não abordavam as possíveis dimensões do construto, pois focavam apenas na satisfação/insatisfação com a vida (FARQUHAR, 1995).

Foi a partir de 1980 que surgiram as definições baseadas nos componentes, ou seja, o conceito global foi fracionado em dimensões (FARQUHAR, 1995). Miettinen (1987), então, definiu QV como a sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da família, do trabalho e dos valores da comunidade à qual o indivíduo pertence. Esta definição foi concebida para que fosse aplicável a qualquer pessoa e não poderia ser determinada pelas condições ambientais ou pelo comportamento influenciado pelo meio social, sendo algo inerente ao indivíduo (NOBRE, 1995). Na mesma linha de raciocínio, Calman (1984) e Miettinen (1987) apontaram "*uma boa qualidade de vida está presente quando a esperança de um indivíduo está de acordo e é completada com suas experiências*". O mesmo autor concluiu que o oposto também era verdadeiro: O prejuízo à QV ocorre quando a esperança não é congruente com as experiências. Essas conceituações têm afinidade com o que mais tarde o grupo the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) definiria como QV. Deve-se ressaltar, no entanto, que as definições até essa década consideravam que, para o indivíduo atingir uma boa QV, este deveria ser bem-sucedido em seus objetivos e dentro do grupo ao qual pertencia. Apesar de inserida na ideia do construto, a subjetividade e multidimensionalidade somente foram concretizadas na década seguinte.

A partir da década de 90 os estudiosos da área parecem concordar a respeito de dois aspectos da QV: subjetividade e multidimensionalidade (HERCULANO, 1998). A subjetividade

considera a percepção de cada um acerca do seu estado de saúde e sobre outros aspectos do seu contexto de vida. A multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões em que o construto se insere (SMITH; AVIS; ASSMANN, 1999). A identificação dessas dimensões continua sendo alvo de estudos.

Toda essa preocupação com o conceito de QV cresceu rapidamente entre as ciências humanas e biológicas, com o intuito de não priorizar apenas o controle de sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida (FLECK et al., 1999). Assim, o termo QV atual abrange diversos significados e é uma noção eminentemente humana, que está diretamente relacionada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e que se modifica através de épocas, espaços e histórias diferentes, refletindo o traço da relatividade cultural nessa construção social. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar (MINAYO; HART; BUSS, 2000).

Para se chegar ao conceito de QV global foi necessário analisar diversas culturas, a fim de que a definição do construto abarcasse o maior número de pessoas e nações. Um projeto multicêntrico destacou três aspectos de grande relevância para o constructo QV: a subjetividade do ser humano, incluindo pensamentos, emoções e sentimentos; a multidimensionalidade, que inclui as dimensões de ordem física, psicológica, social e espiritual; e a bipolaridade resultante das influências positivas e negativas que permeiam o cotidiano dos indivíduos (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

A relatividade do termo QV é conferida pelos aspectos históricos, culturais, temporais e individuais. Iniciando pelo aspecto histórico, uma sociedade específica apresenta parâmetros de QV diferenciados em épocas diferentes (PASCHOAL, 2000), devido a elementos como desenvolvimento econômico, social e tecnológico. Outro fator é o aspecto cultural, pois gerações constroem valores e necessidades diferentes, que se tornam tradições. Essa mesma sociedade é quem determina e estabelece os parâmetros de conforto de determinada época, o que é mutável de uma geração a outra. Por último a hierarquização das classes sociais também torna a QV relativa, pois padrões e concepções de bem-estar estão, via de regra, vinculados às classes sociais mais abastadas, principalmente nos lugares em que a heterogeneidade ou desigualdades são muito fortes (MINAYO; HART; BUSS, 2000).

Apesar das diferentes sociedades apresentarem condições e situações de vida distintas, há um modelo hegemônico que está próximo de adquirir significado global, visto pela sociedade como a vida ideal. Em um mundo ocidental, urbanizado, rico e centralizado em valores como conforto, prazer, viagens, carro, computador e uso de tecnologias, o indivíduo que tem todas essas comodidades ao seu alcance tem “melhor QV” (MINAYO; HART; BUSS, 2000).

Após anos de discussão sobre o conceito de QV e a crescente preocupação sobre o tema, principalmente nas áreas da saúde e ciências humanas, a partir da década de 90, tornou-se necessária a criação de mecanismos para avaliar de maneira formal e padronizada a QV.

Pensando em todos os conceitos e o que deveria estar contido dentro do construto QV, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1995 definiu o termo. O conceito, globalmente aceito, diz que a QV compreende *“a percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto de sua vida, que promove o alcance de seus objetivos, projetos e expectativas e lhe confere oportunidades de escolhas”* (WHOQOL Group, 1995). Entende-se que a QV é uma construção que engloba a subjetividade, multidimensionalidade, constituída por elementos positivos e negativos (MINAYO; HART; BUSS, 2000) e que está relacionada aos aspectos físicos e psicológicos, ao grau de independência, às relações sociais, ao meio ambiente, à religião, à qualidade de vida global e às percepções gerais de saúde do indivíduo (FLECK et al., 2008). A definição do WHOQOL Group de 1995 sobre QV foi um marco e até hoje é aceita como a mais abrangente e precisa. Dentro dessa definição encontram-se aspectos subjetivos e objetivos. O aspecto subjetivo é de súbita importância porque o senso de satisfação pessoal é intrínseco à QV. Porém, o aspecto objetivo traz elementos concretos, presentes no meio em que as pessoas vivem que influenciam o caráter subjetivo do tema, como renda e emprego. Estes dois fatores importantes agregam ao construto a multidimensionalidade presente em sua definição.

Pelo caráter polissêmico da expressão e diversas interpretações que podem ser feitas a respeito do termo QV, no campo da saúde há uma definição em relação ao construto, a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Apesar de haver semelhança entre os objetivos dos construtos QV e QVRS, os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde são descritos no termo mais específico. Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997) definiram QVRS como *“o valor que é atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e, inclusive pela organização política e econômica do sistema assistencial”*. As situações relacionadas à QV,

após a experiência de doenças ou intervenções médicas, estão englobadas nessa descrição. Gianchello (1996) descreveu o conceito semelhante na versão inglesa do conceito health-related quality of life (HRQL), como sendo o valor atribuído à duração da vida quando modificado pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades, influenciado pela doença, seu tratamento e outros agravos.

Há uma controvérsia entre os autores relacionada ao uso da QVRS. Enquanto alguns defendem que o enfoque mais específico identifica melhor as características relacionadas a um determinado agravo, outros destacam que o construto é limitante e se restringe a avaliação da QV relacionada aos sintomas e às disfunções decorrentes dos agravos à saúde, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não médicos do construto (GLADIS et al., 1999). Esse ponto de vista concorda com o objetivo da investigação da QVRS, que se propõe a quantificar as consequências das doenças e de tratamentos, segundo a percepção subjetiva dos pacientes (VALDERRÁBANO; JOFRE; LÓPEZ-GOMEZ, 2001; SEIDL; ZANNON, 2004). A avaliação da QV, por outro lado, não coloca como foco as patologias e danos causados por ela, pelo contrário, o sujeito é visto de forma integral. Assim aspectos fundamentais como o estado funcional, aspectos físicos, psicológicos e relações sociais podem ser englobados na avaliação da QV (WEYMULLER; DELEYIANNIS; YUEH, 2003). Outros fatores que também devem ser incorporados nessa avaliação são situação econômica, sexualidade, espiritualidade, suporte familiar, atividades de lazer e outras circunstâncias da vida do indivíduo (GUYATT, 1997; WEYMULLER; DELEYIANNIS; YUEH, 2003). A soma de todos esses componentes seriam os resultados mais fidedignos possíveis da QV dos avaliados.

Ao contrário das tendências iniciais, foi estabelecido que a QV não deveria mais ser avaliada pelo observador que geralmente era um profissional de saúde, e sim, pelo próprio entrevistado (LEPLÈGE; RUDE, 1995). Desse modo, o desenvolvimento de instrumentos que consideram a perspectiva da população ou dos pacientes, e não a visão de cientistas e de profissionais de saúde se tornou uma preocupação entre os estudiosos (SLEVIN et al., 1998). Portanto, a mensuração da QV em saúde na atualidade se pauta no desenvolvimento de instrumentos que a avaliem dentro de uma perspectiva multidimensional e que sirvam de parâmetro para diversos países e culturas (BERTAN; CASTRO, 2009).

Todos os instrumentos são orientados por teorias que guiam a seleção do procedimento de mensuração (MINAYO; HART; BUSS, 2000). Os instrumentos hoje disponíveis

são construídos seguindo três correntes: a primeira refere-se ao funcionalismo que define um estado normal para certa idade e função social, ou morbidade, representado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades. A segunda é fundamentada na teoria do bem-estar, que atenta para as reações subjetivas das experiências de vida, buscando as competências do indivíduo para minimizar sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal. A terceira baseia-se na teoria da utilidade e a base econômica orienta essa última corrente (AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL,1997).

1.2 WHOQOL-100

O desenvolvimento de um instrumento padronizado que pudesse avaliar a QV em diferentes culturas e contextos sociais surgiu pelo fato de que a maioria das medidas havia sido desenvolvida na América do Norte e Reino Unido e a tradução desses para uso em outros países não era plenamente satisfatória e demandava muito tempo. Teve início, então, o desenvolvimento de um instrumento fidedigno e internacional que reafirmou o seu compromisso com a promoção continuada de uma abordagem holística do indivíduo. A OMS enfatizou esse pacto ao definir saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e enfermidade” (WHOQOL Group, 1995).

A definição de QV de 1995, que permanece até os dias atuais, compreende: “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações*”. A formulação desse conceito considera a QV como um conceito amplo, incorporado à saúde física, ao estado psicológico, ao nível de independência, às relações sociais, às crenças pessoais e à relação com aspectos significativos do meio ambiente (WHOQOL Group, 1995).

Em 1995 o WHOQOL Group iniciou o desenvolvimento de um instrumento que pudesse mensurar a QV. Atualmente, esse instrumento é constituído por 100 questões divididas em seis domínios e 24 subdomínios (facetadas), sendo esses (WHO, 1998):

Tabela 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-100

DOMÍNIOS	FACETAS
Físico	1. dor e desconforto, 2. energia e fadiga, 3. sono e repouso
Psicológico	4. sentimentos positivos, 5. pensar, aprender, memória e concentração, 6. autoestima, 7. imagem corporal e aparência, 8. sentimentos negativos
Nível de independência	9. mobilidade, 10. atividades de vida cotidiana, 11. dependência de medicação ou tratamentos, 12. capacidade de trabalho
Relações Sociais	13. relações pessoais, 14. apoio social, 15. atividade sexual;
Ambiente	16. segurança física e proteção, 17. ambiente no lar, 18. recursos financeiros, 19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, 20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, 21. participação em, e oportunidades de recreação/ lazer, 22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima), 23. Transporte;
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	24. espiritualidade/religião/crenças pessoais.

O *the World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL-100) possui uma faceta que não está inserida em nenhum domínio, a faceta “Qualidade de vida global e percepção geral da saúde” (WHO, 1998), que pressupõe uma auto avaliação da QV global onde o respondente avalia a satisfação com a sua vida, saúde e QV (PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009). É composta pelas questões: Quão satisfeito (a) você está com a qualidade de sua vida? Em geral, quão satisfeito (a) você está com a sua vida? Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde? Como você avaliaria sua QV?

As questões foram formuladas para terem respostas do tipo Likert, ou seja, para cada assertiva existe uma escala que permite ao entrevistado especificar o nível de concordância com a afirmação. Foram adotados quatro tipos de escala de respostas: intensidade, capacidade, avaliação

e frequência, cada qual graduada em cinco pontos, partindo de dois extremos. Originalmente o questionário foi desenvolvido na língua inglesa e posteriormente traduzido e validado em mais de 29 idiomas diferentes (WHO, 1998). A versão em português foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil (FLECK et al., 1999).

Existem desvantagens e vantagens na utilização do instrumento. Entre as vantagens do WHOQOL-100 está a sua universalidade, pois foi desenvolvido e padronizado para medir a QV em diferentes culturas. É um questionário atualizado (PEDROSO et al., 2014), geral, para uso em diferentes patologias e também em pessoas com ausência de enfermidades (SKEVINGTON; O'CONNELL, 2004), sendo especialmente útil em estudos que possuem grupos sem patologias, chamados de grupos controle. Já foi demonstrado que é um questionário com excelentes propriedades psicométricas em diferentes patologias tais como carcinoma de mama, transplante de fígado, pacientes com dor crônica e que também pode ser utilizado em pessoas que possuem alguma patologia de ordem psiquiátrica (SKEVINGTON; O'CONNELL, 2004; SOUZA et al., 2016). Atualmente o WHOQOL-100 é difundido pelas diversas áreas de conhecimento, com destaque na área da saúde, devido à necessidade de avaliação da QV de grupos e sociedades (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

A utilização do WHOQOL-100 na área da saúde é significativa, pois o instrumento é um questionário extenso que pode ser aplicado a pessoas com diversas patologias. Permite, desse modo, que pacientes submetidos a uma variedade de tratamentos possam ser comparados (TAZAKI et al., 1997). Pode ainda ser utilizado para determinar a QV em todos os tipos de intervenções em saúde como realização de cirurgia e uso de medicação. É comumente aplicado a pessoas com doenças graves e crônicas e também em pacientes com possibilidade de recuperação apenas parcial da saúde ou em cuidados paliativos (SKEVINGTON; McCRATE, 2012).

O WHOQOL-100, por ser um questionário auto administrado, permite que o entrevistado preencha o instrumento em seu próprio tempo, sendo mais econômico, se considerados o tempo e o trabalho de pessoas (BOWLING, 1995). Como o instrumento de pesquisa, não necessita obrigatoriamente de um entrevistador que auxilie no seu preenchimento, tempo e dinheiro dos pesquisadores são economizados.

Uma desvantagem específica do WHOQOL-100, apontada por estudos, refere-se à extensão do instrumento e, por isso, uma versão abreviada *WHOQOL-bref* foi desenvolvida, com

menor número de questões (O'CARROLL et al., 2000). Outras desvantagens referidas são comuns aos questionários auto administrados, como: período de conclusão variável, falta de motivação para preencher o questionário e respostas tendenciosas, já que os participantes da pesquisa têm acesso ao instrumento inteiro antes de começar o preenchimento. Uma maneira de contornar esses aspectos negativos é aplicar os questionários na presença do pesquisador, para evitar problemas como falta de compreensão do respondente; entretanto, esse tipo de coleta de dados demanda mais tempo, é mais onerosa e pode também sofrer algum viés, se não houver um controle adequado da metodologia de pesquisa, pois o entrevistador pode influenciar o entrevistado (SIEMIATYCKI, 1979).

O *WHOQOL-bref* foi elaborado para atender a necessidade de instrumentos curtos que demandassem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas adequadas (WHO, 1998). O *WHOQOL-bref* consta de 26 questões, sendo duas questões gerais sobre QV. As outras 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original WHOQOL-100. Sendo assim, os pesquisadores escolheram uma questão de cada faceta do WHOQOL-100 que fosse mais representativa, resultando em 24 questões do *WHOQOL-bref*.

O *WHOQOL-bref* avalia quatro domínios da QV: físico, psicológico, social e meio ambiente. As análises de consistência interna, correlações item-total, validade discriminante e validade de construto, indicam que o *WHOQOL-bref* tem excelentes propriedades psicométricas de confiabilidade e desempenho em testes preliminares de validade (SKEVINGTON; O'CONNELL, 2004). Este instrumento tem sido utilizado para avaliar a QV em pessoas com diferentes patologias e condições (SKEVINGTON; McCRATE, 2012) e, em comparação com o WHOQOL-100, a versão abreviada possui dois domínios a menos. Além disso, ao contrário do WHOQOL-100, onde cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no *WHOQOL-bref* cada faceta é avaliada por apenas uma questão.

Na área de cabeça e pescoço os questionários específicos utilizados na avaliação de pacientes são o *UW-QOL*, *EORTC QLQ-H&N35* e *SF-36*. O *UW-QOL* é um questionário autoadministrado especificamente para uso em pacientes com carcinoma de cabeça e pescoço. É composto por 15 itens - 12 itens específicos da doença (que avaliam a dor, aparência, atividade, recreação, deglutição, mastigação, discurso, ombro, paladar, saliva, humor e ansiedade domínios) e três itens de QV global, e pode ser concluído em cerca de cinco minutos (CHAN et al., 2011). No entanto, como o desenvolvimento inicial desse questionário foi baseado na opinião de

especialistas, sem inclusão do paciente, sua abrangência pode ser questionada (DJAN; PENINGTON, 2013).

Outro questionário bastante utilizado é o *EORTC QLQ-H&N35*, que é uma versão do *EORTC QLQ-C30*, específico para patologias relacionadas a área da cabeça e pescoço. É composto por 35 perguntas que avaliam sete domínios: dor (4 itens), deglutição (4 itens), sentidos (2 itens), fala (3 itens), comer (4 itens), contato social (5 itens) e sexualidade (2 itens), bem como 11 itens individuais. O *EORTC QLQ-H & N35* é muitas vezes usado com o *EORTC QLQ-C30* (65 questões). Sozinho, o *EORTC QLQ-H & N35* pode ser feito em 8 minutos, enquanto que a combinação é realizada em cerca de 18 minutos (BJORDAL et al., 2000; SHERMAN, 2000). Os problemas relacionados à aparência no *EORTC QLQ-H & N35* podem ser avaliados a partir do contato social e escalas alimentares, mas a força da avaliação não foi testada (DJAN; PENINGTON, 2013). Uma das críticas a esse instrumento concerne a itens que podem não ser aplicáveis a alguns pacientes, por exemplo, perguntas sobre a ingestão de alimentos sólidos administrados a pacientes que são alimentados com tubo ou sobre rouquidão quando a laringe foi removida. Outro problema é que ocasionalmente os pacientes podem se sentir desconfortáveis com perguntas relacionadas à sua sexualidade. Essa dificuldade pode ser tanto para o pesquisador que se sente desconfortável em fazer essas perguntas como para o paciente que se sente envergonhado ou irritado em responder (BJORDAL et al., 2000).

O *SF-36* é outro instrumento também amplamente utilizado. O questionário possui 8 dimensões: funcionamento físico, limitações (problemas físicos), dor no corpo, saúde geral, vitalidade, aspectos sociais, limitações de função (problemas emocionais) e saúde mental. Em cerca de 10 minutos sua aplicação pode ser feita (DJAN; PENINGTON, 2013). Entre as desvantagens em utilizar o *SF-36* está que não é possível determinar claramente se é adequado para todas as idades, pois não há questões relacionadas especificamente à faixa etária (WARE; SHERBOURNE, 1992). Outra desvantagem apontada é que, embora o instrumento tenha capacidade para detectar mudanças na QV, fornece pouca informação sobre o tamanho das mudanças observadas (GUYATT, 1997).

Os estudos conduzidos atualmente utilizam amplamente os questionários *EORTC QLQ-H & N35*, *SF-36* e *UW-QOL*, por possuírem menos questões que o *WHOQOL-100* e muitas vezes serem específicos para a área de cabeça e pescoço. No entanto, a justificativa da escolha do instrumento nesse estudo se faz, pois o *WHOQOL-100* pode ser utilizado em variadas patologias

e na ausência de enfermidades, esse estudo contou com grupos com ausência de doença assim como curados de patologia, a presente investigação também avaliou a QV englobando os aspectos que influenciam a vida dos indivíduos, abarcando não só aqueles que intervêm na área da cabeça e pescoço ou são específicos na área oncológica, mas todos os fatores que produzem impactos negativos ou positivos na vida dos pacientes curados da patologia, além de ser um questionário econômico e permitir que os participantes possam preencher tornando mais fidedigna suas respostas. Apesar da sua versão original com 100 questões não ser tão utilizado com a versão abreviada *WHOQOL-bref*, acredita-se que a versão original produza maior quantidade de dados enriquecendo a análise desse estudo.

Observa-se que a QV, desde a sua primeira conceituação até as definições mais atuais, sofreu inúmeras modificações e ainda é objeto de estudo. Diversos foram os instrumentos desenvolvidos para avaliar o tema e, em meio às diferentes patologias que afetam a QV, o carcinoma da tireoide (CT) merece atenção, pela sua crescente prevalência, alta taxa de sobrevida e pelo impacto que o seu diagnóstico e tratamento podem ter na QV de grande número de indivíduos, caracterizando-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e em diversas regiões do mundo.

1.3 Carcinoma de tireoide (CT)

A tireoide é uma das maiores glândulas endócrinas do corpo humano (SMELTZER; BARE, 2011), com estrutura homogênea, encontrada na região anterior do pescoço e composta por folículos repletos de tireoglobulina (ACCETTA, et al., 2011). Possui dois lobos, um de cada lado da traqueia, ligados por uma camada fina de tecido denominada istmo, com formato de borboleta. A glândula de um adulto pesa aproximadamente de 10 a 20 gramas e tem grande vascularização (KIMURA, 2008) (Figura 1). A anormalidade na produção de seus hormônios acarreta mudanças no comportamento funcional do organismo como um todo (SMELTZER; BARE, 2011).

Os hormônios tireoidianos (HT) são essenciais no crescimento e desenvolvimento de diferentes órgãos e tecidos (GREENSPAN, 1997). A principal forma dos HT secretada pela glândula tireoide é a 3,5,3',5'-tetraiodo-Ltironina (tiroxina ou T4) e uma menor quantidade é secretada como 3,5,3'-triiodotironina (T3), a forma ativa do hormônio (YEN, 2001). Dentre as funções desses hormônios se destacam o desenvolvimento de vários tecidos, como o sistema nervoso central, e o controle de diversas funções corporais como consumo de oxigênio, manutenção do fluxo normal de energia, manutenção da temperatura corporal (KNOBEL;

MEDEIROS-NETO, 2004), frequência cardíaca e metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras (RIBEIRO et al., 1995, NORMAN; LITWACK, 1997). O sistema porta hipotálamo-hipofisário regula a função tireoidiana através do hormônio liberador de tirotrofina (GREENSPAN, 1997).

O iodo é um elemento fundamental na síntese de T3 e T4. Quando os níveis adequados de iodo estão abaixo do ideal observa-se o hipotireoidismo, que determina lentificação dos processos metabólicos, podendo resultar em cansaço, aumento da necessidade de sono com humor deprimido, intolerância ao frio, aumento de peso, constipação, câibras musculares, anemia e bócio no indivíduo adulto (KNOBEL; MEDEIROS-NETO, 2004), além de deficiência intelectual irreversível nas crianças não tratadas adequada e precocemente (BERNAL, 2007). Em contrapartida, o excesso da produção de hormônios leva ao hipertireoidismo exibindo como sinais e sintomas produção excessiva de calor, fraqueza muscular, taquicardia, aumento do apetite, insônia, ansiedade, tremores e perda de peso. (NORMAN, 1997).

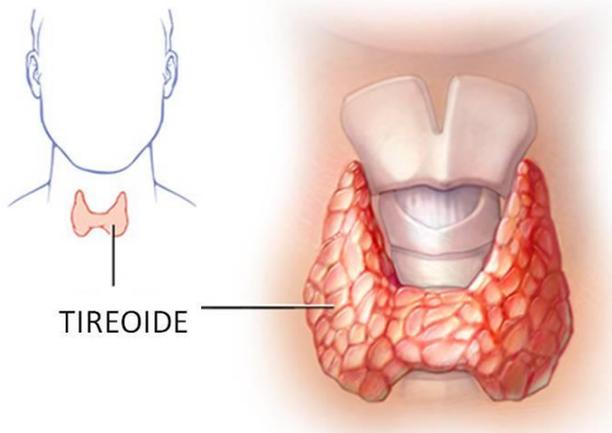


Figura 1- Representação anatômica da glândula tireoide. Fonte: modificado de Mayo Foundation for Medical education and research, 2016.

A glândula tireoide é acometida por diferentes patologias de grande prevalência, entre elas o CT. Anualmente são diagnosticados com carcinoma de cabeça e pescoço cerca de 620 mil pacientes (ANGELO; MEDEIROS; DE BIASE, 2010). O CT é a neoplasia mais comum dessa região anatômica, representa 1% de todos os tumores malignos na faixa etária dos 30 aos 74 anos e foi o carcinoma que mais cresceu em incidência nos últimos anos (CRAMER et al., 2010). Dos mais de 500 mil novos casos de neoplasia maligna estimados para o ano de 2016 pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) esperam-se, para o Brasil, 1.090 casos novos de CT no sexo masculino e 5.870 (84%) no sexo feminino, com um risco estimado de 1,08 casos para cada 100 mil homens

e 5,70 casos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2015). Dentre os tipos de CT, o carcinoma papilífero da tireoide (CPT), que no mesmo período aumentou sua incidência em 3,2 vezes (CRAMER et al., 2010), representa hoje 85% das malignidades tireoidianas (COOPER et al., 2009). Esses dados ilustram o cenário que o Brasil deve se preparar para enfrentar nos próximos anos em relação ao CPT, já que a maioria desses casos serão de responsabilidade da saúde pública.

As razões pelas quais a incidência do CT se elevou significativamente nas últimas décadas ainda não estão esclarecidas. Uma das hipóteses é o aumento da detecção de pequenos tumores em exames de imagens, além de importantes avanços no conhecimento do surgimento da doença e seu desenvolvimento (McLEOD; SAWKA; COOPER, 2013). Outros atribuem o aumento da incidência de CT ao aumento da detecção da doença, ao declínio da mortalidade secundário as mudanças no seu diagnóstico e tratamento, além da exposição crescente a fatores de risco, fruto das condições de vida atuais (VECCHIA et al., 2015). Outros ainda acreditam que o aumento se deva as mudanças de estilo de vida e meio ambiente (PELLEGRITI et al., 2013). Apesar de sua grande incidência e prevalência, a mortalidade do CPT vem diminuindo progressivamente (ASCHEBROOK-KILFOY et al., 2013; SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2015).

A literatura aponta que o CT representa 5% dos diagnósticos em mulheres, em 2012 foram estimados 11 casos para cada 100 mil mulheres brasileiras, fazendo desta a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil (INCA, 2012). Também no mesmo ano foram estimados 10.590 novos casos de CT foram diagnosticados em mulheres (LIRA et al., 2014). Um estudo recente sugeriu que o CT, até 2019, será o terceiro carcinoma mais comum em mulheres de todas as idades e o segundo mais comum em mulheres com menos de 45 anos de idade nos Estados Unidos (ASCHEBROOK-KILFOY et al., 2013).

Em relação a faixa etária, os CTs são encontrados em 5 a 10% dos nódulos de tireoide detectados em adultos e em até 26% em crianças (ROSÁRIO et al., 2013). A tireoide é um órgão muito radiosensível. Crianças expostas a radiação têm maior risco de desenvolverem CT, como evidenciado após o acidente de Chernobyl (FAGIN; WELLS JUNIOR, 2016). O risco de CT em crianças expostas a radiação é inversamente correlacionado com a idade e ao completar 15 anos a chance de desenvolver um carcinoma pós-irradiação atinge um nível não significativo (PELLEGRITI et al., 2013).

No cenário brasileiro, há uma grande variação regional relacionada à incidência da doença (Tabela 2), devido principalmente às diferenças na acessibilidade aos métodos de

diagnósticos e à cobertura dos registros de carcinoma (COELI et al., 2005). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CT em homens é o 13º na Região Nordeste (1,68/100 mil). Nas Regiões Sul (2,36/100.00), Centro-Oeste (1,68/100.00), Norte (0,74/100 mil) e Sudeste (0,37/100 mil), ocupa a 14ª posição. Nas mulheres, é o sexto mais frequente nas Regiões Nordeste (6,28/100 mil) e Norte (3,09/100 mil). Nas Regiões Sudeste (6,15/100 mil) e Centro-Oeste (4,62/100 mil), é o nono mais frequente. Já na Região Sul (5,20/100 mil), ocupa a 13ª posição (INCA, 2015).

Tabela 2 - Estimativas para o ano de 2016 das taxas brutas de incidência do carcinoma de tireoide por 100 mil habitantes, segundo sexo e região. Fonte: modificada de INCA, 2015.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Glândula Tireoide	1.090	1,08	350	1,27	5.870	5,70	1.800	7,46

Fonte: modificada de INCA (2015)

Em âmbito global, observa-se que na maioria dos países as taxas de incidência foram aumentando ao longo das últimas décadas e, se as tendências recentes forem mantidas, o CT pode tornar-se a quarta neoplasia mais comum nos Estados Unidos em 2030 (RAHIB et al., 2014). A incidência e mortalidade por CT variam entre os países, mas para a maioria das áreas, os dados indicam um aumento na incidência e uma tendência de queda na mortalidade.

Há uma variabilidade significativa relacionada à morte por CT em todo o mundo e uma alta mortalidade ainda é encontrada principalmente em países da América Central, Ásia, Europa Central e Oriental, enquanto baixos índices são observados na Europa Ocidental e América do Norte. Índices de mortalidade de 0,20 /100.000 são referidos nos Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, e outros países europeus (VECCHIA et al., 2015). Portanto, como o CT é uma neoplasia de importante impacto na área da saúde atualmente, entender o seu comportamento, diagnóstico, subtipos histológicos, fatores de risco e tratamento é indispensável.

A prevalência de cada um dos tipos histológicos de CT é de 85% para o CPT, 10% para o carcinoma folicular e 5% para o carcinoma medular (PACINI et al., 2009; COOPER et al., 2009). O carcinoma anaplásico representa 1 a 3% da totalidade de casos (HEBRANT et al., 2011). O carcinoma bem diferenciado da tireoide (CDT), representado pelos carcinomas papilíferos e

foliculares, contabiliza 90% de todos os CTs e tem um prognóstico favorável de 95% de cura, com um risco de recidiva de até 25% (SHAHA, 2012).

Apesar do CPT ocorrer em qualquer idade, sua distribuição temporal apresenta um padrão bimodal com um pico entre 25 a 30 anos e um segundo pico entre 55 a 60 anos. A idade média do diagnóstico é 44 anos. A letalidade do CPT é baixa, com taxa de sobrevivência de 93%, porém com possibilidade de recidiva muitos anos após o diagnóstico e tratamentos iniciais (PACINI et al., 2009). Por outro lado, as metástases do CPT são mais raras, ocorrem via vasos linfáticos e somente de 1% a 7% dos pacientes possuem metástases à distância no momento do diagnóstico (ZANOTTI-FREGONARA et al., 2008).

Outro tipo de CT refere-se ao carcinoma folicular de tireoide, que é mais agressivo que o CPT, pois pode cursar com metástases por via vascular (ZANOTTI-FREGONARA et al., 2008) e, frequentemente, se apresenta com metástases extra tireoidianas ao diagnóstico (MURESAN et al., 2008).

Os carcinomas indiferenciados ou anaplásicos possuem como característica serem neoplasias invasivas, com progressão rápida (VIANNA et al., 2012) e representam cerca de 5% dos tumores tireoidianos (HEDINGER; WILLIANS; SOBIN, 1989). As células para-foliculares, por outro lado, são responsáveis por aproximadamente 5% dos carcinomas tireoidianos, os medulares. Além disso, células de origem não tireoidiana podem originar outros tumores malignos da tireoide como os linfomas da tireoide, os cárcino-sarcomas, os teratomas e os hemangioendoteliomas (HEDINGER; WILLIANS; SOBIN, 1989).

A neoplasia da tireoide é frequentemente assintomática em sua fase inicial e descoberta através da palpação de um nódulo em exame físico de rotina ou como achado isolado de um ultrassom de tireoide. Os sintomas decorrentes da progressão do CT podem ser dor local, sangramento, disfagia, edema facial, estridor traqueal resultante da compressão tumoral e rouquidão como consequência da invasão do nervo laríngeo recorrente; estes sintomas, porém, estão presentes apenas em casos avançados e tumores de grande volume (McLEOD; SAWKA; COOPER, 2013).

Dentre os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de CT se encontram deficiência de iodo, radioterapia na infância e adolescência, exposição à radiação ionizante e doença tireoidiana preexistente (GOLBERT et al., 2015). A carcinogênese é afetada por uma cadeia de eventos multifatorial, que inclui fatores genéticos e ambientais que determinam mutações

sucessivas nos genes que interferem no crescimento celular, resultando em desenvolvimento neoplásico das células afetadas. Desse modo, os novos estilos de vida trazidos pela industrialização e urbanização e, conseqüentemente, o aumento da exposição do ser humano a agentes com potenciais mutagênicos e carcinogênicos, poderiam explicar o aumento progressivo da incidência do CT no Brasil e no mundo (HOFF et al., 2013).

Após o diagnóstico clínico, é indicada a realização de ultrassonografia para confirmação diagnóstica (SANTOS et al., 2016). Esse exame é o escolhido por ser um método simples, não invasivo e apresentar boa correlação com os aspectos macroscópicos da glândula tireoide, sendo cada vez mais utilizado para identificar nódulos que apresentam risco de malignidade (WANDERLEY et al., 2015). Adicionalmente, é o método mais eficaz para avaliar o número, tamanho, localização, estrutura e ecogenicidade dos nódulos tireoidianos (ROSÁRIO et al., 2013). É importante salientar que a ultrassonografia da tireoide está reservada somente para casos de nódulos tireoidianos encontrados à palpação (MAIA, 2013) e, após a confirmação das características desses nódulos pelo exame ultrassonográfico, realiza-se uma biópsia com a finalidade de realizar o diagnóstico histológico da lesão (SANTOS et al., 2016).

Atualmente, a punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é o procedimento diagnóstico inicial em qualquer nódulo tireoidiano com tamanho superior a 1 cm (WANDERLEY et al., 2015) e pode estabelecer se as lesões identificadas são benignas ou malignas (CRUZ et al., 2015). A PAAF é um método diagnóstico rápido, de baixo custo e tem excelente reprodutibilidade (CERATTI et al., 2012). Após os exames, os nódulos podem ser classificados como benignos (60% a 70%), malignos (5% a 10%) ou indeterminados (10% a 20%) (RODRIGUES; PONTES; ADAM, 2015).

O prognóstico do paciente com CDT é excelente e aproximadamente 80% dos pacientes são curados com o tratamento inicial, 20% apresentarão apenas recorrência local e apenas 5 a 10% desenvolverão metástases à distância (MAZZAFERRI; KLOOS, 2001; ROUXEL et al., 2004). Em geral as taxas de sobrevida livre da doença em cinco anos variam entre 90 a 97% para o CPT, sendo 99,8% para tumores localizados, e 97% e 57,3% para tumores regionalmente disseminados e para tumores com metástases à distância, respectivamente (SIMARD et al., 2012).

A idade do paciente, gênero, tamanho do tumor, presença de extensão extra tireoidiana e de metástases tumorais são alguns dos indicadores prognósticos mais comumente associados à recorrência da doença e óbito. Através da análise desses fatores, os pacientes são

divididos em grupos de baixo e alto risco, para determinar a conduta e o tratamento mais adequados (NEMETZ, M.; NEMETZ, A.; SANTOS, 2011).

Após o tratamento, a chance de recorrência da doença é maior entre 5 a 8 anos após o diagnóstico. Nos cinco anos seguintes, a chance de recorrência diminui, mas pode ocorrer por várias décadas após o tratamento inicial (MAZZAFERRI; KLOOS, 2001). Alguns pacientes apresentam uma doença agressiva, com recorrências, complicações graves e até morte. Esses pacientes na maioria das vezes têm idade avançada e já apresentam a doença metastática no diagnóstico, ou possuem tumores grandes e invasivos. A importância da identificação desses pacientes se dá no manejo clínico, com implicações no prognóstico e nos custos do tratamento (GOLBERT et al., 2005).

1.4 Tratamento

O tratamento para o carcinoma de cabeça e pescoço inclui cirurgia, radioterapia (RIT), quimioterapia, ou a uma combinação destas modalidades. No entanto, essas intervenções frequentemente têm consequências indesejáveis, afetando aspectos físicos e psicológicos do indivíduo (NIH, 2013). Especificamente para tratar o CDT, devem ser levados em consideração o estadiamento da doença, as características do paciente e as características do tumor. Na maioria dos casos, o procedimento escolhido é a cirurgia ablativa da tireoide e das metástases ganglionares locais, seguida por terapia com iodo radioativo (KAMMORI et al., 2014). Os fatores que influenciam a extensão da cirurgia incluem o diagnóstico histológico, o tamanho e a extensão local da lesão original, a presença de linfonodos regionais e metástases à distância e a idade do paciente. O objetivo da cirurgia deve ser o de remover todo o tecido neoplásico maligno presente no pescoço. Como a cirurgia do CDT frequentemente implica na realização de tireoidectomia total (TT), esses indivíduos necessitam de reposição com hormônio tireoidiano por toda a vida. No caso específico do CDT, essa reposição adquire um caráter especial, pois os valores séricos de T4, durante a reposição hormonal, devem ser em níveis suficientes para garantir uma adequada supressão do hormônio estimulante da tireoide (TSH). O nível de supressão depende da estratificação de risco do paciente e um seguimento, a longo prazo, é necessário para todos os indivíduos (COOPER et al., 2009). Os protocolos de seguimento clínico podem afetar a QV de um grande número de indivíduos, dada a frequência elevada dessa patologia, o que faz deste tópico uma importante

questão de saúde pública para todos os grupos envolvidos no cuidado desses pacientes, em diferentes países (GANZ, 1994).

Há uma forte correlação entre o tratamento, QV e sobrevivência em longo prazo (MEHANNA; BOER; MORTON, 2008). As diferentes modalidades de tratamento do CDT podem causar impacto significativo na vida dos pacientes e, além dos aspectos físicos, o estado psicossocial do paciente após o tratamento é determinante na sua sobrevivência (MEHANNA; MORTON, 2006b).

O tratamento do carcinoma acarreta alterações nos planos físico e emocional e os possíveis eventos adversos gerados nem sempre são passíveis de controle (LAHOZ et al., 2010). Um estudo transversal de Taiwan envolvendo pacientes com CDT, revelou que 33% tinham níveis clinicamente significativos de depressão (HAISFIELD-WOLFE et al., 2009) e outro estudo do Reino Unido relatou uma incidência de 22% de ansiedade e depressão nesses indivíduos (HUTTON; WILLIAMS, 2001). Entre esses, as mulheres são mais propensas a sofrer algum tipo de consequência psicológica. Estudos apontam que 30% das pacientes apresentaram depressão ou ansiedade no início e um ano após o diagnóstico do CDT, o que sugere que essas reações não são transitórias (ISLAM et al., 2010). O tratamento do CDT, portanto, tem um grande impacto na QV e saúde mental dos pacientes, pois além de complexo exige reposição com levotiroxina e monitorização clínica regular por toda a vida (HERCULANO, 1998). Segundo Gómez e colaboradores (2010), a variação na QV e o bem-estar psicológico dos pacientes com CDT estão relacionados com sua visão da doença e o grau de adaptação ao tratamento.

Finalmente, devido ao bom prognóstico desse tipo de carcinoma, os pacientes frequentemente relatam que foram informados pelo profissional de saúde de que tem um “bom câncer”, o que não reflete a experiência individual do paciente com a doença (GAMPER et al., 2015). Sintomas como angústia e fadiga são comuns após o tratamento cirúrgico e afetam o trabalho e o lazer desses indivíduos, no entanto são muitas vezes negligenciados na prática clínica e erroneamente atribuídos somente ao hipotireoidismo. Durante os últimos anos, foi observada uma maior demanda dos pacientes com CDT para obter informações médicas sobre sua doença e maior apoio psicossocial (LEE et al., 2010; BANACH et al., 2013), já que por ser comumente um carcinoma menos agressivo, os sentimentos dos pacientes frente à essa experiência são desvalorizados. Desse modo, o tratamento e acompanhamento devem ser planejados individualmente, de forma a atender as necessidades globais de cada paciente.

1.4.1 Tireoidectomia total (TT)

A TT é indicada nos casos em que nódulos indeterminados são citologicamente suspeitos, para quase todos os CDT > 1 cm com ou sem evidência de metástases loco-regionais ou distantes e para os nódulos > 4 cm (HAUGEN et al., 2016). Estudo feito por Byrd e colaboradores (2012) revelou que 43% dos pacientes submetidos a tireoidectomia para carcinomas com tamanho entre 1-4 cm, elegíveis para lobectomia unilateral inicialmente, precisaram de uma TT após análise patológica do lobo retirado. Dentre estes, mesmo alguns tumores menores (1-2 cm) exigiram a complementação da tireoidectomia. Se a cirurgia for a forma de tratamento escolhida para os CDTs <1 cm sem extensão extra tireoideana, o procedimento cirúrgico inicial deve ser uma lobectomia, a menos que haja indicações claras para remover o lobo contralateral (HAUGEN et al., 2016). A realização da TT pode ser necessária quando o diagnóstico de malignidade é feito após a lobectomia por uma biópsia indeterminada ou não diagnóstica. Além disso, pode ser feita para permitir uma RIT eficiente (HAUGEN et al., 2016).

O prognóstico de pacientes com tumores de baixo risco é excelente, independentemente da extensão da tireoidectomia. Assim, sugere-se que uma abordagem cirúrgica menos extensa, tal como uma lobectomia mais istmectomia, poderia ser utilizada em pacientes de baixo risco, em vez da recomendação sistemática de TT (RAPOPORT et al., 2015).

Apesar dessas ressalvas, um estudo feito com pacientes que tiveram CDT, revelou que 73% dos pacientes realizaram a cirurgia de TT (SILVA et al., 2015), sendo a lobectomia realizada pela minoria.

As taxas de complicações pós tireoidectomia foram reduzidas ao longo dos anos por melhorias na técnica cirúrgica. A paresia temporária do nervo recorrente e hipoparatiroidismo são as principais complicações em pacientes submetidos à TT (RAPOPORT et al., 2015). Os riscos cirúrgicos de uma tireoidectomia em dois estágios (lobectomia seguido por conclusão da TT) se mostraram semelhantes aos das TTs primárias (HAUGEN et al., 2016), com exceção de paresia recorrente transitória, que ocorreu mais frequentemente no segundo grupo (GULCELIK et al., 2012).

Ainda que tenha ocorrido melhora dos procedimentos cirúrgicos, os pacientes tireoidectomizados podem apresentar alterações de voz em 25% a 90% dos casos (HENRY et al., 2010), paralisia temporária das cordas vocais em até 3% e permanente em menos de 1% dos

pacientes, hipocalcemia temporária em 7% a 10% e permanente em 0,5% a 1% dos pacientes (ECHTERNACH et al., 2009).

Uma das sequelas mais graves refere-se à lesão do nervo laríngeo recorrente, que pode prolongar os problemas vocais (HENRY et al., 2010) e ainda causar rouquidão permanente afonia, dispneia (CASAL et al. 2010) e problemas de deglutição (CHRISTOU; MATHONNET 2013). Assim, em pacientes jovens e usuários que necessitam da voz para fins profissionais, a lobectomia pode ser o tratamento de escolha. Porém, entre os tumores maiores e aqueles que demonstram características de alto risco, a TT deve ser o padrão cirúrgico e cada caso deve ser analisado individualmente (NIXON, 2016). Outras sequelas compreendem rouquidão, hipocalcemia transitória ou persistente e alterações de deglutição (ALMEIDA; VARTANIAN; KOWALSKI, 2009). Tosse, disfagia, sensação de aperto no pescoço, “repuxamento” da cicatriz, garganta seca e queixas de deglutição foram identificadas como complicações após a TT (MONTONI, 2012).

Mesmo frente às diversas sequelas que podem ser resultantes do procedimento cirúrgico, a TT ainda é a cirurgia mais recomendada no tratamento do CDT. A presença de focos multicêntricos da neoplasia na tireoide está entre as justificativas mais importantes para a indicação de rotina da TT em pacientes com CDT. As presenças desses focos poderiam causar recorrência do carcinoma, ou em casos mais graves, o óbito do paciente (HURTADO-LÓPEZ et al., 2011). Portanto, a maioria das diretrizes clínicas recomenda a TT para todos os pacientes com lesões > 1 cm, o que pode mudar com a posição recente da Associação Americana de Tireoide, que sugere uma abordagem individualizada para tumores entre 1 e 4 cm que não possuem evidências de disseminação extratireoidea (HAUGEN et al., 2016), o que já havia sido sugerido pela Associação Britânica de Tireoide (PERROS, et al. 2014). A abordagem mais agressiva (TT), portanto, pode não ser a mais indicada em grupos de baixo risco (ABDELGADIR et al., 2015).

Em casos específicos a TT deve ser combinada com o esvaziamento cervical. O termo esvaziamento (ou linfadenectomia) cervical compreende a retirada do tecido linfo gorduroso de determinado compartimento do pescoço, de acordo com a drenagem linfática preferencial do tumor primário (CARTY et al., 2009; PORCARO-SALLES et al., 2011). Atualmente, o esvaziamento cervical é fortemente indicado para pacientes com nódulos positivos no compartimento central e deve acompanhar a TT a fim de promover mais efetivamente a cura da doença (HAUGEN et al., 2016).

Há dois tipos de esvaziamento cervical: eletivo e terapêutico. O primeiro é aquele realizado na ausência de metástases cervicais detectadas no exame clínico ou por exames de imagem. Além de eletivos são seletivos, por serem realizados apenas em compartimentos cervicais com maior risco para metástases. No último caso, além dos nódulos, apenas o tecido linfático gorduroso é retirado, preservando todas as estruturas funcionais do pescoço (CARTY et al., 2009). O segundo tipo de esvaziamento é realizado quando há indícios de metástases no exame clínico pré-operatório, nos exames de imagem e/ ou na exploração cervical pré-operatória. Na ausência de invasão tumoral, preservam-se estruturas funcionais do pescoço (PORCARO-SALLES et al., 2011).

Após o tratamento cirúrgico, os pacientes que realizaram a TT necessitam de medicação diária pelo resto de suas vidas. A supressão do TSH com doses supra-fisiológicas de levotiroxina é um componente fundamental do tratamento do CDT após cirurgia e RIT, visando reduzir o risco de recorrência tumoral (COOPER et al., 2009). A terapia de reposição hormonal é utilizada para inibir o crescimento tumoral, pelos seus efeitos de feedback negativo na secreção de TSH pela hipófise (COOPER et al., 1998), ou seja, evita que a glândula pituitária produza TSH, suprimindo o crescimento de eventuais células tireoidianas residuais (NIX; NICOLAIDES; COATESWORTH, 2005). Nos últimos anos, as diretrizes para terapia de supressão de TSH no tratamento de CDT foram alteradas, devido ao excelente prognóstico do tumor e melhor compreensão do seu curso. A supressão de TSH é recomendada, mas ainda não há consenso sobre a concentração ideal de TSH para pacientes com CDT (BIONDI; COOPER, 2010; CHENG et al., 2016).

Portanto, pode-se inferir que o procedimento cirúrgico de TT produz impacto significativo na vida dos pacientes, tanto naqueles que a realizaram por patologias benignas quanto por malignas, não só pelo procedimento em si, mas também pela necessidade desses indivíduos fazerem tratamento com reposição hormonal por toda a vida.

1.4.2 Radioterapia (RIT)

Os objetivos da administração pós-operatória de iodo radioativo incluem ablação do tecido tireoidiano remanescente (para facilitar a detecção de doença recorrente e estadiamento por testes como tireoglobulina e pesquisa de corpo inteiro) e terapia adjuvante (destinada a melhorar a sobrevida com ausência da doença) ou terapêutica (destinada a aumentar as chances de cura em doentes com risco mais elevado) (HAUGEN et al., 2016). A RIT utiliza exposição ao elemento radioativo iodo-131 e é recomendada para remoção de restos tireoidianos pós-cirúrgicos, destruição de focos neoplásicos microscópicos e tratamento de metástases (GRODSKI et al., 2008). Em resumo, a RIT diminui o risco de recorrência do CDT através do efeito terapêutico sobre possíveis micrometástases, aumenta a sensibilidade dos testes de tireoglobulina sérica, pois o tecido remanescente da tireoide é uma fonte potencial de tireoglobulina e aumenta a sensibilidade da pesquisa de corpo inteiro, uma vez que remove o tecido funcional tireoidiano residual (NIX; NICOLAIDES; COATESWORTH, 2005; PACINI et al., 2009).

A maioria dos CDTs são tratados com TT, seguida por uso seletivo de RIT. As taxas de sobrevivência são excelentes, porém a QV é afetada (PATEL; GOLDFARB, 2013) devido aos efeitos colaterais do tratamento. Esses efeitos atingem as glândulas salivares e nasolacrimais, as gônadas e os órgãos gastrointestinais e hematopoiéticos. O sintoma mais comum é a sialoadenite aguda ou a obstrução dos dutos salivares, que pode causar dor e / ou inchaço e danos ao parênquima salivar (HENRY et al.; JENTZEN et al., 2010). Os principais efeitos crônicos da RIT são xerostomia, sialadenite, fadiga e ganho de peso (DAGAN et al., 2004; TAGAY et al., 2005). Efeitos menos frequentes são conjuntivite e olhos secos. Outros efeitos secundários compreendem náuseas e esterilidade em homens e mulheres (PATEL; GOLDFARB, 2013).

Estudos recentes evidenciam que os sobreviventes de CT ainda referem uma variedade de sintomas e incapacidades funcionais 5 anos ou mais após o seu diagnóstico e tratamento, o que enfatiza a necessidade de mensuração da QV desses indivíduos ao longo da vida (HUSSON et al., 2015).

1.5 Qualidade de vida em pacientes oncológicos

A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tiveram sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos (SZABO; ORLEY; SAXENA, 1997). Estudos da década de 1950 e 1960 sugeriram uma associação entre o estado emocional dos pacientes oncológicos e sua sobrevivência ao carcinoma (BLUMBERG et al., 1954). Assim, a avaliação da QV nos pacientes oncológicos se mostrou essencial, pois além do caráter crônico da doença, o impacto psicológico sobre o indivíduo também era capaz de se estender aos âmbitos familiar, social e profissional (WEYMULLER; DELEYIANNIS; YUEH, 2003). Ademais, a percepção dos contextos sociais, físicos e emocionais do indivíduo se fez essencial para a obtenção de uma sobrevida com QV satisfatória (NASCIMENTO JUNIOR; ANGELIS; LIMA, 2015).

Enquanto visão subjetiva da QV, os pacientes oncológicos a mensuram em relação à satisfação com o seu nível presente de funcionamento, ou seja, o indivíduo avalia suas presentes capacidades em comparação com aquilo que considera como ideal (MICHELONE; SANTOS, 2004; SOUZA, 2012). Desse modo, o indivíduo compara suas capacidades atuais com as do passado. Essa avaliação pode causar sentimento de frustração, quando o indivíduo percebe que após o tratamento, mesmo que bem-sucedido, ainda possui limitações.

As evidências científicas mostram que a QV dos pacientes com algum tipo de carcinoma é diminuída (MACHADO; SAWADA, 2008) e pelo menos um terço dos pacientes que receberam tratamento oncológico irá apresentar algum tipo de angústia (ROSSI; SANTOS, 2003), com impacto negativo na sua QV (FANGEL et al., 2013). Ademais, ser diagnosticado com carcinoma impõe significativa aflição emocional em uma proporção significativa de pacientes (35% a 38%) (FALLER et al., 2013). O paciente oncológico enfrenta desafios importantes, tanto físicos quanto emocionais, desde o momento em que o carcinoma é descoberto até, dependendo do tratamento, pelo resto de suas vidas. Uma adequada compreensão desses desafios e sua correlação com os diversos aspectos do tratamento poderia facilitar a prevenção e o tratamento mais adequado desses problemas (HESPANHOL et al., 2010) e aumentar a adesão a terapêuticas complementares eficazes, com impacto positivo na vida dos sujeitos (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

Alguns domínios da QV são afetados durante e após o tratamento de um carcinoma, sendo a imagem corporal e aparência um deles. A literatura aponta que o carcinoma principalmente em mulheres pode afetar a percepção da sexualidade e a própria imagem corporal (INCA, 2015).

Além disso, esse domínio é pontuado com escores baixos entre o sexo feminino (TERRA et al., 2013). As alterações na imagem corporal e os diversos efeitos colaterais provocados pelas modalidades terapêuticas levam a inúmeras reações emocionais e a modificações/transtornos de humor, podendo modular comportamentos. Especialmente para as mulheres que são casadas, podem ser percebidas crises conjugais, devido principalmente às alterações de humor que influenciam negativamente a sexualidade feminina (ALBUQUERQUE; MAIA, 2013).

O domínio físico também sofre forte influência do tratamento e pode causar consequências para o resto da vida. As queixas mais frequentes dos pacientes foram relacionadas à fadiga, distúrbios do sono, comprometimento emocional e modificações no papel ou função social. As maiores diferenças entre os pacientes e a população geral foram em relação aos distúrbios do sono, fadiga, função cognitiva, função social e situação financeira (SINGER et al., 2012).

O domínio psicossocial está geralmente comprometido nos pacientes oncológicos. Apesar da manutenção das atividades de lazer, essas são sempre realizadas com familiares isoladamente ou em ambiente domiciliar, ou seja, excluindo a interação social com pessoas fora do núcleo familiar (FANGEL et al., 2013). Nesta situação, a maneira como o indivíduo se percebe, e como pensam que outras pessoas o enxergam, pode levar ao isolamento social (ALBUQUERQUE; MAIA, 2013). Além do isolamento, a depressão também é um problema que preocupa os estudiosos da área, pois os pacientes deprimidos apresentam um risco três vezes maior de não adesão ao tratamento. Sintomas como desânimo, insônia, dificuldade de adesão ao tratamento, sentimento de inferioridade e culpa, falta de esperança, anedonia e falta de dedicação à vida fazem parte do diagnóstico de depressão e afetam profundamente a QV (FORTES et al., 2007).

A execução de tarefas cotidianas tem influência na QV. É definida como capacidade funcional a habilidade de um indivíduo em realizar suas atividades básicas de vida diária de maneira independente, sendo caracterizada pela eficiência na execução das tarefas da vida cotidiana, que dependem da preservação de habilidades motoras e cognitivas, estando diretamente ligada à QV (LINO et al., 2008). Essas alterações prejudicam a QV dos pacientes oncológicos (FANGEL et al., 2013).

Diversas são as preocupações do paciente oncológico que afetam o domínio psicossocial, mas a principal relaciona-se com o futuro, próximo ou distante e envolve o medo da recidiva e de complicações do tratamento, sobretudo quando se aproxima a época da realização dos exames periódicos de acompanhamento (PINHO et al., 2007; BROWALL et al., 2008). Durante o

tratamento, privações como a distância de casa, afastamento da família (SOMMERFELD et al., 2011) e do trabalho, e algum grau de angústia relacionada à espiritualidade prejudicam a QV (MICHELONE; SANTOS, 2004). Desse modo, o suporte social é uma ferramenta que pode produzir impacto positivo na vida desses indivíduos (OTTATI; CAMPOS, 2014). A forma como as pessoas reagem frente aos seus problemas e as ferramentas que utilizam para enfrentá-los, estão relacionadas às suas crenças e valores e ao apoio que recebem de seus entes queridos e amigos (GOMES, 1997). As estratégias de enfrentamento (apoio instrumental, emocional ou de informação) interferem significativamente na QV e estão vinculadas à redução de sinais de ansiedade e depressão. Esta relação pode ainda favorecer a aderência e a adaptação do indivíduo ao tratamento oncológico (ALEGRANCE; SOUZA; MAZZEI, 2010; SOUZA; ARAÚJO, 2010). Nesse contexto, a família e os amigos tem um papel importante, uma vez que a compreensão e o respeito às limitações do paciente podem ajudá-lo na conquista de uma vida harmônica, com melhor QV (SILVA et al., 2005; TERRA et al., 2013).

Quando comparados os diversos tipos de carcinoma, são observadas diferenças em relação aos domínios da QV que são mais afetados em cada um deles, devido principalmente ao sítio anatômico da doença. Os pacientes com neoplasia maligna de cabeça e pescoço referem dificuldades na mastigação e deglutição, disfagia, alteração no auto percepção, desvantagem vocal, comprometimento emocional e nas relações sociais. Em indivíduos afetados pelo carcinoma de mama, a ablação da mama pode acarretar danos à QV, assim como à satisfação sexual e às atividades físicas e sociais. Nos sujeitos com carcinoma pulmonar foram identificados diminuição nos seguintes domínios: físico, funcional, dor, vitalidade, estado geral e saúde mental (ZANDONAI et al., 2010).

Os pacientes com neoplasia de cabeça e pescoço possuem especificidades relacionadas a sua patologia. Vários estudos têm demonstrado que a QV dos pacientes diminui significativamente durante o tratamento, aumenta cerca de 3-6 meses após o diagnóstico e, ao final do primeiro ano, a QV dos pacientes retorna aos níveis pré-tratamento (MEHANNA; MORTON, 2006a; NORDGREN, 2006). Outros, porém apontam que a QV global desses indivíduos se mantém estável, porém o domínio físico, que logo após o tratamento é afetado, ainda apresenta escores diminuídos mesmo após um ano de acompanhamento (ACKERSTAFF et al., 2012).

As neoplasias malignas da tireoide podem acarretar alterações significativas em funções vitais relacionadas à alimentação, comunicação e interação social dos indivíduos afetados,

podendo gerar repercussões psicológicas importantes, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, geralmente levando a algum grau de disfunção na sua vida diária (ZANDONAI et al., 2010). A título de exemplo, as cicatrizes, que tradicionalmente permanecem após a cirurgia na parte anterior do pescoço e são resultantes do procedimento cirúrgico, impactam na QV desses indivíduos principalmente nos aspectos cosméticos, funcionais e psicossociais (CHOI et al., 2014).

Apesar dos avanços consideráveis na recuperação cirúrgica, que resultaram em melhorias na aparência estética, função e sobrevivência após o tratamento do CDT, menos atenção tem sido dada à QV devido ao prognóstico favorável desse carcinoma. Estudos relataram que uma grande proporção de pacientes permanece com alterações psicológicas desfavoráveis (SHIRAZ et al., 2014). Após 3-4 anos da cirurgia, pelo menos um em cada 10 pacientes que realizaram TT devido ao CDT estava ansioso ou deprimido (ROGERS et al., 2006).

Avaliar a QV de pacientes oncológicos pode ajudar à melhor compreensão do real impacto da doença e de como o tratamento interfere na vida dos indivíduos (ZANDONAI et al., 2010). Pelo fato dos pacientes com CDT apresentarem prognóstico favorável, com uma taxa de sobrevivência estimada em 20 anos, pode-se assumir erroneamente que esses pacientes são menos emocionalmente afetados do que outros pacientes com carcinoma e que a QV é comparável à população em geral (SINGER, et al. 2012).

A diminuição da QV também está associada ao sexo e nível de escolaridade, sendo que ser jovem, do sexo feminino, com menor nível educacional são fatores relacionados com a QV prejudicada (ASCHEBROOK- KILFOY et al., 2015). As razões para a redução da QV em sobreviventes curados de CDT não estão bem compreendidas e parece não estar relacionadas aos valores de TSH, embora alguns estudos sugiram uma relação com o uso de doses supressoras de T4 ou a períodos de hipotireoidismo (TAGAY et al., 2005).

Os pacientes que possuem patologias benignas da tireoide também possuem a QV afetada, pois alguns também necessitam do tratamento cirúrgico e posterior utilização de levotiroxina pelo resto de suas vidas. As patologias benignas mais comuns são nódulos de tireoide, bócio, tireoidite de Hashimoto e doença de Graves.

Os nódulos da tireoide císticos recorrentes com citologia benigna ou com suspeita de malignidade possuem indicação para a remoção cirúrgica. A mesma indicação é válida para nódulos crescentes benignos, principalmente se forem grandes (> 4 cm) causando sintomas compressivos ou estruturais (HAUGEN et al., 2016). A doença de Graves representa a etiologia

mais comum de hipertireoidismo e tem origem autoimune (GUIMARÃES FILHO et al., 2015). O tratamento inicial é realizado com medicamentos antitireoidianos por aproximadamente 18 meses. A tireoidectomia ou a RIT para promover uma ablação total da glândula são realizadas mais recentemente como medida terapêutica inicial ou caso ocorra a recidiva da doença (ZANARDO; BARROS; BRANDÃO, 2015). O bócio multinodular também é uma patologia benigna da tireoide e seu tratamento pode demandar sua remoção cirúrgica.

Estudos recentes indicam que as complicações transitórias TT podem perdurar até cerca de seis meses após a cirurgia e incluem paralisia do nervo laríngeo recorrente e hipocalcemia. Essas complicações afetam negativamente a QV e os maiores impactos estão nos domínios função social, emocional e saúde mental (PROMBERG et al., 2014). Portanto, a cirurgia de tireoide só deve ser indicada em casos específicos e quando os riscos da operação forem menores que os riscos da doença de tireoide (PROMBERG et al., 2014). Estudos recentes, porém, apontam que a QV dos indivíduos que realizaram a tireoidectomia devido ao bócio aumentou, sendo essa melhora resultado da diminuição do stress e sofrimento que eram causados antes da cirurgia pelo aumento da tireoide (MISHRA et al., 2013).

O tratamento cirúrgico nos casos das patologias benignas provoca as mesmas consequências que nos pacientes com CDT, já que a remoção completa da glândula pode apresentar complicações como hipoparatiroidismo transitório e lesão do nervo laríngeo recorrente, com consequente redução na QV (GONÇALVES FILHO; BORGES, 2014), o que justifica a inclusão desses pacientes num estudo que se propõe a entender os aspectos que afetam a QV do paciente com CDT.

2. JUSTIFICATIVA

Frente aos avanços científicos na área oncológica, o sucesso dos cuidados á saúde não pode ficar restrito aos indicadores biomédicos, sendo preciso considerar também as outras variáveis que compõe o ser humano, como o domínio emocional, as relações sociais e a espiritualidade, aspectos esses que os questionários de QV permitem quantificar e analisar.

Isso é particularmente importante no CDT, considerando-se que a região da cabeça e pescoço é sítio anatômico de funções básicas, como fala, deglutição, audição e respiração, relacionados à interação social e que podem ser profundamente afetados pela doença e seu tratamento (MELO FILHO et al., 2013). A avaliação da QV em indivíduos com CT tratados contribuirá para olharmos além da cura clínica da neoplasia. O questionário utilizado WHOQOL-100, de caráter multidimensional, permite avaliar o indivíduo de forma integral, apontando principalmente quais são as potencialidades e fragilidades do paciente que teve CDT, foi tratado e atualmente faz uso da medicação diária para manter a sua QV.

A importância do presente estudo ser descritivo é, principalmente, porque essa abordagem permite a observação, o registro, a análise e a correlação dos fatos do mundo físico com o universo percebido pelo homem, descrevendo sua estrutura e funcionamento sem a interferência do pesquisador (CERVO; BERVIAN, 1996). Por ser também um estudo quantitativo, possui uma boa validade externa, ou seja, os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade (SERAPIONI, 2000). Desse modo os dados que obtivermos podem ser aplicáveis a todos as pessoas que compartilham das mesmas características que os pacientes que foram estudados. O WHOQOL-100, como exposto, por permitir uma avaliação mais profunda e detalhada da QV, foi considerado o mais adequado para o presente estudo.

Sendo o CDT um dos mais comuns no Brasil e considerando o impacto que a tireoidectomia tem sobre a QV dos indivíduos, justifica-se o estudo dessa temática.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a QV de pacientes com CDT, tratados, através do questionário WHOQOL-100.

3.2 Objetivos específicos

Identificar quais os domínios do WHOQOL-100 mais afetados pelo CDT e seu tratamento.

Apreender quais os impactos específicos do CDT e seu tratamento na vida dos pacientes, dentro de cada domínio do WHOQOL-100.

Comparar a QV de pacientes com CDT com a de indivíduos que realizaram a TT devido a outras patologias benignas da tireoide e indivíduos sem patologia tireoidiana.

4.METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Este estudo tem o delineamento quantitativo, do tipo descritivo transversal, com população amostral de conveniência ou intencional, conforme a subpopulação estudada.

4.2 Local de estudo ou cenário da pesquisa

O projeto foi desenvolvido na cidade de São Carlos, SP, no ambulatório de Cirurgia Oncológica do SUS e em consultório privado, com a colaboração do Dr. Victor Hugo Maion, cirurgião responsável pelo cuidado dos pacientes oncológicos. Os controles foram recrutados nas Unidades de Saúde da Família (USF) Jardim Gonzaga, Jardim Cruzeiro do Sul e Jardim Botafogo à fim de abarcar nesse estudo indivíduos de diferentes procedências geográficas e sociais. A abordagem, porém, não se restringiu aos pacientes das unidades e incluiu indivíduos presentes nos grupos de ginástica dessas unidades, além de frequentadores de parques e igrejas da cidade, após concordarem em participar da pesquisa. O presente trabalho foi iniciado após consentimento formal da gestão municipal (Secretaria Municipal de Saúde e gestão das Unidades de Saúde) e assinatura do consentimento livre e esclarecido pelos sujeitos da pesquisa.

4.3 Sujeitos da pesquisa

4.3.1 Grupos da pesquisa

Os pacientes foram divididos em três grupos: pacientes que realizaram tireoidectomia devido ao carcinoma bem diferenciado de tireoide (CaT), pacientes que realizaram tireoidectomia por causas benignas (PB) e pacientes controles (C). O número de indivíduos do grupo C foi três vezes maior que o grupo CaT, visando abranger a maior diversidade deste grupo. Os grupos foram ainda divididos em \leq e $>$ 45 anos e essa faixa etária foi utilizada como referência devido à sua importância prognóstica em pacientes com CDT (ALMEIDA; VARTANIAN; KOWALSKI, 2009). Pacientes com mais de 45 anos apresentam uma taxa de mortalidade 5 a 6 vezes maior em comparação aos menores ou igual a 45 anos (MAZZAFERRI; JHIANG, 1994).

4.3.2 Seleção da população de estudo

Os sujeitos dos grupos CaT e PB foram pacientes do SUS e da saúde suplementar, maiores de 18 anos, de ambos sexos, em tratamento regular. A seleção dos pacientes ocorreu sob a forma de busca ativa durante o período de outubro de 2015 a agosto de 2016. Foram feitas visitas diárias ao consultório oncológico privado e ao ambulatório oncológico do SUS, a fim de recrutar os participantes que se encaixavam dentro dos critérios de inclusão e exclusão. Os prontuários foram examinados criteriosamente para verificar a adequação dos pacientes ao estudo. O número de participantes foi delimitado com base no acesso aos pacientes e no seu consentimento para participar do estudo, bem como pela sua regularidade na assistência aos cuidados de saúde pelo menos uma vez por ano.

Distintos métodos de recrutamento foram utilizados na USF Jardim Gonzaga, USF Jardim Cruzeiro do Sul e Jardim Botafogo. Inicialmente foram feitas visitas ao local para estabelecer vínculo com a equipe e funcionários da unidade e, posteriormente, foram feitas visitas diárias nos horários de maior fluxo de pessoas para o recrutamento dos indivíduos do grupo C.

4.4 Critérios de Inclusão (CI) e Exclusão (CE)

Grupo controle (C)

CI: pacientes saudáveis de ambos sexos; maiores de 18 anos.

CE: História pregressa de tratamento ou cirurgia de cabeça e pescoço; não ter patologia oncológica atual ou pregressa; atendimento fonoaudiológico prévio por alterações vocais e/ou de deglutição; pacientes diagnosticados com distúrbios psiquiátricos ou que faziam uso de medicação que afetasse a sua cognição.

Pacientes tireoidectomizados por causas benignas (PB)

CI: Pacientes submetidos à tireoidectomia total sem patologia oncológica; uso de medicação tireoidiana regular.

CE: História pregressa de tratamento ou cirurgia de cabeça e pescoço; atendimento fonoaudiológico prévio por alterações vocais e/ou de deglutição; pacientes ainda em tratamento; pacientes diagnosticados com distúrbios psiquiátricos ou que fizessem uso de medicação que afete a sua cognição.

Pacientes tireoidectomizados devido ao carcinoma diferenciado de tireoide (CaT)

CI: pacientes com carcinoma bem diferenciado de tireoide; tratamento há pelo menos 1 ano; ter realizado tireoidectomia total; ser paciente em acompanhamento regular no ambulatório de cirurgia oncológica; estar em uso regular de medicação tireoidiana.

CE: História pregressa de tratamento ou cirurgia de cabeça e pescoço que não por CA de tireoide; atendimento fonoaudiológico prévio por alterações vocais e/ou de deglutição; pacientes diagnosticados com distúrbios psiquiátricos ou que fizessem uso de medicação que afetasse a sua cognição.

Foram definidos que os pacientes que realizaram a cirurgia há pelo menos 1 ano poderiam participar do estudo, visto que no primeiro ano de tratamento o ajuste da dosagem hormonal e as doses ablativas com RIT (PATEL; GOLDFARB, 2013) provocam prejuízos significantes na QV (MEHANNA; MORTON, 2006a; NORDGREN, 2006).

4.5 Coleta de dados

A QV foi avaliada pela aplicação do questionário WHOQOL-100 a todos os participantes do estudo.

A figura 2 ilustra a distribuição das questões que compõe as facetas do WHOQOL-100 por cada domínio do instrumento. As questões relativas ao domínio meio ambiente correspondem a maior parte do instrumento (32%), seguidas pelo psicológico (20%), nível de independência (16%), relações sociais (12%), físico (12%), espiritualidade (4%) e QV geral (4%).

WHOQOL- Domínios

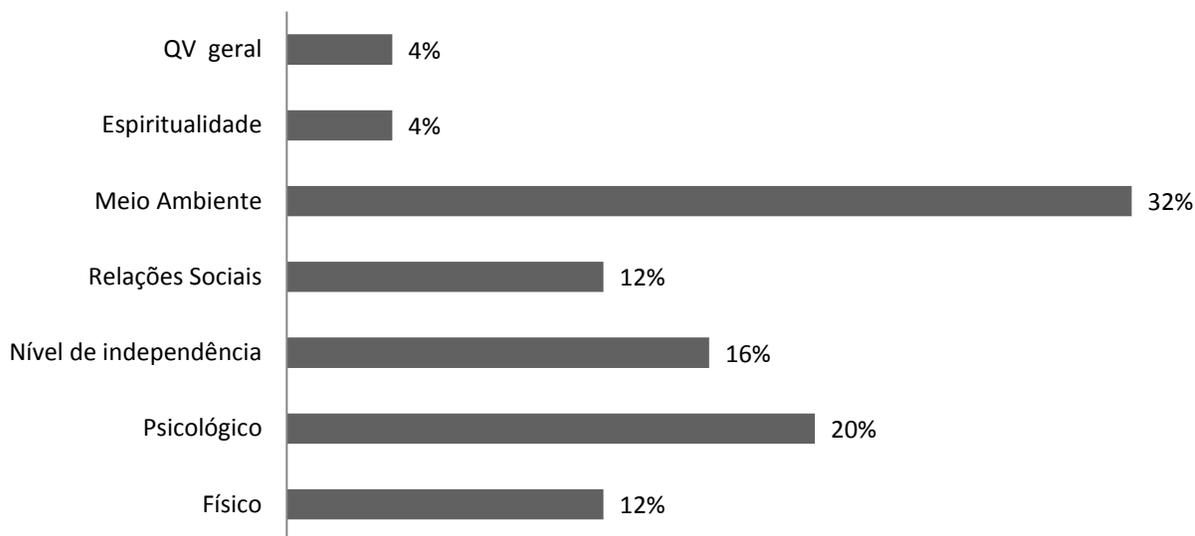


Figura 2 - Porcentagem de facetas distribuídas por domínios do WHOQOL-100.

Os pacientes responderam a dois questionários de autopreenchimento. O primeiro para avaliação de dados clínicos e sociodemográficos, incluindo idade, sexo, escolaridade, estado civil, presença ou não de algum tipo de patologia associada. O segundo, o questionário WHOQOL-100, foi fornecido ao paciente pelo pesquisador para que ele o respondesse em um tempo aproximadamente de 30 minutos. Os indivíduos analfabetos receberam ajuda do pesquisador para responder o questionário, assim como os sujeitos com problemas de visão. O pesquisador esteve à disposição durante todo o período para esclarecer possíveis dúvidas que pudessem surgir durante o preenchimento. As respostas assinaladas em cada pergunta foram computadas e submetidas à análise quantitativa, de maneira a procurar elementos para delinear os fatores determinantes da QV desses indivíduos.

Os prontuários do grupo CaT foram acessados visando identificar os sujeitos que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão propostos pelo estudo, além de informações adicionais relacionadas a cirurgia e tratamento do CDT, após o seu consentimento.

Em relação ao ambiente de pesquisa, os pacientes do grupo PB e CaT responderam ao questionário enquanto aguardavam a consulta médica. Os indivíduos do grupo C estavam em Unidades de Saúde da Família ou fora de lugares relacionados a saúde como parques e igrejas. Os

pacientes do grupo PB e CaT em média responderam o questionário em 35 minutos e os do grupo C em 20 minutos.

4.6 Análises de dados

Através da utilização de uma planilha desenvolvida no software Microsoft Office Excel por pesquisadores da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR obteve-se o resultado do WHOQOL-100 expresso em uma escala de 4 a 20. O software calculou a média aritmética simples das questões que compunham cada faceta, o que foi seguido pela multiplicação por quatro para chegar ao escore final. Para o cálculo do escore dos domínios, foi determinada a média aritmética simples dos escores das facetas que compunham cada domínio. Por fim foi realizada a estatística descritiva de cada faceta e domínio. As variáveis calculadas foram: média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo. O cálculo do escore das facetas foi realizado pela multiplicação por quatro da média das questões de cada faceta. Como cada domínio foi calculado por meio da média aritmética simples das facetas que o compunham, os resultados foram expressos na mesma escala das facetas (PEDROSO; PILATTI; REIS, 2009). Foram feitos dois cálculos independentes para verificação da fidedignidade dos resultados e as análises separadas obtiveram os mesmos resultados.

Na análise descritiva, os dados categóricos foram resumidos em frequências absolutas e relativas e os numéricos em média, desvio padrão e erro padrão. Nos gráficos, os dados foram apresentados em média \pm erro padrão. As diferenças entre médias das variáveis quantitativas (diferentes domínios dos questionários de QV) foram avaliadas por meio do teste de Kruskal-Wallis, com pós-teste de Dunn. A análise estatística foi realizada com auxílio do programa GraphPad prism 5®. Em todos os testes foi adotada significância de 5%.

Foi realizada a avaliação da interação entre as variáveis com o auxílio de um estatístico, através de análises estratificadas e multivariadas (correlação múltipla), como detalhado a seguir. Foi definido como $> 0,3$ o valor do parâmetro de regressão indicativo de uma correlação significativa.

4.6.1. Análise de regressão múltipla e correlação múltipla

O coeficiente de correlação múltipla indica o grau de relacionamento entre as variáveis independentes representado pelo vetor \underline{X} , em que $X=[X_1, X_2, \dots, X_p]$ e a variável dependente (Y) (LIRA, 2004).

Os princípios gerais do método de correlação múltipla são apenas extensões diretas dos conceitos e raciocínios apresentados para o Coeficiente Linear de Pearson.

A correlação múltipla não é simplesmente a soma de correlações da variável de dependente com as variáveis independentes tomadas separadamente. Uma das razões é que pode haver multicolinearidade entre as covariáveis, ou seja as covariáveis são intercorrelacionadas. Quando as intercorrelações forem iguais a zero então, o quadrado do coeficiente de correlação múltipla será a soma dos quadrados dos coeficientes de cada variável independente com a variável dependente. A correlação múltipla aumenta quando aumenta a magnitude da correlação entre as variáveis dependentes e independentes e quando as intercorrelações entre as covariáveis diminuam. Da mesma forma que a análise de correlação simples e a regressão simples estão ligadas, a correlação e regressão múltipla também estão.

A análise de regressão múltipla foi tratada através do modelo linear geral:

$$Y = X\beta + \varepsilon$$

Em que: Y é o vetor das observações ou variável resposta de dimensão n;

X a matriz de dados ou de covariáveis de dimensão n x p;

β vetor de parâmetro de dimensão p;

ε vetor de erros de dimensão n.

4.6.1.1. Estimador do coeficiente de correlação múltipla

O estimador do coeficiente de correlação múltipla foi dado por:

$$R = \sqrt{\frac{SQ_{Reg}}{SQT}} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (\hat{Y}_i - \bar{Y})}{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})}}$$

Como as amostras do grupo TT eram pequenas (em geral $n < 30$) a seguinte correção foi feita para os resultados desse grupo (BUNCHAFT ; KELLNER, 1999):

em que:

$$\hat{\rho}_c^2 = 1 - (1 - \hat{\rho}^2) \frac{(n - 1)}{(n - m)},$$

Assim:

$$\hat{\rho}_c = \sqrt{1 - (1 - \hat{\rho}^2) \frac{(n - 1)}{(n - m)}},$$

Em que:

$\hat{\rho}_c$: é o coeficiente de correlação corrigido;

$\hat{\rho}$: é o coeficiente de correlação amostral obtido do ajuste do modelo de regressão múltipla

n : é o tamanho da amostra (número de observações da amostra)

m : é o número de variáveis correlacionadas ou número de variáveis preditoras mais o número de variáveis respostas

4.6.1.2 Teste de hipótese para o coeficiente de correlação múltipla

A significância estatística do coeficiente de correlação múltipla foi avaliada pelo teste de hipótese:

$$\begin{cases} H_0 : \rho_m = 0 \\ H_1 : \rho_m \neq 0, \end{cases}$$

Com estatística de teste dada por:

$$F = \frac{\hat{\rho}_m^2 / k}{(1 - \hat{\rho}_m^2) / (n - k - 1)},$$

Em que:

$\hat{\rho}_m^2$: É o coeficiente de determinação, ou o R^2 do modelo de regressão múltipla;

n : É o tamanho da amostra (número de observações da amostra);

k : É o número de variáveis independentes, ou o número de covariáveis do modelo.

4.7 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 1207421). A coleta de dados somente teve início após a aprovação pelo CEP. Os sujeitos da pesquisa foram elucidados sobre as informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no Termo de Confidencialidade e Sigilo (TCS). Foram inclusos no estudo somente os indivíduos que concordaram com a pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam um mínimo de 80% do questionário WHOQOL-100.

5. RESULTADOS

5.1 Perfil epidemiológico:

O estudo incluiu 300 participantes no total, com idades entre 24 a 86 anos, a média de idade \pm erro padrão entre o grupo C foi de 47,32 ($\pm 0,848$) anos, no grupo PB 52 ($\pm 2,42$) anos e no grupo CaT 48,41 ($\pm 1,51$) anos. A maioria dos entrevistados foram mulheres (86%) com idade superior a 45 anos (58%). Os homens representaram 14% da amostra.

O grupo PB foi composto por 20 participantes, devido à dificuldade em conseguir sujeitos que atendessem a todos os critérios de seleção desse grupo e que estivessem disponíveis para participar da entrevista. Foi realizada busca ativa desses pacientes em todos os prontuários do consultório oncológico, porém devido a recusas e problemas de localização dos sujeitos resultante de cadastros desatualizados, a amostra foi limitada.

A tabela 3 mostra os números absolutos dos participantes da pesquisa divididos por grupo, gênero e idade. Foi definido que o grupo C seria três vezes maior que o grupo CaT.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes por gênero e idade.

Grupo	Gênero (n)		Idade (n)	
	Feminino	Masculino	≤ 45 anos	>45 anos
Controle (C)	180	30	90	120
Patologias Benignas (PB)	18	2	6	14
Carcinoma de Tireoide (CaT)	60	10	30	40
Total	258	42	126	174

Os gráficos 1, 2 e 3 mostram a distribuição dos participantes dos grupos C, PB e CaT por patologia associada.

Os dados do gráfico 1 revelam que a maioria dos participantes do grupo C não tinha nenhuma patologia associada (41,5%) ou tinha hipertensão arterial sistêmica (20,4%) e, com menor prevalência, artrite (0,9%).

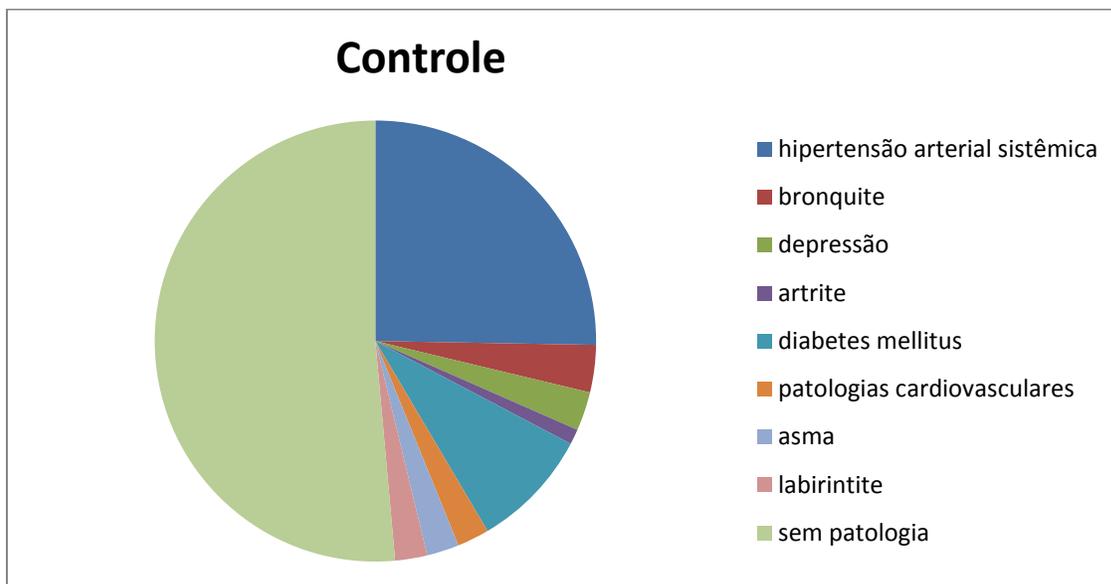


Gráfico 1 – Distribuição dos participantes do grupo controle (C) por patologia associada.

O grupo PB, em sua maioria (70%), não tinha nenhuma patologia associada (Gráfico 2).

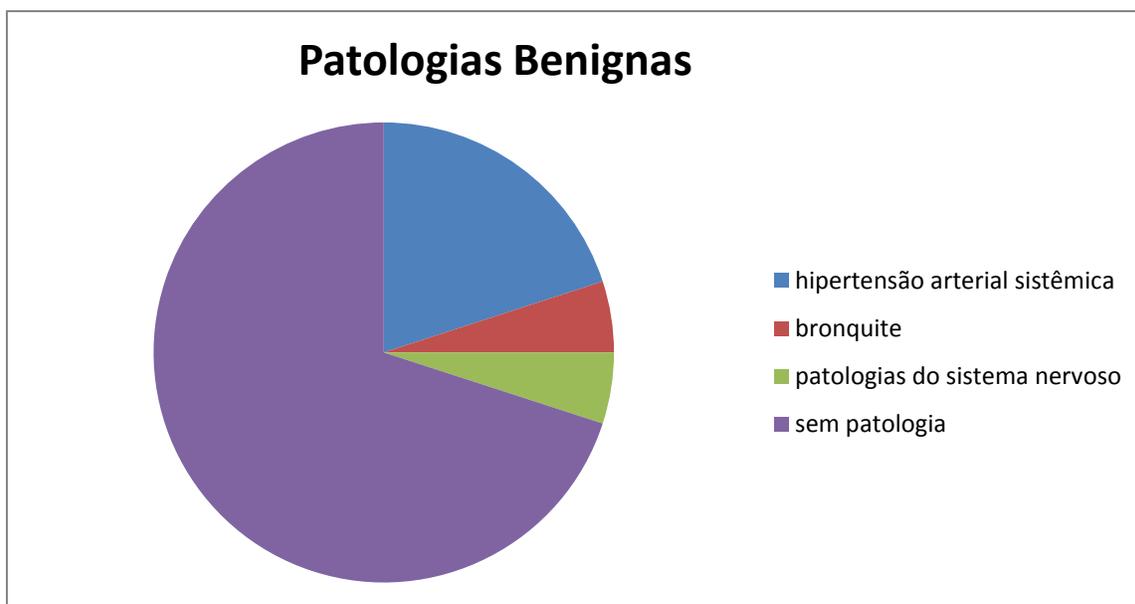


Gráfico 2 – Distribuição dos participantes do grupo patologias benignas (PB) por patologia associada.

No grupo CaT, 56,8% não tinham nenhuma patologia associada e 29,2% apresentavam hipertensão arterial sistêmica (Gráfico 3).

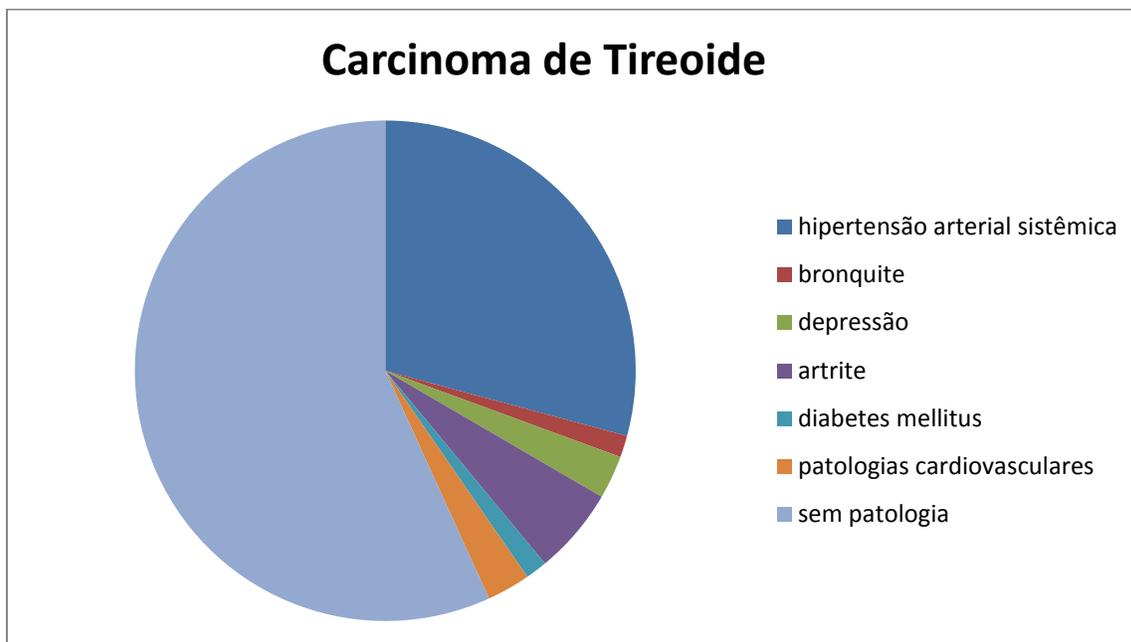


Gráfico 3 – Distribuição dos participantes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por patologia associada.

O gráfico 4 mostra a distribuição dos pacientes do grupo CaT por tipo de tratamento TT + radiodo + esvaziamento cervical (58,58%) ou TT + radiodo (41,42%).

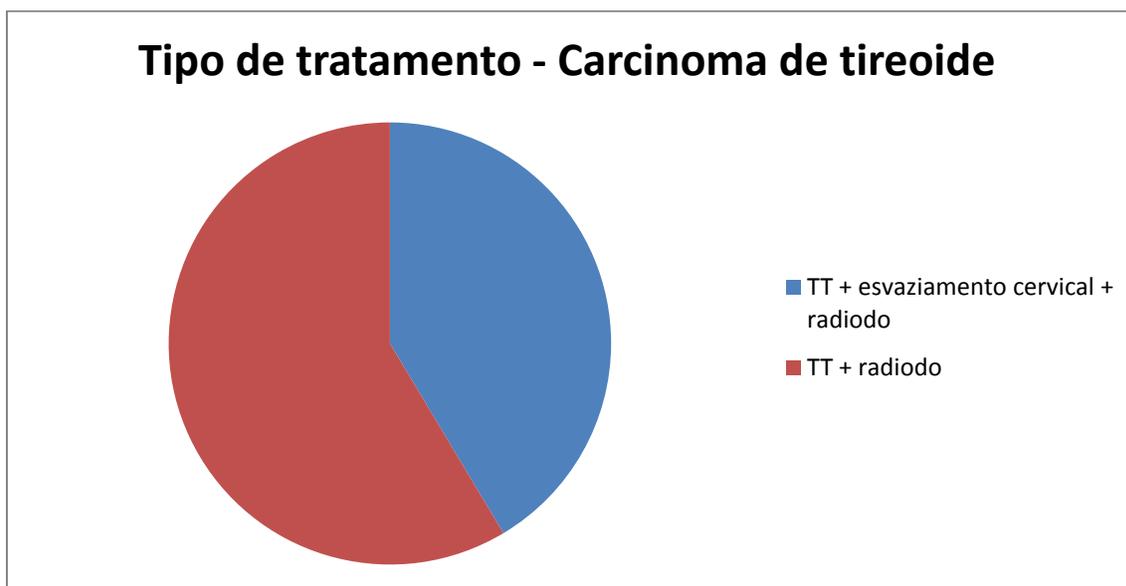


Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por tipo de tratamento.

Os pacientes do grupo PB que realizaram a cirurgia devido a doenças benignas da tireoide possuíam como doença de base bócio 75%, adenoma folicular 20% e tireoidite de Hashimoto 5% (Gráfico 5).

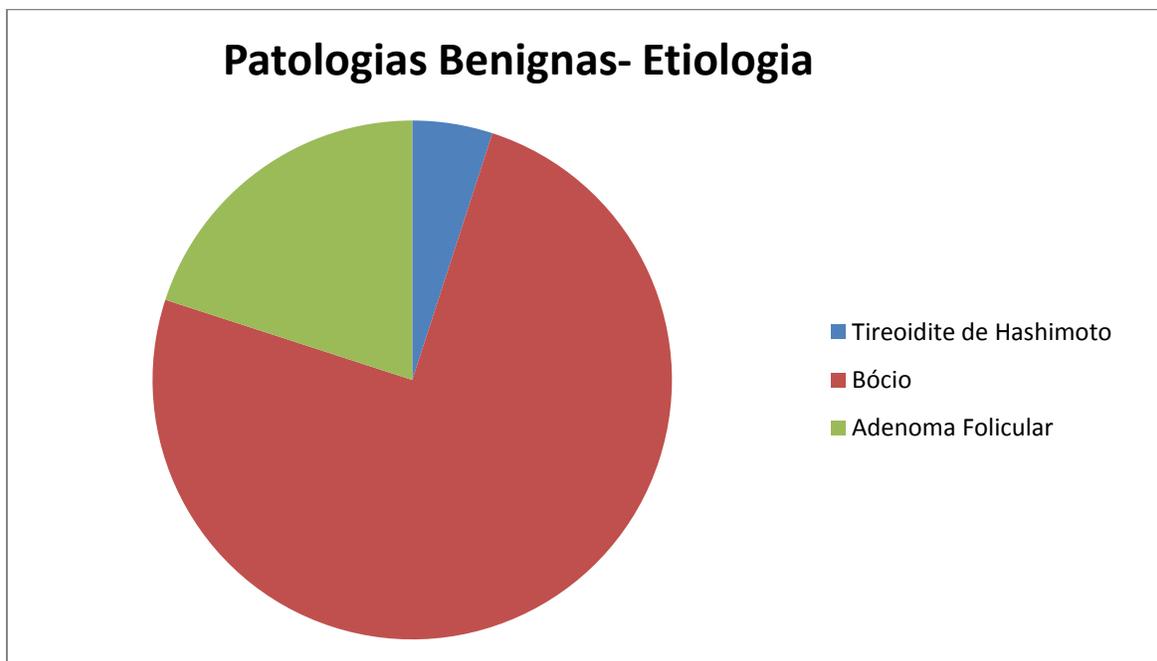


Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes do grupo patologias benignas (PB) por doença.

Dentre os 70 participantes do grupo CaT, o tipo histológico predominante foi o papilífero 85,7%, seguido pelo tipo folicular 11,4% e mais raro o microcarcinoma papilífero + variante folicular 2,9% (Gráfico 6).

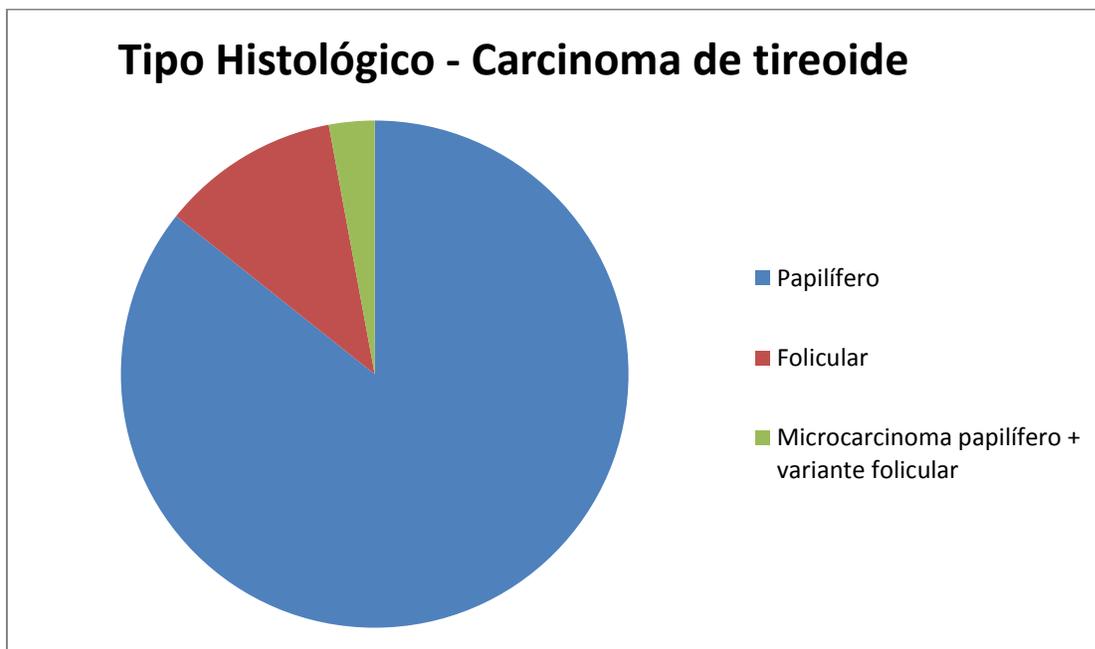


Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por tipo histológico.

Os gráficos 7 e 8 mostram a distribuição dos participantes do grupo PB e CaT por tempo (anos) em que a cirurgia de tireoidectomia foi realizada. A média e erro padrão dos grupos são apresentados a seguir: grupo CaT 5.229 ± 0.4403 e do grupo PB 3.150 ± 0.3858 .

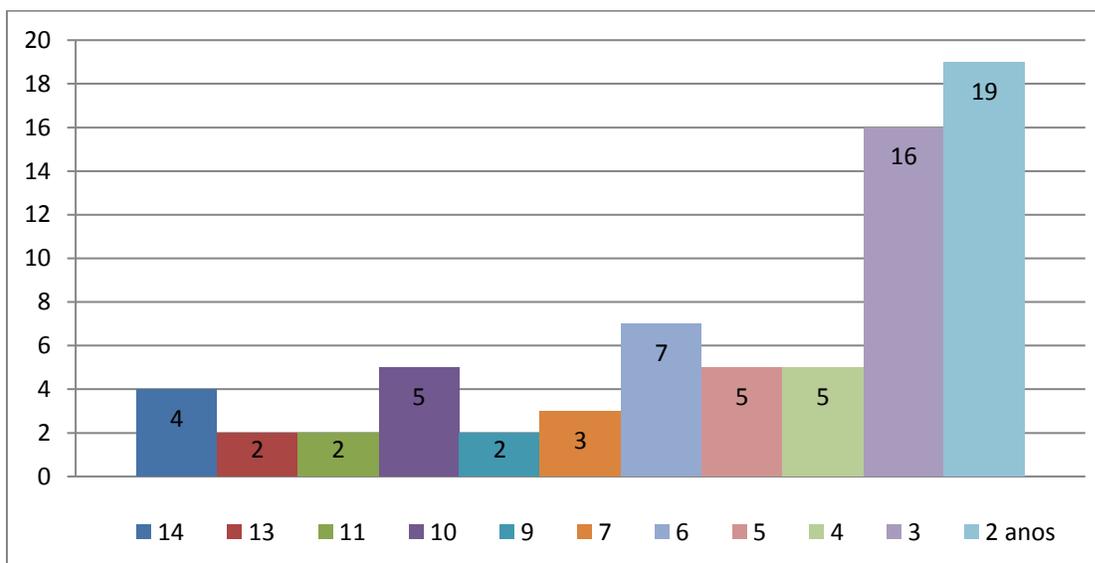


Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes do grupo carcinoma de tireoide (CaT) por tempo (anos) em que a cirurgia foi realizada.

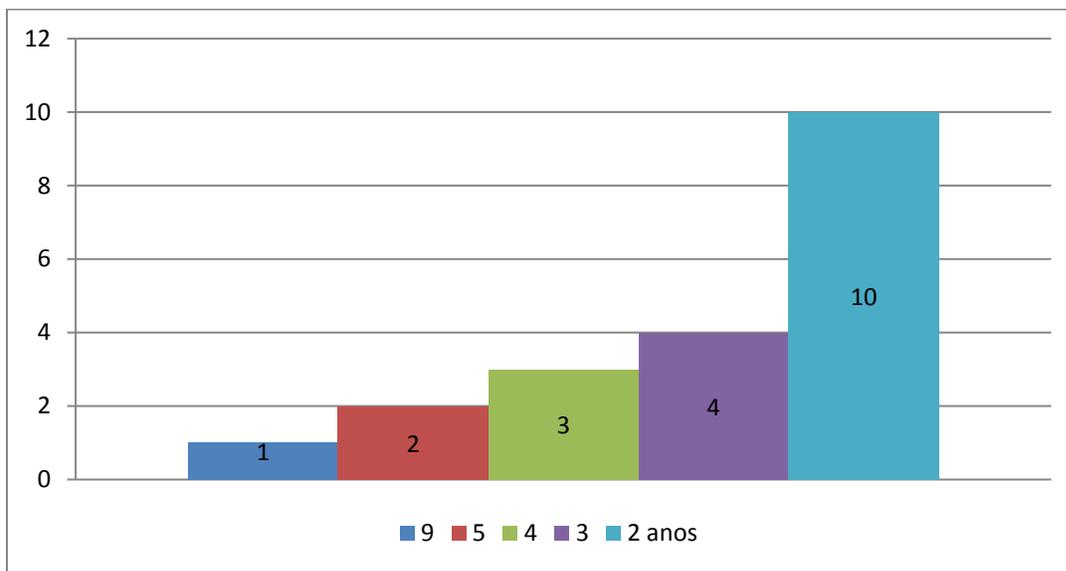


Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes do grupo patologias benignas (PB) por tempo (anos) em que a cirurgia foi realizada.

5.2 Domínios por grupo de participantes

Para melhor visualização das tabelas foi adotada a seguinte nomenclatura para os domínios do WHOQOL: **físico**, referente ao domínio físico; **psicológico**, referente ao domínio psicológico; **independência**, referente ao domínio nível de independência; **relações**, referente ao domínio relações sociais; **ambiente**, referente ao domínio meio ambiente; **espiritualidade**, referente ao domínio aspectos espirituais/religião e crenças pessoais; **QV global**, referente ao domínio qualidade de vida global e percepção geral da saúde.

Os valores de média, desvio padrão e erro padrão dos domínios e QV global do grupo $C \leq 45$ anos estão representados na tabela 4. O grupo $C \leq 45$ anos apresentou a maior pontuação da média no domínio espiritualidade (84) e menor no domínio meio ambiente (56).

Tabela 4 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios de 1 a 6 e da QV global do grupo controle ($C \leq 45$ anos).

Medidas	Físico (1)	Psicológico (2)	Independência (3)	Relações (4)	Ambiente (5)	Espiritualidade (6)	QV global
Média	62	64	76	68	56	84	66
Desvio Padrão	19	14	17	14	9	19	16
Erro Padrão	2	1	2	1	1	2	2

Os valores de média, desvio padrão e erro padrão dos domínios e QV global do grupo $C > 45$ anos estão representados na tabela 5. O grupo $C > 45$ anos apresentou a maior pontuação da média no domínio espiritualidade (83) e menor nos domínios meio ambiente (59) e físico (59).

Tabela 5 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios de 1 a 6 e da QV global do grupo controle ($C > 45$ anos).

Medidas	Físico (1)	Psicológico (2)	Independência (3)	Relações (4)	Ambiente (5)	Espiritualidade (6)	QV global
Média	59	66	68	70	59	83	67
Desvio Padrão	17	12	17	13	10	19	14
Erro padrão	2	1	2	1	1	2	1

Os valores de média, desvio padrão e erro padrão dos domínios e QV global do grupo $PB \leq 45$ anos estão representados na tabela 6. O grupo $PB \leq 45$ anos apresentou a maior pontuação da média no domínio espiritualidade (86) e menor no domínio meio ambiente (49).

Tabela 6 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios e 1 a 6 e da QV global do grupo patologias benignas (PB) \leq 45 anos.

Medidas	Físico (1)	Psicológico (2)	Independência (3)	Relações (4)	Ambiente (5)	Espiritualidade (6)	QV global
Média	55	60	57	61	49	86	55
Desvio Padrão	20	15	23	8	10	18	15
Erro Padrão	8	6	9	3	4	7	6

Os valores de média, desvio padrão e erro padrão dos domínios e QV global do grupo PB > 45 anos estão representados na tabela 7. O grupo PB > 45 anos apresentou a maior pontuação da média no domínio espiritualidade (89) e menor no domínio independência (65) e meio ambiente (65).

Tabela 7 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios de 1 a 6 e da QV global do grupo patologias benignas (PB) > 45 anos.

Medidas	Físico (1)	Psicológico (2)	Independência (3)	Relações (4)	Ambiente (5)	Espiritualidade (6)	QV global
Média	67	69	65	73	65	89	74
Desvio Padrão	11	10	13	9	10	10	12
Erro Padrão	3	3	3	2	3	3	3

Os valores de média, desvio padrão e erro padrão dos domínios e QV global do grupo CaT \leq 45 anos estão representados na tabela 8. O grupo CaT \leq 45 anos apresentou a maior pontuação de média no domínio espiritualidade (84) e menor no domínio físico (50).

Tabela 8 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios e 1 a 6 e da QV geral do grupo carcinoma de tireoide (CaT) \leq 45 anos

Medidas	Físico (1)	Psicológico (2)	Independência (3)	Relações (4)	Ambiente (5)	Espiritualidade (6)	QV global
Média	50	63	61	72	64	84	66
Desvio Padrão	18	15	15	15	12	16	17
Erro Padrão	3	3	3	3	2	3	3

Os valores de média, desvio padrão e erro padrão dos domínios e QV global do grupo CaT > 45 anos estão representados na tabela 9. O grupo CaT > 45 anos apresentou a maior pontuação da média no domínio espiritualidade (83) e menor no domínio físico (57).

Tabela 9 - Valores de média, desvio padrão e erro padrão da pontuação dos domínios e 1 a 6 e da QV geral do grupo carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos

Medidas	Físico (1)	Psicológico (2)	Independência (3)	Relações (4)	Ambiente (5)	Espiritualidade (6)	QV global
Média	57	67	65	72	65	83	73
Desvio Padrão	15	14	15	15	10	16	14
Erro Padrão	2	2	2	2	2	2	2

5.3 Comparação dos domínios entre os grupos de participantes

Os gráficos a seguir representam os grupos de indivíduos participantes do estudo, divididos conforme a faixa etária em ≤ 45 e > 45 anos e agrupados segundo os domínios que compõem o WHOQOL-100. Os dados estão expressos em média \pm SEM.

Domínio Físico:

O grupo C apresentou valores significativamente maiores do que o grupo CaT ($p=0.0115$) em relação ao domínio físico (Gráfico 9) no grupo de indivíduos ≤ 45 anos. Na mesma faixa etária e domínio, a faceta energia ($p=0.0126$) apresentou valor significativamente maior no grupo C do que no grupo CaT.

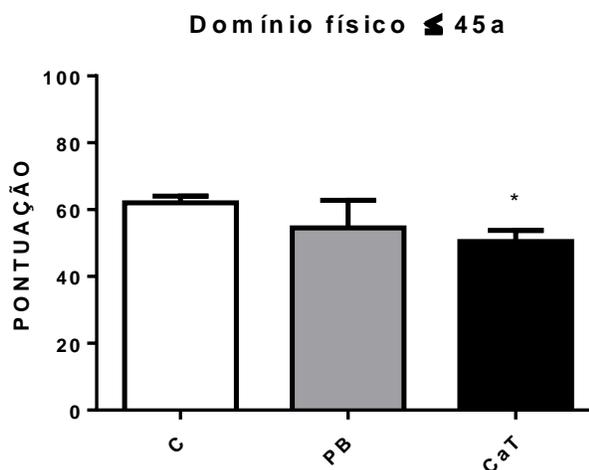


Gráfico 9 - Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio físico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média \pm SEM). *diferença estatisticamente significativa entre os grupos C e CaT ($p=0.0115$)

Não houve diferenças significativas ($p= 0.0638$) entre os três grupos em relação ao domínio físico nos indivíduos > 45 anos (Gráfico 10).

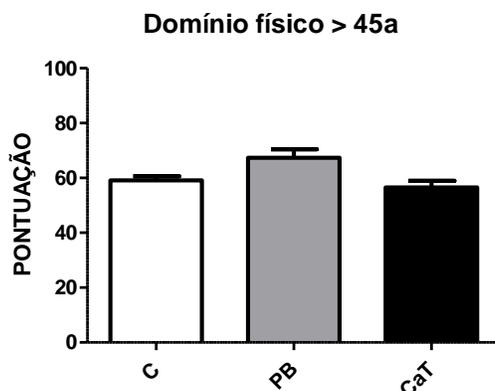


Gráfico 10 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio físico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM).

Domínio Psicológico:

Não houve diferenças significativas entre os três grupos nos indivíduos ≤ 45 anos ($p= 0.6908$) e > 45 anos ($p=0,5544$) em relação ao domínio psicológico (Gráficos 11 e 12).

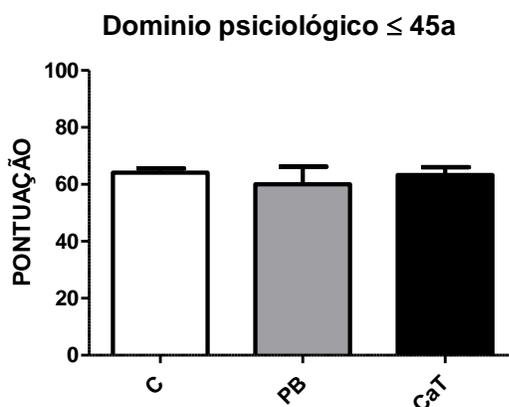


Gráfico 11 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio psicológico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média \pm SEM).

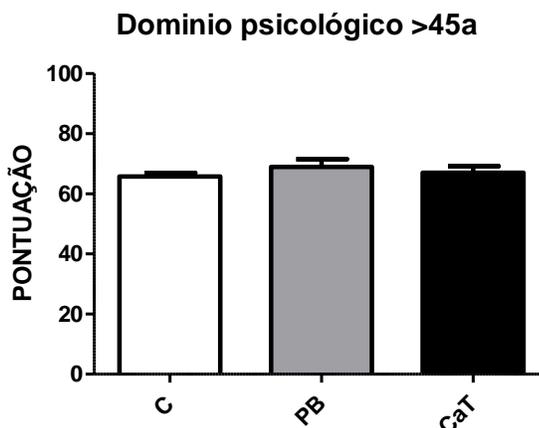


Gráfico 12 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio psicológico dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média ±SEM).

Domínio nível de independência:

O grupo C apresentou valores significativamente maiores do que o grupo CaT ($p < 0.0001$) em relação ao domínio nível de independência entre os participantes ≤ 45 anos (Gráfico 13). Na mesma faixa etária e domínio, as facetas mobilidade ($p = 0.0331$) e medicação ($p < 0.0001$) apresentaram valores significativamente maiores no grupo C do que no grupo CaT.

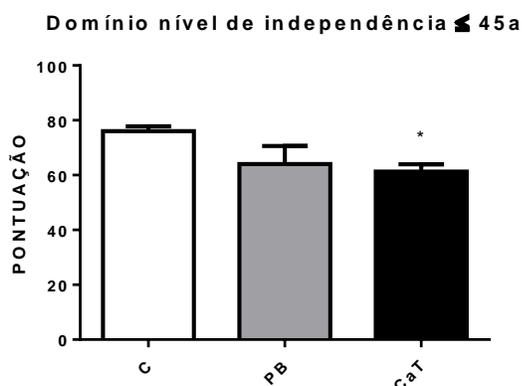


Gráfico 13 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio independência dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média ±SEM).
*valores estaticamente significativos entre os grupos C e CaT ($p < 0.0001$)

Não houve diferenças significativas ($p= 0.4205$) entre os três grupos em relação ao domínio nível de independência, nos indivíduos > 45 anos (Gráfico 14).

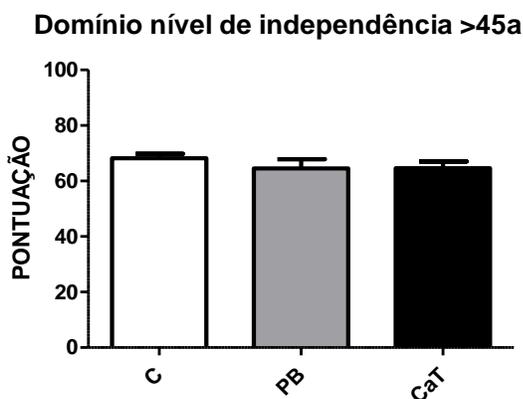


Gráfico 14 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio nível de independência dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM).

Domínio relações sociais:

Não houve diferenças significativas ($p= 0.1427$ e $p=0,6631$, respectivamente) entre os três grupos em relação ao domínio relações sociais, nos indivíduos ≤ 45 e > 45 anos (Gráficos 15 e 16).

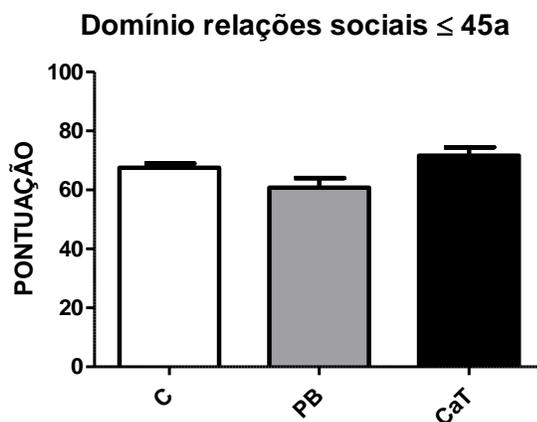


Gráfico 15 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio relações sociais dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média \pm SEM).

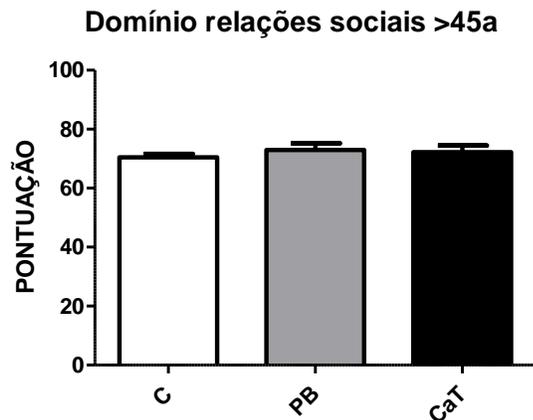


Gráfico 16 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio relações sociais dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média ±SEM).

Domínio meio ambiente:

O grupo CaT apresentou valores significativamente maiores do que o grupo C ($p=0.0064$) em relação ao domínio ambiente entre os participantes ≤ 45 anos (Gráfico 17). Na mesma faixa etária e domínio, as facetas segurança ($p=0.0221$) e cuidados de saúde ($p=0.0018$) foram significativamente maiores no grupo CaT do que no grupo C.

O grupo CaT apresentou valores significativamente maiores do que o grupo PB ($p=0.0064$) em relação ao domínio ambiente entre os participantes ≤ 45 anos (Gráfico 17). Na mesma faixa etária e domínio, a faceta recursos financeiros apresentou valor significativamente maior ($p=0.0074$) no grupo CaT do que no grupo PB.

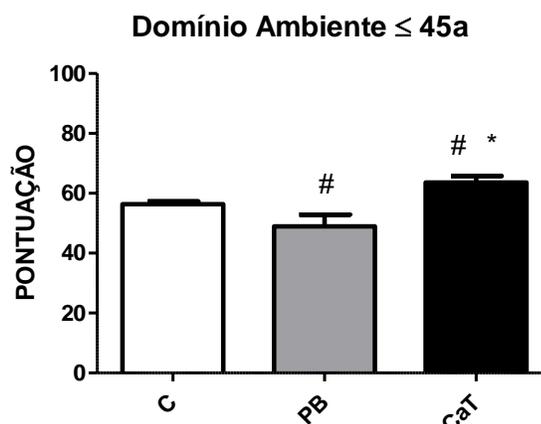


Gráfico 17 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio ambiente dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média ±SEM). *valores estaticamente significativos entre os grupos C e CaT, (p=0.0064). #valores estaticamente significativos entre os grupos PB e CAT (p=0.0064)

O grupo CaT apresentou valores significativamente maiores do que o grupo C (p= 0.0003) em relação ao domínio ambiente entre os participantes > 45 anos (Gráfico 18). Na mesma faixa etária e domínio, as facetas segurança (p= 0.0042), ambiente no lar (p<0.0001), recursos financeiros (p=0.0022) cuidados de saúde (p< 0.0001) e transporte (p=0.0184) apresentaram valores significativamente maiores no grupo CaT do que no grupo C.

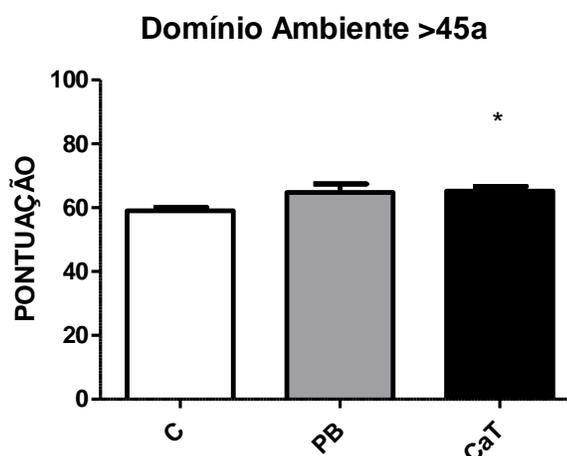


Gráfico 18 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio ambiente dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média ±SEM). *valores estaticamente significativos entre os grupos C e CaT (p=0.0003)

Domínio aspectos espirituais/religião/crenças pessoais:

Não houve diferenças significativas ($p= 0.9152$ e $p=0,4891$, respectivamente) entre os três grupos nos indivíduos ≤ 45 e > 45 anos em relação ao domínio espiritualidade (Gráficos 19 e 20).

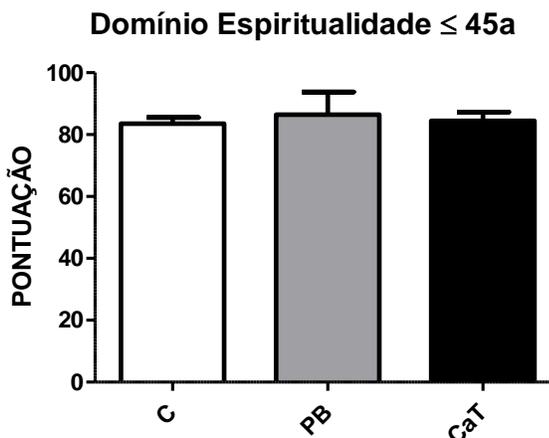


Gráfico 19 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio espiritualidade dos grupos (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média \pm SEM).

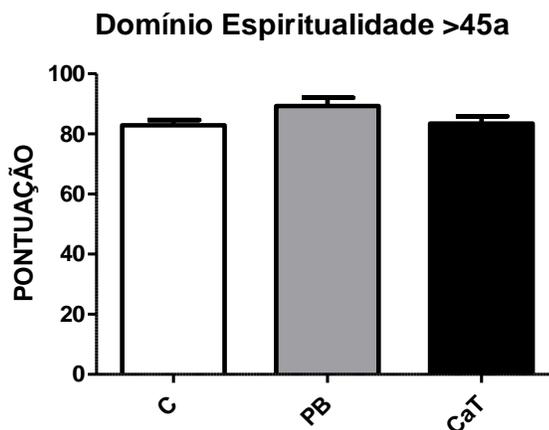


Gráfico 20 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio espiritualidade dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM).

Qualidade de vida global:

Essa 25ª faceta está relacionada a satisfação geral com a vida e a percepção geral do próprio bem-estar do indivíduo. Quatro questões estão inseridas referentes à avaliação da QV de maneira geral, sendo elas:

G1- Como você avaliaria sua qualidade de vida?

G2 - Quão satisfeito (a) você está com a qualidade de sua vida?

G3 - Em geral, quão satisfeito (a) você está com a sua vida?

G4 - Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

Não houve diferenças significativas ($p= 0.1705$) entre os três grupos nos indivíduos ≤ 45 anos em relação ao domínio QV global (Gráfico 21).

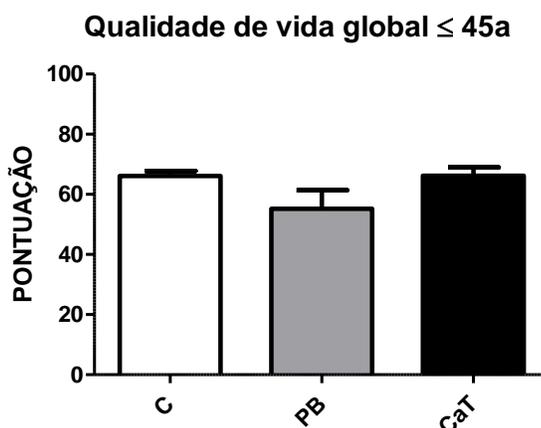


Gráfico 21 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio qualidade de vida global dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos (média \pm SEM).

O grupo CaT apresentou escores de QV significativamente maiores do que o grupo C ($p=0.0129$) entre os participantes > 45 anos. Na mesma faixa etária e domínio, as questões G1 ($p= 0.0052$), G2 ($p=0.0400$) e G3 ($p=0.0318$) apresentaram valores significativamente maiores no grupo CaT em relação ao grupo C (Gráfico 22).

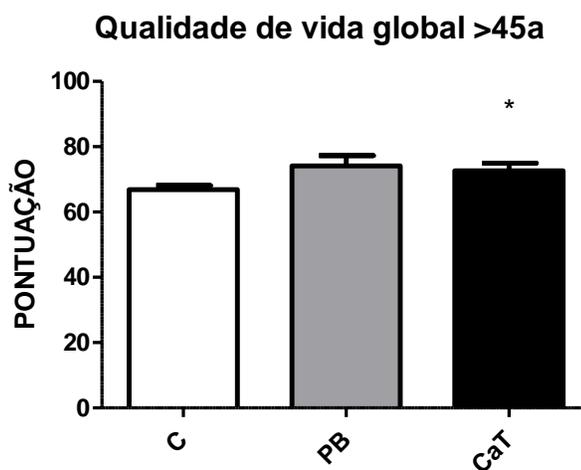


Gráfico 22 – Pontuação do WHOQOL-100 em relação ao domínio qualidade de vida global dos grupos controle (C), patologias benignas (PB) e carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos (média \pm SEM). *valores estaticamente significativos entre os grupos C e CaT ($p=0.0129$).

Tabela 10 - Resumo da análise estatística das diferenças dos domínios e facetas do WHOQOL-100 entre os grupos.

DOMÍNIOS	Idade	Análise estatística
FÍSICO	≤ 45 anos	Domínio: C > CaT (p= 0.0115). Na faceta energia C > CaT (p=0.0126)
	> 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
PSICOLÓGICO	≤ 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
	> 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
INDEPENDÊNCIA	≤ 45 anos	Domínio: C > CaT (p<0.0001). Nas facetas mobilidade (p= 0.0331) e medicação: C > CaT (p< 0.0001).
	> 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos
RELAÇÕES SOCIAIS	≤ 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
	> 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
MEIO AMBIENTE	≤ 45 anos	Domínio: CaT > C (p= 0.0064) e PB (p=0.0064). Nas facetas segurança (p= 0.0221) e cuidados de saúde (p= 0.0018): CaT > C. Na faceta recursos financeiros (p= 0.0074): CaT > PB.
	> 45 anos	Domínio: CaT > C (p= 0.0003). Nas facetas segurança (p= 0.0042), ambiente no lar (p<0.0001), recursos financeiros (p=0.0022), cuidados de saúde (p<0.0001) e transporte (p=0.0184): CaT > C.
ESPIRITUALIDADE	≤ 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
	> 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
QV GLOBAL	≤ 45 anos	Não houve diferença significativa entre os três grupos.
	> 45 anos	Domínio: CaT > C (p=0.0129). Nas questões G1 (p= 0.0052), G2 (p=0.0400) e G3 (p=0.0318): CaT > C.

5.4 Análises de correlações múltiplas entre as variáveis

Para a realização da análise de correlação múltipla faz-se necessário o ajuste de um modelo de regressão múltipla como descrito na metodologia. A nomenclatura dos domínios do WHOQOL segue a mesma do tópico 4.2 Domínios por grupo de participantes.

Grupo C ≤ 45 anos

A Tabela 11 mostra que a maior correlação observada foi entre os domínios Físico e Psicológico com coeficiente de correlação de 0,72, seguido pela correlação entre Físico e Independência com 0,655, Psicológico e Independência com 0,654 e Psicológico e Relações 0,624, as demais ficaram abaixo de 0,6. Neste grupo as covariáveis são fortemente correlacionadas, isto fica evidente com a magnitude dos valores estimados das correlações que em sua maioria está acima de 0,5, sugerindo multicolinearidade. Como observado nos demais grupos, o domínio espiritualidade possui baixa correlação com os demais domínios, isto fica evidente ao observarmos a coluna de correlações associadas a este e compararmos a magnitude dos valores obtidos com os demais valores da tabela de correlação, a maior correlação que o domínio espiritualidade teve foi com o domínio Meio ambiente com coeficiente estimado de 0,246 muito abaixo de 0,5 e das demais estimativas de correlação entre os demais domínios.

Tabela 11 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo C ≤ 45 anos.

	Físico	Psicológico	Independência	Relações	Meio ambiente	Espiritualidade
Físico	1,000	0,7178077	0,6553395	0,5592333	0,509717063	0,053775589
Psicológico		1,000	0,6542118	0,624877	0,543900425	0,155688276
Independência			1,000	0,5249837	0,383364386	0,165252051
Relações				1,000	0,476930359	0,246721691
Meio ambiente					1,000	0,004066371
Espiritualidade						1,000

A Tabela 12 mostra que o domínio Psicológico foi o que apresentou maior valor estimado do parâmetro de regressão (0,39 aproximadamente) seguido pelos domínios Relações com coeficiente estimado de 0,35, Meio ambiente com 0,24, Independência com 0,037, Físico com 0,0081 e Espiritualidade com 0,0006136. Os domínios que apresentaram estimativas de coeficientes positivos indicam que o aumento de uma unidade na nota obtida em um determinado domínio aumenta um coeficiente na QV global, mantidos os demais domínios constantes. Apenas

os coeficientes associados aos domínios Psicológico, Relações e Meio ambiente foram estatisticamente significativos, ou seja, todos os demais coeficientes podem ser considerados com estatisticamente iguais a zero. O R-quadrado associado a este modelo foi de 0,9738, ou seja, o modelo ajustado com todos os domínios representa aproximadamente 97,38% da variabilidade da variável resposta QV global. O coeficiente de correlação múltipla deste modelo é obtido extraindo a raiz quadrado do R-quadrado, assim o coeficiente de correlação múltipla R do modelo é de 0,9868, ou seja, há um forte relacionamento linear entre a variável resposta e os domínios.

Tabela 12 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo dos domínios do grupo $C \leq 45$ anos

	Estimativa	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Físico	0,0081452	0,0992021	0,082	0,9348
Psicológico	0,3960478	0,1440268	2,75	0,0073
Independência	0,0372789	0,1015172	0,367	0,7144
Relações	0,3501093	0,1223032	2,863	0,0053
Meio ambiente	0,2430565	0,1337595	1,817	0,0728
Espiritualidade	0,0006136	0,0604227	0,01	0,9919

A expressão matemática do modelo ajustado é dada por:

$$Y = 0,0081452 * X1 + 0,3960478 * X2 + 0,0372789 * X3 + 0,3501093 * X4 + 0,2430565 * X5 + 0,0006136 * X6 + E.$$

Em que: Y: Variável resposta “Qualidade de vida global”; X1: Domínio Físico; X2: Domínio Psicológico; X3: Domínio Independência; X4: Domínio Relações; X5: Domínio Meio ambiente; X6: Espiritualidade; E : Erro aleatório.

Grupo C > 45 anos

Com base na tabela 13 foi analisado que a maior correlação observada foi entre os domínios Físico e Independência com coeficiente de correlação de 0,72, seguido pela correlação entre Físico e Psicológico, e Psicológico e Independência, as demais ficaram abaixo de 0,6. Neste grupo as covariáveis são fortemente correlacionadas, isto fica evidente com a magnitude dos valores estimados das correlações que em sua maioria está acima de 0,5, sugerindo multicolinearidade.

Tabela 13 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo C > 45 anos

	Físico	Psicológico	Independência	Relações	Meio ambiente	Espiritualidade
Físico	1,000	0,6379557	0,724198	0,4108105	0,62001	0,2570091
Psicológico		1,000	0,5939405	0,5416028	0,5881089	0,3352379
Independência			1,000	0,3762677	0,5336022	0,3256368
Relações				1,000	0,5411199	0,2659198
Meio ambiente					1,000	0,2890679
Espiritualidade						1,000

A tabela 14 ilustra que o domínio Meio ambiente foi o que apresentou maior valor estimado do parâmetro de regressão (0,32 aproximadamente) seguido pelos domínios Psicológico com coeficiente estimado de 0,282, Relações com 0,2, Físico com 0,096, Independência com 0,074 e Espiritualidade com 0,054. Os domínios que apresentaram estimativas de coeficientes positivos indicam que o aumento de uma unidade na nota obtida em um determinado domínio aumenta um coeficiente na QV global, mantidos os demais domínios constantes. Apenas os coeficientes associados aos domínios Psicológico, Relações e Meio ambiente foram estatisticamente significativos, ou seja, todos os demais coeficientes podem ser considerados com estatisticamente iguais a zero. O R-quadrado associado a este modelo foi de 0,9772, ou seja, o modelo ajustado com todos os domínios representa aproximadamente 97,72% da variabilidade da variável resposta QV global. O coeficiente de correlação múltipla deste modelo é obtido extraindo a raiz quadrado do R-quadrado, assim o coeficiente de correlação múltipla R do modelo é de 0,9885, ou seja, há um forte relacionamento linear entre a variável resposta e os domínios.

Tabela 14 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro dos domínios do grupo C > 45 anos

	Estimativa	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Físico	0,09669	0,09251	1,045	0,2981
Psicológico	0,28222	0,11428	2,469	0,0150
Independência	0,07402	0,08714	0,849	0,3974
Relações	0,20004	0,09028	2,216	0,0287
Meio ambiente	0,31812	0,12601	2,524	0,013
Espiritualidade	0,05483	0,05264	1,042	0,2998

A expressão matemática do modelo ajustado é dada por:

$$Y = 0,09669*X1 + 0,28222*X2 + 0,07402*X3 + 0,20004*X4 + 0,31812*X5 + 0,05483*X6 + E$$

Em que: Y: Variável resposta “Qualidade de vida global”; X1: Domínio Físico; X2: Domínio Psicológico; X3: Domínio Independência; X4: Domínio Relações; X5: Domínio Meio ambiente; X6: Espiritualidade; E : Erro aleatório.

Grupo PB ≤ 45 anos

A tabela 15 mostra que a maior correlação observada foi entre os domínios Relações e Independência com coeficiente de correlação de 0,84, seguido pela correlação entre Meio ambiente e Físico com coeficiente estimado de 0,78, em seguida temos Físico e Psicológico com 0,708, as demais foram abaixo de 0,7. Neste grupo as covariáveis são fortemente correlacionadas, ficando evidente com a magnitude dos valores estimados das correlações e também pode ser ocasionado pelo tamanho da amostra que é muito pequena, isto estaria inflando a correlação real entre as covariáveis, sugerindo que há multicolinearidade.

Mesmo com o número limitados de participantes, a análise desse grupo foi realizada, porém foi necessário recorrer ao método bootstrap com reamostragem de 2000 indivíduos, o que pode ter comprometido a fidedignidade dos resultados nesse grupo.

Tabela 15 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo PB \leq 45 anos

	Físico	Psicológico	Independência	Relações	Meio ambiente	Espiritualidade
Físico	1,000	0,7087335	0,373392363	0,5708502	0,78251335	-0,572128447
Psicológico		1,000	-0,118610459	-0,0339959	0,6887466	-0,673073644
Independência			1,000	0,8417363	-0,09444225	-0,006823382
Relações				1,000	0,23925863	-0,123616842
Meio ambiente					1,000	-0,222208825
Espiritualidade						1,000

A tabela 16 apresenta as estimativas do modelo de regressão múltipla ajustado via técnica de bootstrap com reamostragem de 2000. Neste caso assumimos que a variável resposta é totalmente descrita pelas variáveis explicativas, assim consideramos o intercepto do modelo como sendo 0.

O domínio Físico foi o que apresentou maior valor estimado do parâmetro de regressão (1,268 aproximadamente) seguido pelos domínios Relações com coeficiente estimado de 1,164, Espiritualidade com 0,517, Psicológico com 0,12, Meio ambiente com -1,003 e Independência com -1,353. Os domínios que apresentaram estimativas de coeficientes positivos indicam que o aumento de uma unidade na nota obtida em um determinado domínio aumenta um coeficiente na QV global, mantidos os demais domínios constantes, os domínios que apresentaram estimativas de coeficientes negativas, indicam que o aumento de uma unidade na nota obtida em um determinado domínio diminui um coeficiente na QV global, mantidos os demais domínios constantes. Com exceção do domínio Espiritualidade, todos os coeficientes foram estatisticamente significativos, com p-valor muito baixo, próximo de zero.

A estimativa do erro padrão para o domínio espiritualidade foi nula, por isso não conseguimos realizar o teste T de nulidade do coeficiente.

Tabela 16 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro dos domínios do grupo PB ≤ 45 anos

	Estimativa	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Físico	1.2682322	0.11832782	10.717954	0,0
Psicológico	0.1206958	0.05329924	2.264493	0,0
Independência	-1.3539519	0.12146662	-11.146699	0,0
Relações	1.1643215	0.15057962	7.732265	0,0
Meio ambiente	-1.0032904	0.26976490	-3.719129	0,0
Espiritualidade	0.5175724	0	NA	NA

A expressão matemática do modelo ajustado é dada por:

$$Y = 1,2682322 * X1 + 0,1206958 * X2 - 1,3539519 * X3 + 1,1643215 * X4 - 1,0032904 * X5 + 0,5175724 * X6 + E.$$

Em que:

Y: Variável resposta “Qualidade de vida global”; X1: Domínio Físico; X2: Domínio Psicológico; X3: Domínio Independência; X4: Domínio Relações; X5: Domínio Meio ambiente; X6: Espiritualidade; E: Erro aleatório.

Grupo PB > 45 anos

A Tabela 17 indica que a maior correlação observada foi entre os domínios Meio ambiente e Independência com coeficiente de correlação de 0,54, seguido pela correlação entre Meio ambiente e Relações com coeficiente estimado de 0,45, as demais ficaram abaixo de 0,4. Neste grupo as covariáveis são fracamente correlacionadas, isto fica evidente com a magnitude dos valores estimados das correlações que em sua maioria está abaixo de 0,3 sugerindo que não há multicolinearidade.

Tabela 17 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo PB > 45 anos

	Físico	Psicológico	Independência	Relações	Meio ambiente	Espiritualidade
Físico	1,000	0,2901214	0,150837	0,03024838	0,1185832	-0,3188901
Psicológico		1,000	0,3437053	0,20421621	0,3913387	-0,32248023
Independência			1,000	-0,19447186	0,5404968	-0,30822003
Relações				1,000	0,453204	0,2489733
Meio ambiente					1,000	0,13896813
Espiritualidade						1,000

A Tabela 18 exibe que o domínio Independência apresentou maior valor estimado do parâmetro de regressão (0,34 aproximadamente) seguido pelos domínios Meio ambiente com coeficiente estimado de 0,26, Relações com 0,155, Espiritualidade com 0,134, Físico com 0,10 e Psicológico com 0,068. Os domínios que apresentaram estimativas de coeficientes positivos indicam que o aumento de uma unidade na nota obtida em um determinado domínio aumenta um coeficiente na QV global, mantidos os demais domínios constantes. Nenhum coeficiente apresentou significância estatística, ou seja, todos os coeficientes podem ser considerados como estatisticamente iguais a zero. O R-quadrado associado a este modelo foi de 0,9818, porém, Lira (2004) sugere uma correção para pequenas amostras assim o R-quadrado corrigido para pequenas amostras é 0,9330, assim o modelo ajustado com todos os domínios representa aproximadamente 93,30% da variabilidade da variável resposta QV global. O coeficiente de correlação múltipla deste modelo é obtido extraindo a raiz quadrada do R-quadrado corrigido para pequenas amostras, assim o coeficiente de correlação múltipla R do modelo é de 0,9659, ou seja, há um forte relacionamento linear entre a variável resposta e os domínios.

Tabela 18 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com os respectivos teste t de nulidade do parâmetro dos domínios do grupo PB > 45 anos

	Estimativa	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Físico	0,10351	0,32185	0,322	0,756
Psicológico	0,06872	0,43497	0,158	0,878
Independência	0,34026	0,39531	0,861	0,414
Relações	0,15571	0,53637	0,29	0,779
Meio ambiente	0,26327	0,5811	0,453	0,663
Espiritualidade	0,13384	0,30232	0,443	0,670

A expressão matemática do modelo ajustado é dada por:

$$Y = 0,10351 * X1 + 0,06872 * X2 + 0,34026 * X3 + 0,15571 * X4 + 0,26327 * X5 + 0,13384 * X6 + E.$$

Em que: Y: Variável resposta “Qualidade de vida global”; X1: Domínio Físico; X2: Domínio Psicológico; X3: Domínio Independência; X4: Domínio Relações; X5: Domínio Meio ambiente; X6: Espiritualidade; E: Erro aleatório.

Grupo CaT ≤ 45 anos

A Tabela 19 revela que a maior correlação observada foi entre os domínios Meio ambiente e Psicológico com coeficiente estimado de 0,795 aproximadamente, Relações e Psicológico com coeficiente estimado de 0,732 aproximadamente, Físico e Independência com coeficiente estimado de 0,727 e Relações e Meio ambiente com coeficiente estimado de aproximadamente de 0,7185, os demais apresentaram coeficiente de correlação estimado inferior a 0,7. Neste grupo as covariáveis são fortemente correlacionadas, isto fica evidente com a magnitude dos valores estimados das correlações que em sua maioria está acima de 0,3, sugerindo multicolinearidade.

Tabela 19 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo CaT ≤ 45 anos.

	Físico	Psicológico	Independência	Relações	Meio ambiente	Espiritualidade
Físico	1,000	0,6388965	0,72709868	0,3927455	0,5143140	0,33554615
Psicológico		1,000	0,65030508	0,7318102	0,7957348	0,36213799
Independência			1,000	0,3913472	0,5354663	0,09735545
Relações				1,000	0,7185865	0,47616494
Meio ambiente					1,000	0,37236655
Espiritualidade						1,000

A tabela 20 mostra que o domínio Meio ambiente foi o que apresentou maior valor estimado do parâmetro de regressão (0,42 aproximadamente) seguido pelos domínios Físico com coeficiente estimado de 0,298, Espiritualidade com 0,1924, Relações com 0,1776, Psicológico com 0,1059 e Independência com -0,1324. Os domínios que apresentaram estimativas de coeficientes positivos indicam que o aumento de uma unidade na nota obtida em um determinado domínio aumenta um coeficiente na QV global, mantidos os demais domínios constantes, o domínio Independência apresentou estimativa de coeficiente de regressão negativo, isto é, o aumento de uma unidade no domínio Independência diminui em 0,1324 a QV global, mantida os demais domínios constantes, porém neste caso nenhum dos coeficientes de regressão podem ser considerados estatisticamente significativos, ou seja, todos podem ser considerados com estatisticamente iguais a zero.

O R-quadrado associado a este modelo foi de 0.975, ou seja, o modelo ajustado com todos os domínios representa aproximadamente 97,5% da variabilidade da variável resposta

Qualidade de vida global. O coeficiente de correlação múltipla deste modelo é obtido extraindo a raiz quadrado do R-quadrado, assim o coeficiente de correlação múltipla R do modelo é de 0,98742, ou seja, há um forte relacionamento linear entre a variável resposta e os domínios.

Tabela 20 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com respectivos teste t de nulidade do parâmetro dos domínios do grupo CaT \leq 45 anos

	Estimativa	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Físico	0,298	0,1957	1,523	0,141
Psicológico	0,1059	0,3162	0,335	0,741
Independência	-0,1324	0,2321	-0,571	0,574
Relações	0,1776	0,2513	0,707	0,486
Meio ambiente	0,4136	0,3315	1,248	0,224
Espiritualidade	0,1924	0,1476	1,304	0,205

A expressão matemática do modelo ajustado é dada por:

$$Y = 0,298*X1 + 0,1059*X2 - 0,1324*X3 + 0,1776*X4 + 0,4136*X5 + 0,1924*X6$$

Em que: Y: Variável resposta “Qualidade de vida global”; X1: Domínio Físico; X2: Domínio Psicológico; X3: Domínio Independência; X4: Domínio Relações; X5: Domínio Meio ambiente; X6: Espiritualidade.

Grupo CaT > 45 anos

A tabela 21 indica as correlações entre os domínios estudados. A maior correlação foi observada entre os domínios Físico e Independência com coeficiente estimado de 0,61 aproximadamente, seguidos por Relações e Psicológico com coeficiente estimado de 0,56 aproximadamente e Físico e Psicológico com coeficiente estimado de 0,54, os demais apresentaram coeficiente de correlação estimado inferior a 0,5 sugerindo baixa correlação.

Tabela 21 - Matriz de correlação entre os domínios do grupo CaT > 45 anos

	Físico	Psicológico	Independência	Relações	Meio ambiente	Espiritualidade
Físico	1,000	0,5404031	0,60690839	0,45220476	0,47420811	0,24397275
Psicológico		1,000	0,35966536	0,56013159	0,39513687	0,11280214
Independência			1,000	0,443464	0,46630461	0,01975581
Relações				1,000	0,42669879	0,02632389
Meio ambiente					1,000	-0,03065326
Espiritualidade						1,000

A tabela 22 mostra que o domínio Psicológico apresentou maior valor estimado do parâmetro de regressão (0,43 aproximadamente) sendo o único parâmetro que pode ser considerado estatisticamente significativo ($p= 0,0132$).

O R-quadrado associado a este modelo foi de 0.9821, ou seja, o modelo ajustado com todos os domínios representa aproximadamente 98% da variabilidade da variável resposta qualidade de vida. O coeficiente de correlação múltipla deste modelo é obtido extraindo a raiz quadrado do R-quadrado, assim o coeficiente de correlação múltipla R do modelo é de 0,991, ou seja, há um forte relacionamento linear entre a variável resposta e os domínios.

Tabela 22 - Estimativas dos coeficientes de regressão múltipla com respectivos teste t de nulidade do parâmetro do grupo CaT > 45 anos

	Estimativa	Erro padrão	Estatística t	p-valor
Físico	0,21249	0,16094	1,320	0,1956
Psicológico	0,42854	0,16389	2,615	0,0132
Independência	0,02027	0,14669	0,138	0,8909
Relações	0,07513	0,14988	0,501	0,6194
Meio ambiente	0,26289	0,18180	1,446	0,1573
Espiritualidade	0,09571	0,09165	1,044	0,3037

A expressão matemática do modelo ajustado é dada por:

$$Y=0,21249*X1+0,42854*X2+0,02027*X3+0,07513*X4+0,26289*X5+0,09571*X6$$

Em que: Y: Variável resposta “Qualidade de vida global”; X1: Domínio Físico; X2: Domínio Psicológico; X3: Domínio Independência; X4: Domínio Relações; X5: Domínio Meio ambiente; X6: Espiritualidade.

6. DISCUSSÃO

6.1 Domínio físico

Os resultados deste estudo corroboram com a literatura recente em relação a esse domínio. Os CDTs em geral apresentam um bom prognóstico e taxa de sobrevivência alta após cinco anos do diagnóstico (SIEGEL et al., 2012). Entretanto, estudos apontam limitações físicas importantes nesse grupo de pacientes. Os indivíduos com CDT ≤ 45 anos apresentaram menor pontuação no domínio físico em comparação com o grupo C e PB de mesma faixa etária e o domínio físico também foi afetado no grupo CaT ≥ 45 anos.

Apesar da QV geral dos pacientes com CDT poder ser igual ou até melhor do que a da população geral, o impacto físico da doença ainda é apontado como relevante, e se reflete na diminuição dos escores referentes a esse domínio (HUSSON et al., 2011). Os sintomas decorrentes da doença e seu tratamento afetam o dia-a-dia dos pacientes e não aparecem de forma isolada, pois geralmente são acompanhados de sinais físicos resultantes do tratamento (HUSSON et al., 2011; LUBITZ; SOZA, 2016). Manifestações como fadiga (SAWKA et al., 2014), insônia, dor e depressão ocorrem com frequência (ZUCCA et al., 2012; TO et al., 2015) e, para um indivíduo que antes tinha uma vida com ausência de sintomas, ter que aprender a conviver com essa nova condição de saúde é desafiador.

Entre os sintomas físicos, a energia foi apontada como a responsável pela diminuição do escore desse domínio nesse estudo. Achados semelhantes foram descritos em um estudo que comparou 16.095 sobreviventes de algum tipo de carcinoma, entre eles o CDT, com um grupo controle sem patologia (KENT et al., 2015), utilizando os questionários SF-36 e SF-D6 (questionário reduzido do SF-36 e mais específico para a área da saúde). As maiores diferenças encontrada foram referentes ao funcionamento físico e às limitações referentes a saúde física. Apesar do CDT ter um bom prognóstico e a cirurgia de tireoidectomia não acarretar sequelas importantes na maioria dos pacientes, a parte física desses indivíduos, quando afetada, traz uma série de limitações que dificultam o dia-a-dia e interferem na QV. Principalmente as tarefas simples que necessitam de pequenos esforços se tornam complexas, muitas vezes por causa da fadiga e a ajuda de um parceiro, familiares ou amigos se faz necessária. Essa necessidade de auxílio pode ter impacto na vida dos pacientes, pois o indivíduo pode se sentir impotente ou dependente em relação aos outros. A mudança na rotina desses pacientes durante ou após o tratamento também pode gerar insegurança e estresse.

Outros estudos revelaram achados similares. Pacientes jovens que tiveram CDT participavam de atividades regulares, como esportes e atividades de lazer antes do diagnóstico do carcinoma. Eram estudantes, trabalhadores, pais, filhos e se sentiam tendo uma vida toda para aproveitar. A ideia de que poderiam ter uma doença grave nunca havia ocorrido. Alguns relatam que se classificavam como pessoas fortes e resistentes antes do diagnóstico e, após a confirmação do carcinoma, se sentiram vulneráveis (MIEDEMA; HAMILTON; EASLEY, 2007). Como o estudo de Miedema, Hamilton e Easley, (2007) foi realizado com adultos jovens e o CDT também acomete pessoas jovens (PACINI et al., 2009), os sentimentos descritos no estudo estão presentes em uma grande gama de sobreviventes do CDT.

A faceta "energia e fadiga" avalia a energia, entusiasmo e resistência ao executar tarefas necessárias da vida diária, bem como atividades de recreação. A fadiga é um dos problemas de saúde mais relatados pelos pacientes que tiveram CDT (SAWKA et al., 2014). Pode também ser um sintoma persistente após o tratamento e, em alguns estudos, essa queixa foi relatada por 50% dos sujeitos (HUSSON et al., 2013b). A fadiga pós-tratamento (fadiga relacionada ao carcinoma) pode resultar em deficiências nas atividades da vida diária, funcionamento social, capacidade de trabalho remunerada e economia, e a atividade física tem sido indicada para melhora da fadiga nesses pacientes (VIGÁRIO et al., 2014; TO et al., 2015). O tratamento com doses estáveis da terapia combinada (T4 e T3) também é apontado como um dos manejos para melhora deste sintoma (TO et al., 2015).

Após alguns anos da cirurgia, o bem-estar desse paciente tende a se reestabelecer e os sintomas que causavam grandes queixas relacionadas ao domínio físico se atenuam. A título de exemplo, os pacientes de CDT tratados há mais tempo (≥ 5 anos desde o diagnóstico) referiram se sentir menos cansados quando comparados a pacientes tratados a menos de 5 anos (HUSSON et al., 2015) e o mesmo ocorreu com pacientes com mais de 10 anos pós-diagnóstico (BARBERA et al., 2010). Porém, mesmo com o passar dos anos, a fadiga ainda é um aspecto que determina prejuízo à QV nos indivíduos sobreviventes do CDT. O presente estudo evidenciou que os indivíduos tratados há pelo menos dois anos ainda referem queixas importantes relacionadas a fadiga.

Estudos anteriores realizados com mulheres norte-americanas com CDT identificaram escores menores nos domínios físico, psicológico, social e espiritual também em pacientes mais jovens. A pesquisa ainda mostrou que os pacientes que foram diagnosticados com

idade menor a 45 anos obtiveram piores pontuações no domínio dor (ASCHEBROOK-KILFOY et al., 2015; VEGA-VÁSQUEZ et al., 2015). Isso pode ser secundário ao fato dos indivíduos menores de 45 anos possuírem menos comorbidades associadas, o que os faz mais sensíveis às modificações físicas resultantes do CDT e seu tratamento. Essas mesmas queixas foram referidas por pacientes jovens tratados com CDT em estudo qualitativo prévio deste grupo de pesquisa (GERMANO et al., 2016). É preciso salientar, porém, que a faceta principalmente afetada foi relacionada à energia, que representa uma queixa subjetiva, este achado pode também estar relacionado ao estigma de ser diagnosticado com carcinoma e ao stress do tratamento e seu seguimento.

A TT por si só afeta o domínio físico dos pacientes e outras técnicas foram desenvolvidas como a cirurgia de tireoidecomtia endoscópica e tireoidectomia robótica para minimizar este prejuízo físico decorrente do procedimento cirúrgico. A técnica endoscópica resultou em satisfação estética maior relacionada a cicatriz pós procedimento, além de recuperação mais rápida da função emocional e física (LEE et al., 2015). A abordagem robótica demonstrou vantagens apenas em termos de satisfação estética (relacionada a cicatriz menos aparente), enquanto todos os outros aspectos foram semelhantes à tireoidectomia convencional. Apesar dos pacientes exibirem melhor pontuação no domínio físico na cirurgia robótica, esse domínio não influenciou a QV global desses indivíduos (SONG et al., 2014).

A literatura recente indica a presença da fadiga como principal influenciadora dos impactos físicos e aponta a presença ou não de comorbidades como relevantes nesse domínio. Ações voltadas para a melhora da disposição, energia e diminuição da fadiga devem ser estabelecidas em conjunto com o paciente e sua família visando a melhora dos sintomas. Intervenções como um programa específico de exercícios/prática de atividade física e/ou tratamento medicamentoso com o objetivo de reduzir a fadiga mostraram ser estratégias eficazes em pacientes tratados do CDT (VIGÁRIO et al., 2014; TO et al., 2015).

6.2 Domínio psicológico

Os presentes resultados não evidenciaram relação negativa entre o tratamento do CDT e o domínio psicológico. No entanto, a análise de correlação indicou que esse domínio possui forte influência na QV global nos grupos $C \leq 45$ anos, $C > 45$ anos e $CaT > 45$ anos. Nesse domínio são avaliadas as facetas autoestima, imagem corporal, sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração.

Relacionado ao bom prognóstico, foi realizado um estudo qualitativo com pacientes sobreviventes do CDT com a metodologia de grupo focal, com questões abertas sobre o tema. Os participantes estavam cientes de que as taxas de mortalidade relacionadas ao CDT eram relativamente baixas e através dos profissionais de saúde ou da mídia receberam a notícia de que tinham um "bom câncer". No entanto, essa expressão não foi considerada tranquilizadora e não foi bem recebida pelos pacientes, pois os indivíduos consideraram que este termo diminuiu a importância do diagnóstico. Por outro lado, outros estudos mostraram que os pacientes consideraram essa informação de bom prognóstico como positiva para seu futuro (LEE et al., 2010).

A necessidade de um seguimento ao longo da vida e a possibilidade de recorrência futura da doença é um fator de preocupação para os sobreviventes. Os participantes relataram sentimento de culpa e responsabilidade pelo seu diagnóstico (SAWKA et al., 2009). No mesmo sentido, Easley e colaboradores (2013) apontaram que alguns dos pacientes que tiveram CDT se sentiram excluídos ou tiveram dificuldades de relacionamento com indivíduos sobreviventes de outro tipo de carcinoma, devido ao prognóstico favorável do CDT e à boa tolerância ao seu tratamento.

Alguns autores encontraram que o domínio psicológico sofre grande impacto antes, durante e após o tratamento do CDT (HOFTIJZER et al., 2007; ABDUL-SATER et al., 2011; SIMARD et al., 2013). Esse domínio é afetado por questões principalmente relativas ao medo da recorrência do carcinoma. Os trabalhos confirmaram que esse receio é um dos problemas mais comumente relatados e uma das áreas mais prevalentes de necessidades não atendidas entre os sobreviventes. Sentimentos como angústia, depressão, ansiedade são resultantes desse medo (SIMARD et al., 2013). O impacto emocional do risco de recorrência da doença pode perdurar por toda a vida do paciente (MISRA et al., 2013) e ter um impacto negativo no domínio psicológico. Por outro lado, foi também demonstrado que o bom prognóstico do CDT pode resultar num sentimento de "alívio" nos pacientes (LEE et al., 2010). Sendo assim, esses pacientes se sentem otimistas em relação ao desfecho do carcinoma, o que determina um efeito psicológico positivo nesses sujeitos. Neste estudo não houve redução na pontuação do domínio psicológico e deve ser ressaltado que este domínio tem muitos outros aspectos e não apenas aqueles relacionados à recorrência do tumor.

Dentre os aspectos que englobam esse domínio, os sentimentos positivos e negativos que estão relacionados ao futuro pós tratamento e ao medo de recorrência da patologia influenciam a QV global, principalmente nos indivíduos maiores de 45 anos, que além de enfrentarem uma doença desafiadora lidam com as questões de vida e morte.

Em alguns sobreviventes do CDT foram observadas transformações no estilo de vida, como adesão a comportamentos saudáveis. A mudança de comportamento após o tratamento do carcinoma pareceu influenciar positivamente o domínio psicológico. O medo da recorrência promoveu um aumento dos cuidados de saúde preventivos como realização de exames regulares, adesão a uma dieta saudável e uso regular de protetor solar, além de uma aproximação com a espiritualidade por parte dos sujeitos (SIMARD et al., 2013). Especificamente para os pacientes jovens, ter uma doença que pode ameaçar suas vidas (EASLEY; MIEDEMA; ROBINSON, 2013) pode ser traumático e o apoio emocional e psicológico é fundamental. Ter uma rede de apoio se mostra como estratégia de enfrentamento que auxilia na parte emocional. Os participantes sublinharam a necessidade de apoio da família, amigos e equipe de saúde ao longo da experiência de ser diagnosticado com CDT e durante seu tratamento (MIEDEMA; HAMILTON; EASLEY, 2007).

No domínio psicológico, a imagem corporal é avaliada através da percepção do indivíduo sobre o seu corpo e a satisfação com este e é um dos parâmetros de avaliação da QV. Embora estudos prévios sinalizem que a imagem corporal dos pacientes tireoidectomizados possa sofrer mudanças, especialmente no que se refere à aparência da cicatriz pós-tireoidectomia (CHOI et al., 2014), além da preocupação em serem tratados de forma diferente devido à presença de uma cicatriz aparente (ABDUL-SATER et al., 2011), os participantes desse estudo se mostraram satisfeitos com sua imagem corporal e aparência, o que confirma os resultados descritos em estudo prévio (GROVER; SADLER; MIHAI, 2013; GERMANO et al, 2016). Outro estudo, realizado com pacientes após 2-24 meses da tireoidectomia, não encontrou associação entre o comprimento da cicatriz e o grau de satisfação do paciente, mesmo em pacientes do sexo feminino (TOLL et al., 2012). Miccoli e colaboradores (2007) também mostraram que a ausência de complicações cirúrgicas e a alta satisfação com o resultado cosmético da cicatriz cervical sugerem que a cirurgia não é um fator que regularmente afete esse domínio. O estudo foi realizado com 37 pacientes, seis meses ou mais após a cirurgia de tireoidectomia, quando os níveis de eutireoidismo já tinham sido alcançados e utilizou o questionário SF-36. Não foram encontrados prejuízos em relação ao

domínio psicológico mesmo se comparados os pacientes que alcançaram o eutireoidismo após a cirurgia e aqueles que necessitaram de vários ajustes da dose até a regularidade hormonal.

Um estudo holandês entre pacientes tratados do CDT mostrou que estar curado possui influência no domínio psicológico. Nesse estudo foi encontrada correlação entre esse domínio em QV global nos grupos $C \leq e > 45$ anos e $CaT > 45$ anos. Uma suposição para esses resultados seria que os pacientes mais idosos do grupo CaT sofrem forte influência no domínio psicológico ao se deparar com uma doença que coloca sua vida em risco. Portanto, o acompanhamento psicológico desses indivíduos se faz necessário durante todo o tratamento do carcinoma. O apoio do cônjuge, dos familiares e amigos auxilia no processo, promovendo a estabilidade emocional dos indivíduos (MIRANDA; LANA; FELIPPE, 2015). Assim, pacientes maiores de 45 anos que possam estar isolados ou sem amparo familiar necessitam especialmente deste apoio.

Por outro lado, um estudo realizado por Oren e colaboradores (2012) com 16 adolescentes com CDT aponta que os entrevistados possuíam QV e níveis de ansiedade semelhantes em comparação a população normativa saudável. Esse fato pode ser explicado pela maior resiliência de indivíduos mais jovens e o melhor prognóstico desse carcinoma nesta faixa etária. Apesar dos sentimentos negativos aparecerem na vida desses indivíduos, eles não são capazes de reduzir os escores deste domínio.

Apesar desse bom prognóstico do CDT, os pacientes muitas vezes lidam com mais problemas psicológicos do que aqueles que possuem um carcinoma com prognóstico pior. Esses indivíduos necessitam de apoio psicológico e um conjunto de informações adequadas sobre sua patologia faz parte deste suporte. O paciente que está informado e consciente de todos os aspectos referentes à sua doença e seu tratamento será mais aderente à terapêutica do que o paciente desinformado. Além disso, expressões como “câncer bom” ou “poderia ter sido pior” devem ser evitadas. Essas medidas podem contribuir para estreitar a relação e melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes (DUAN et al., 2015).

O indivíduo tratado do CDT necessita de cuidados durante toda a vida e, em sua maioria, esses cuidados são realizados pela família. Um estudo feito por Mostoufi-Moab, Barakat e Bauer (2012) com pacientes adolescentes e adultos jovens com CDT ressaltou a importância do planejamento do tratamento também incluir a família. Quando à patologia de base se associam sintomas como ansiedade, depressão, sofrimento psíquico e condição de saúde debilitada dos pais,

a QV diminui. As relações entre pais e filhos contribuem significativamente para a melhor adaptação às situações estressantes e as famílias devem ser incluídas no planejamento terapêutico (MOSTOUFI-MOAB; BARAKAT; BAUER, 2012)

O acompanhamento e suporte psicológico aos pacientes com CDT devem ser realizados continuamente durante todo o processo de diagnóstico e tratamento. Isto é especialmente importante nos primeiros anos após o tratamento, período em que as taxas de recorrência da doença são mais altas e as doses dos medicamentos estão sendo ajustadas e provocam diversos efeitos colaterais, alguns deles diretamente relacionados ao domínio psicológico. Incluir a família nesse processo é fundamental, visto que muitas vezes esses familiares também sofrem de estresse ou ansiedade, o que pode repercutir negativamente sobre a QV do paciente com CDT.

6.3 Domínio nível de independência

Esse domínio avalia a mobilidade, dependência de medicamentos e tratamentos, atividades da vida cotidiana e capacidade do sujeito trabalhar. Mesmo considerando a falta de energia e a fadiga relatadas por alguns indivíduos, a cirurgia da tireoidectomia não traz consequências que impeçam os sujeitos de realizarem seus trabalhos dentro e fora de casa e nem as atividades da vida cotidiana (TAMMINGA et al., 2016). Embora haja relatos de mudanças do tipo de trabalho realizado em consequência do CDT e seu tratamento (GERMANO et al, 2016), estar empregado parece ter uma influência positiva no funcionamento dessa dimensão social (LEE et al., 2010). Exercer atividade remunerada produz efeitos benéficos principalmente nos aspectos físicos e emocionais e o sujeito que teve o CDT de forma geral prefere estar empregado e trabalhar, mesmo com falta de energia e fadiga (TAN et al., 2007).

Estudos apontam que alguns dos pacientes tratados inseridos na realidade brasileira trabalham apenas por necessidade, pois a ausência de sequelas significativas resultantes do CDT e seu tratamento não permitem a aposentadoria por invalidez. De forma geral, os pacientes com carcinoma são amparados pela legislação brasileira e possuem seus direitos assegurados por leis que garantem benefícios aos pacientes e familiares (GOMES et al., 2008). Alguns dos benefícios compreendem isenção de Imposto de Renda na aposentadoria e pensão (IPI, ICMS, IPVA, IOF), isenção de tarifas de transporte público, retirada do fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS), retirada do PIS / PASEP, licença para tratamento de saúde – auxílio doença, aposentadoria por invalidez, amparo assistencial ao deficiente – benefício de prestação continuada, retirada de seguro

de vida e previdência privada por invalidez (HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO, 2009). Os pacientes que tiveram o CDT, como possuem sequelas que, na maioria dos casos não o impedem de continuar trabalhando, deixam de receber alguns benefícios financeiros, citando caso análogo, a aposentaria por invalidez, o que pode fazer com que estes indivíduos se sintam prejudicados em relação aos pacientes com outros tipos de tumores.

A faceta mobilidade que de forma subjetiva avalia a capacidade de locomoção, apresentou-se significativamente menor no grupo CaT ≤ 45 anos. São poucos os estudos que trazem esse aspecto no grupo de pacientes tireoidectomizados. De acordo com a literatura prévia e os resultados desse estudo, pode-se concluir que a diminuição dos escores nessa faceta está relacionada a fadiga e diminuição de energia que causam cansaço e prejudicam a locomoção desses pacientes. Como discutido anteriormente a fadiga é uma das principais queixas dos pacientes tireoidectomizados e pode interferir na vida diária desses indivíduos (MALTERLING et al., 2010; HUSSON et al., 2013b). Esse sintoma se configura como fator complexo e debilitante que causa impacto nas atividades de vida diária dos sujeitos (SILVEIRA; GORINI, 2009).

Outra faceta que foi afetada nesse domínio refere-se à necessidade de medicação contínua. Essa faceta avaliou a dependência a medicamentos ou terapias medicamentosas para o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. Esse parâmetro apresentou escores diminuídos nos pacientes do grupo CaT ≤ 45 anos. Massolt e colaboradores (2016) evidenciaram uma associação negativa entre a utilização de medicamentos para reposição hormonal e QV, mostrando que a dependência à medicação pode alterar a QV de forma negativa. Os estudos que avaliaram as repercussões do tratamento com a levotiroxina mostraram que os pacientes possuíam QV semelhante ou ligeiramente diminuída em comparação com a população em geral (HUSSON et al., 2011). O tratamento hormonal realizado após a TT mostrou um efeito negativo temporário sobre a QV durante a interrupção da reposição hormonal para a ablação dos remanescentes com radioiodo ou para procedimentos de acompanhamento (HUSSON et al., 2013). Porém, a necessidade de ingestão de medicamentos diários e o potencial risco de desenvolver hipotireoidismo, com todas as repercussões clínicas desfavoráveis desse quadro, podem produzir efeitos negativos no domínio independência (BOTELLA-CARRETERO et al., 2003). A medicação tireoidiana também pode determinar efeitos colaterais, principalmente no início, quando a dosagem terapêutica está sofrendo ajuste. É importante que os pacientes sejam submetidos a exames médicos regulares, não só para verificar a chance de recorrência do carcinoma, mas também para ajustar a dose de levotiroxina e,

consequentemente, manter a QV (HUSSON et al., 2011). Além da dependência medicamentosa devido à TT, muitos dos pacientes com CDT também utilizam medicamentos devido à presença de comorbidades. Como visto anteriormente, a presença de comorbidades afeta a QV dos pacientes tireoidectomizados e, em relação à medicação, o mesmo padrão pode ser observado.

Outro impacto nesse domínio pode ser relacionado ao segmento financeiro. Os sobreviventes do CDT necessitam de ajustes para a suplementação com hormônios tireoidianos e essas medidas trazem custos físicos, psicológicos e financeiros aos indivíduos. Do ponto de vista financeiro, esse tipo de carcinoma é um dos mais custosos. Os mais jovens em geral são financeiramente menos estáveis do que os mais velhos, o que pode determinar preocupação ou estresse em relação à compra de medicamentos (LUBITZ ; SOSA, 2016).

Estudo recente demonstrou que o medo de experimentar novamente os sintomas de hipotireoidismo e a obrigação vitalícia de fazer uso diariamente de uma medicação são preocupações verbalizadas por pacientes jovens com CDT, que antes tinham uma vida sem essas questões (GERMANO et al., 2016).

Planejar junto com a família o tratamento e informar o paciente sobre os seus direitos pode gerar impactos positivos na QV vida dos indivíduos, diminuindo suas preocupações com a viabilidade da terapia e aumentando sua adesão ao tratamento.

6.4 Domínio relações sociais

Os resultados deste estudo mostraram que os sujeitos com CDT não possuem prejuízo neste domínio.

A literatura indica que os cuidados a saúde do paciente com CDT são fornecidos principalmente pelos familiares. Os filhos e cônjuges são os principais responsáveis por esse auxílio, ofertando além dos cuidados a saúde, o suporte emocional necessário durante todo o tratamento. A família estendida e os amigos complementam o apoio necessário. O apoio material e espiritual ainda pode ser oferecido por igrejas e comunidade. Estar amparado faz a diferença na vida desse paciente e, em situações emocionalmente desafiadoras, pode resultar em maior equilíbrio emocional (RODRIGUES; FERREIRA, 2012).

Um aspecto complexo, mas importante, do enfrentamento durante a jornada do carcinoma é o suporte social. Devido à doença e ao seu tratamento, muitos participantes explicaram que tinham pouca energia para socializar e fazer novos amigos. Desse modo, ter uma rede de apoio

consolidada antes do advento do carcinoma foi uma parte importante da estratégia de enfrentamento durante todo o processo oncológico (MIEDEMA; HAMILTON; EASLEY, 2007). Além dos familiares e amigos, estar inserido numa rede de saúde eficaz e acessível pode também auxiliar na superação de problemas físicos e emocionais (SAWKA et al., 2014).

As análises estatísticas também identificaram forte correlação entre esse domínio e QV global no grupo $C \leq e > 45$ anos. Esses resultados reforçam o conceito de que o acompanhamento e apoio familiar e de amigos é fundamental na vida de todos os indivíduos.

Miranda, Lana e Felipe (2015) em um estudo exploratório realizado no Brasil com 15 pacientes com diferentes tipos de carcinoma, utilizando o questionário *WHOQOL-Bref* que é similar ao utilizado nesse estudo, apontou que a maioria dos pacientes (60%) possuía apoio social e boas relações com seus parceiros. O apoio do cônjuge permitiu um sentimento de não abandono durante todo o processo do carcinoma e o pertencimento a um meio familiar. Familiares, amigos e pessoas religiosas se configuraram como um núcleo efetivo de suporte e os vínculos com essas pessoas ajudaram no enfrentamento do adoecimento.

Ademais, outro aspecto das relações sociais que deve ser destacado concerne ao relacionamento sexual. Por esse carcinoma impactar a vida de jovens, as relações íntimas e sexualidade são assuntos que merecem destaque. Em relação à sexualidade, que explora o desejo de uma pessoa em relação ao sexo e o quanto a pessoa é capaz de expressar e desfrutar de seu desejo sexual de forma adequada foi evidenciado neste estudo que os indivíduos tratados do CDT estão satisfeitos no que concerne a esses aspectos. Estudos anteriores reforçaram este dado e apontaram que as disfunções ou a insatisfação sexual estão relacionadas principalmente aos carcinomas de origem ginecológica e não ao CDT (KEDDE et al., 2013), corroborando com o presente estudo. No entanto, outras investigações com questionários mais específicos mostraram que a sexualidade, especialmente a feminina, pode sofrer alterações após o advento do CDT (KRYCHMAN; MILLHEISER, 2013), inclusive com queixa de diminuição da libido (GERMANO et al., 2016). Com o passar do tempo, após o diagnóstico, a vida sexual pode apresentar alterações e sobreviventes ao CDT podem expressar insatisfação com sua vida sexual, principalmente as mulheres (DONOVAN; THOMPSON; HOFFE, 2010; KIM et al., 2012). Como os dados desses estudos não foram obtidos através de questionários elaborados especificamente para avaliar o aspecto da sexualidade, o instrumento dessa investigação pode não ter tido sensibilidade suficiente para detectar alterações nesta faceta (JACKSON et al., 2016). A

diminuição da libido em mulheres e o silêncio frente ao assunto podem repercutir de forma negativa na QV e mais estudos devem ser realizados sobre esse tema, a fim de concluir os reais impactos do CDT quanto à sexualidade.

Finalmente, Drabe e colaboradores (2016) destacaram que tanto os pacientes com seus parceiros e familiares próximos sofrem de sintomas de ansiedade após o diagnóstico e tratamento do CDT. Assim, o planejamento de ações voltadas para toda a família deve fazer parte do tratamento do CDT (MOSTOUFI-MOAB; BARAKAT; BAUER, 2012).

6.5 Domínio meio ambiente

Esse domínio mostrou-se significativamente diferente entre os grupos C e CaT nas duas faixas etárias estudadas, sendo que os pacientes do grupo C tiveram uma pontuação significativamente menor neste domínio em relação ao grupo CaT.

Os estudos realizados no Brasil que aplicaram o questionário WHOQOL mostraram que entre todos os domínios, o meio ambiente se sobressaiu como a pior faceta da QV da população brasileira (GORDIA; QUADROS; CAMPOS, 2009). Outras investigações, realizadas com diversos segmentos da população como mulheres idosas (GORDIA et al., 2007) e adultos dependentes de tabaco (CASTRO et al., 2007), também revelaram que o domínio ambiente obteve os piores escores. O domínio ambiente é afetado por diversos fatores que tem alguma relação entre si. A literatura indica que aspectos como segurança, cuidados de saúde, saneamento básico, poluição, clima, trânsito, transporte e recursos financeiros (LUBITZ; SOZA, 2016) possuem efeito negativo na QV da população brasileira (GORDIA; QUADROS; VILELA JÚNIOR, 2006; GORDIA et al., 2007; KRAN; FERREIRA, 2006; GASPAR et al., 2006). Estudo realizado por Gordia, Quadros e Campos (2009) com pessoas de 14 a 20 anos utilizando o *WHOQOL-Bref* mostrou o domínio ambiente como o mais afetado e vulnerável entre os participantes. A necessidade de investimentos com o objetivo de realizar melhorias nos setores de saúde, segurança, espaços de lazer, transporte, poluição e trânsito foram enfatizadas.

Os indivíduos menos favorecidos apresentaram maior chance de ter percepção negativa sobre o domínio meio ambiente, pois são obrigados a conviver com condições difíceis e nocivas à sua vida (GASPAR et al., 2006). Adicionalmente, os menores níveis educacionais também foram associados com piores escores neste domínio (TAN et al., 2007). Nessa perspectiva, alguns aspectos foram apontados como estressantes e causadores de preocupações nos pacientes

oncológicos, como a saúde e a situação financeira nem sempre favorável ao tratamento (MIRANDA; LANA; FELIPPE, 2015).

Os resultados desse estudo demonstraram as facetas ambiente no lar e segurança prejudicadas no grupo C > 45 anos. O Brasil exibe um panorama perturbador no que se refere à segurança. Dificultando ainda mais esse fato, os gastos com segurança pública não são suficientes para promover a segurança aos cidadãos (LIMA; SINHORETTO; BUENO, 2015). O medo e a insegurança prejudicam as pessoas, interferindo no modo como conduzem suas vidas (ROSA et al., 2012). A diferença de escores observada entre os grupo C e CaT sugerem que os indivíduos do grupo C tem mais dificuldades nos aspectos que concernem a segurança do que o grupo CaT, talvez por contarem com menor apoio social e familiar.

O transporte é outra variável importante na avaliação deste domínio e observou-se nesse estudo que os pacientes do grupo C são prejudicados nesse quesito em relação ao grupo CaT. Alguns dos sujeitos da pesquisa apontaram que a acessibilidade e facilidade em utilizar o transporte coletivo é dificultada pelos horários restritos de acesso (ARAÚJO et al., 2012). O uso do transporte é visto pelos indivíduos como prejudicial, diariamente, por suas condições insatisfatórias. O paciente com CaT, por outro lado, tem maior suporte familiar e social para sua locomoção e até garantias legais de maior acesso ao transporte público.

A faceta recursos financeiros apresentou-se diminuída no grupo PB \leq 45 anos em comparação com o grupo CaT. Devido a pequena amostra do grupo PB, não foi possível fazer suposições sobre este tema, pois o número de sujeitos foi inadequado para garantir a significância do dado e permitir a elaboração construtos teóricos sobre o tema.

Os estudos recentes pouco discutiram o domínio meio ambiente como objeto de estudo. A maioria das pesquisas relacionadas ao tema são antigas e não avaliaram o domínio de forma independente, portanto, este estudo pode contribuir com uma visão atualizada sobre o tema.

6.6 Domínio aspectos espirituais/religião/crenças pessoais

Esse domínio possui o menor número de facetas, apenas uma, que corresponde a “espiritualidade/religião/crenças pessoais” e compreende quatro questões que abordam o quanto as crenças pessoais interferem na QV.

O presente estudo destaca a espiritualidade como fator que influencia positivamente o bem-estar dos indivíduos, pois este domínio obteve maior escore de média nas faixas etárias \leq

45 anos e > 45 anos nos três diferentes grupos. Esses resultados mostram que a espiritualidade se constitui como importante fator durante toda a trajetória do indivíduo.

Considerando que o bem-estar psicológico é definido como um estado positivo resultante de do bem-estar espiritual, mental, emocional e atitude positiva, e a religião como a prática religiosa, percepção de Deus, ambos os fatores são clinicamente reconhecidos como importantes na adaptação e sobrevivência ao carcinoma (SCHREIBER; BROCKOPP, 2012). A espiritualidade e a religiosidade são destacadas como um mecanismo importante de enfrentamento após a descoberta de uma patologia oncológica, que pode causar grande impacto na vida dos indivíduos (GUERRERO; ZAGO; PINTO, 2011). Panzini e colaboradores (2007) afirmaram que a espiritualidade está entre as estratégias do paciente oncológico para lidar com situações estressantes. Os pacientes deste estudo mostram que, mesmo com o advento do carcinoma, a espiritualidade continuou sendo um domínio fundamental para a determinação da QV. Estudos sobre a temática demonstraram que a espiritualidade exerce forte influência na vida de pessoas com doenças graves e que a avaliação da QV não pode ser medida sem considerar a dimensão da espiritualidade, sob o risco de não se ter uma avaliação adequada (BALBONI et al., 2010; CHOCHINOV et al., 2011). O bem-estar espiritual foi identificado como um recurso valioso para os sobreviventes de um carcinoma, sugerindo que a fé pode facilitar uma melhor adaptação psicológica à neoplasia e suas consequências (GONZALEZ et al., 2014).

Essa relação encontra subsídios em um estudo exploratório realizado no Brasil com 15 pacientes e questionário *WHOQOL-Bref*. A pesquisa registrou em números objetivos que 87% da população estudada teve sua fé aumentada após a descoberta e tratamento do carcinoma. Dessa forma, as pessoas acometidas por algum agravo de saúde encontraram na crença a fonte de apoio para passar por esse momento. A religiosidade e espiritualidade se mostraram como estratégias eficazes para enfrentar o sofrimento da patologia oncológica, assim como fonte de esperança e ressignificação do sentido da vida (MIRANDA; LANA; FELIPPE, 2015).

Germano e colaboradores (2016) em um estudo qualitativo registraram alguns relatos que mostraram que a religiosidade ajuda os pacientes a vencer obstáculos importantes e a se recuperarem. Alguns dos sujeitos apontaram também uma relação mais estreita com a fé e a espiritualidade após a descoberta da doença, como ferramenta de enfrentamento. Apesar deste estudo ser quantitativo, os resultados assemelham-se aos descritos.

Por outro lado, alguns autores sugerem que, apesar da espiritualidade ser importante para os indivíduos, a luta espiritual pode trazer sentimentos que impactam negativamente esse domínio. Quando não há uma definição concreta da relação do sujeito com sua crença pode haver um efeito negativo na sua QV (PARK; CHO, 2016). Os participantes desse estudo mostraram reconhecer a espiritualidade como forte aliada no processo de adoecimento e tratamento do carcinoma, sendo que qualquer tipo de estresse ou angústia referente a esse domínio não foi relatado.

Os achados do presente estudo corroboram com a literatura existente que a espiritualidade é um importante mecanismo de enfrentamento e “coping” do paciente oncológico.

6.7 Qualidade de vida (QV) global

O grupo CaT < 45 anos não apresentou correlação significativa de nenhum dos domínios com a QV global, porém a somatória dos efeitos de cada domínio foi responsável por 97,5% da variabilidade da QV. Isso significa que ações abrangentes que envolvam todos os domínios são necessárias para incrementar a QV desses indivíduos e que a vigilância de todos os domínios deve ser realizada para assegurar a manutenção da QV. No grupo CaT > 45 anos a QV global apresentou maior correlação com o domínio psicológico, indicando que os pacientes mais velhos necessitam principalmente de apoio psicológico.

A QV global apresentou menor score no grupo C comparado com o grupo CaT. Vários fatores podem estar ligados a esse achado. O único domínio em que houve diminuição do escore no grupo controle nas faixas etárias ≤ 45 anos e > 45 anos foi o meio ambiente, portanto os indivíduos desse grupo parecem enfrentar maiores desafios relacionados principalmente a segurança, cuidados de saúde, recursos financeiros, ambiente no lar e transporte que, de alguma maneira, influenciam a avaliação da QV desses participantes. O maior escore do grupo CaT pode refletir o maior amparo familiar e da rede de saúde ao paciente oncológico, fruto das políticas públicas adotadas nos últimos anos para este grupo de indivíduos. A pontuação diminuída em alguns domínios do WHOQOL no grupo CaT, pode representar dificuldades pontuais em suas vidas, mas que, na soma de todos os fatores, não prejudicam a sua QV.

Estudos anteriores também demonstraram que o CDT provoca poucas alterações na QV. Uma investigação prospectiva de Scharloo e colaboradores (2010) observou um baixo impacto da doença nas funções física, emocional, cognitiva, social e de desempenho pessoal, com melhora

da função emocional e piora da função social ao longo do período de acompanhamento. Apesar da piora da função social, ela não foi apontada como determinante para diminuição da QV. Os impactos da tireoidectomia, por outro lado, se reduzem ao longo do tempo, com consequente recuperação da QV. Mesmo que a pontuação tenha sido reduzida nos domínios físicos e nível de independência dos pacientes com CDT desse estudo, isto parece não determinar uma queda na avaliação geral da QV dos sobreviventes deste carcinoma.

Outros fatores também podem ajudar a explicar as melhores pontuações relacionadas à QV nos pacientes tratados do CDT em comparação com a população em geral. Após o carcinoma, os sobreviventes do CDT relataram mudanças positivas em suas personalidades e visões de mundo. Para alguns houve uma “quebra” após a doença, uma revisão do sentido da vida e algumas mudanças como retomar planos de estudo, levar uma vida mais tranquila, tornar-se uma pessoa melhor, passar a morar fora de casa da família nuclear foram apontadas pelos pacientes e podem ter contribuído para a melhoria da QV (GERMANO et al., 2016).

Após passar pela doença, o indivíduo também assimilou comportamentos mais saudáveis e pacientes que antes não adotavam ou não se importavam com as práticas benéficas para sua saúde mudaram as suas vidas após o diagnóstico e tratamento do CDT. Por exemplo, a prática de atividade física foi apontada como exercendo uma influência positiva na QV dos pacientes com CDT. A QV dos sobreviventes do carcinoma melhorou após três meses de um programa de treinamento de exercícios. Dessa forma, a atividade física parece desempenhar um papel importante no plano terapêutico de pacientes com CDT, uma vez que reduz os efeitos adversos do tratamento na QV. Neste cenário, o exercício representa uma intervenção importante e eficaz e os pacientes devem ser encorajados a ter uma vida ativa (VIGÁRIO et al., 2014). O questionário WHOQOL-100 não investiga especificamente a prática de atividade física, mas estudos anteriores apontam a adoção de um estilo de vida mais saudável pelos pacientes após o carcinoma (GERMANO et al., 2016), que inclui o hábito da realização de exercícios. Estudos prévios também indicam que pacientes mais velhos e tratados há mais tempo possuem hábitos saudáveis como de não ser tabagista e praticar atividade física (HARDING, 2012).

Uma das hipóteses que podem ser feitas sobre a melhora da QV dos pacientes, já discutida anteriormente, é de que esses indivíduos, por serem tratados há mais de dois anos pelo menos, possuíam os níveis hormonais dentro da normalidade e, sendo assim, os efeitos da terapêutica hormonal que é realizada durante os primeiros anos após o tratamento do tumor não

foram mais observados nesses sobreviventes, minimizando as repercussões indesejáveis do tratamento (HUSSON et al., 2011).

Estudo conduzido por Pelttari e colaboradores (2009) com 341 pacientes, que avaliou o impacto do CDT de baixo risco na QV após o acompanhamento a longo prazo, revelou resultados similares a esse estudo. A QV global dos sobreviventes do carcinoma não diferiu significativamente da população geral. As dimensões que se mostraram comprometidas foram o sono, fala e o sofrimento gerado pela presença da patologia. Outras variáveis como sexo, número de ablações com radioiodo, recorrência do carcinoma, dose diária de T4, duração do seguimento e paralisia das cordas vocais não tiveram impacto na QV dos indivíduos, esses sujeitos em geral demonstraram uma QV semelhante à que tinham antes da patologia oncológica.

Outro fator que possui impacto na QV global é o trabalho. Como apontado anteriormente, estar empregado contribui para a satisfação do paciente (LEE et al., 2010). Nosso estudo não analisou se os participantes estavam ou não exercendo algum tipo de atividade remunerada. Entretanto, Lee e colaboradores (2010) em seu estudo mostraram que estar empregado tem uma influência positiva no funcionamento social do indivíduo, reforçando os efeitos benéficos do trabalho em suas vidas. Os sobreviventes do CDT empregados relatam melhor saúde e QV global do que os sobreviventes do CDT sem trabalho (TAMMINGA et al., 2016). Os pacientes que estavam engajados em alguma atividade se sentiram menos afetados pela doença e capaz de continuar a trabalhar após esse período (LEE et al., 2010). Estar inserido no mercado de trabalho promove a interação social fora do ambiente hospitalar e permite que o paciente se distancie de estereótipos estigmatizados, por envolver uma troca social com pessoas que não possuem o carcinoma ou não estão em tratamento da patologia (WONG et al., 2013). O fato do CDT não provocar limitações que impeçam os pacientes de trabalhar, mesmo em atividade diversa daquela de antes do diagnóstico, pode ter contribuído para a manutenção de sua QV global.

O estudo conduzido por Roberts, Lepore e Urken (2008) com 62 pacientes tratados do CDT encontrou resultados semelhantes com a atual pesquisa classificando a QV desses indivíduos como boa, porém identificou uma fragilidade no que concerne a necessidade de informação e orientações específicas sobre a patologia. As informações mais requisitadas pelos entrevistados referiram-se ao risco de recorrência da doença, sinais e sintomas e a necessidade de apoio para lidar com os medos relativos à recorrência. Os participantes também relataram receber suporte emocional insuficiente, bem como orientação inadequada de profissionais médicos e

funcionários do hospital sobre onde encontrar serviços de apoio e de cuidados (ROBERTS; LEPORE; URKEN, 2008). Nesse sentido, iniciativas para aumentar o grau de informação e conscientização dos profissionais da saúde sobre o CDT devem ser priorizadas (BOWER et al., 2010).

Outro aspecto que influencia a QV concerne ao domínio emocional. Estudos revelam que o aspecto emocional (que inclui sentimentos de preocupação, ansiedade, nervosismo e irritabilidade) mostrou um aumento no escore após 12 meses da cirurgia, piora aos 24 meses e melhora novamente aos 30 meses (GAMPER et al., 2015). Esse resultado reforça a ideia de que com o passar dos anos após o tratamento a QV tende a voltar a “normalidade” e os indivíduos se mostram satisfeitos em relação a sua saúde (MISRA et al., 2013).

O impacto da doença e o tratamento do CDT é individualizado e as características sociodemográficas, condições de diagnóstico e tratamento podem afetar a vida dos pacientes (SOMMERFELD et al., 2012). Apesar das taxas de sobrevida de carcinoma de cólon, glioma, mama, e ginecológicos serem menores do que as de CDT (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2015), estudo conduzido por Applewhite e colaboradores (2016) concluiu que os escores de QV foram semelhantes entre os grupos, sugerindo que a QV em pacientes com carcinoma não é previsível somente pelo prognóstico. O presente estudo encontrou diferenças em alguns dos domínios do instrumento utilizado, mas a QV global mostrou resultados similares aos relatados por Applewhite e colaboradores (2016).

Hedman e colaboradores (2016) analisaram os pacientes sobreviventes do CDT comparados com a população Sueca e concluíram que os pacientes com CDT relataram QV diminuída em comparação com a população geral, provavelmente devido à necessidade de tratamento hormonal ao longo da vida e sintomas decorrentes do tratamento como dor muscular, fadiga, intolerância ao calor e palpitações. Diferente do nosso estudo o autor utilizou o questionário SF-36. No entanto, a QV não depende apenas desse domínio e este estudo mostrou que esses fatores não afetaram a QV global.

Estudos anteriores apontavam prejuízos na qualidade da saúde em longo prazo de sobreviventes de CDT, apesar de cura da doença (HOFTIJZER et al., 2007). Em contrapartida, os estudos mais recentes mostraram que a cirurgia do CDT leva a uma piora temporária dos escores dos domínios mental e físico da QV quando comparados a população geral, com uma tendência de recuperação rápida (HUSSON et al., 2011). Outro estudo realizado na Coreia do Sul, utilizando o

questionário *EORTC QLQ-C30*, mostrou que os sobreviventes do CDT tinham uma diminuição na QV, embora estivessem curados da doença. Os sujeitos tiveram diminuição de QV em todos os domínios do instrumento (LEE et al., 2010). Os principais determinantes desse resultado foram fadiga, ansiedade e depressão. Essa variação de resultados sugere que diferenças étnicas e culturais interferem na percepção de saúde, o que pode afetar profundamente o modo como um indivíduo se ajusta ao CDT.

Desse modo, mais estudos são necessários para avaliar a QV atual do CDT frente aos avanços em seu diagnóstico e tratamento e para determinar com maior precisão os fatores não relacionados à saúde que a influenciam, pois, os pacientes com CDT percebem sua doença de forma muito mais subjetiva e emocional do que objetiva.

7. CONCLUSÃO

Os pacientes tratados do CDT tiveram diminuição nos escores no domínio físico, especificamente na faceta energia e fadiga e esses achados foram similares aos da literatura sobre o tema, que aponta esta como uma das principais consequências que afetam a vida desses indivíduos.

Outro domínio afetado foi o nível de independência, sendo mobilidade e medicação as facetas com menores escores. O paciente que realiza a TT necessita utilizar uma medicação pelo resto da vida, o que obriga o indivíduo a lidar com essa dependência, que afeta principalmente os sobreviventes mais jovens e previamente saudáveis.

O meio ambiente foi o domínio mais afetado em estudos anteriores da QV em pacientes oncológicos. Nesse estudo, as duas faixas etárias apresentaram diminuição do escore apenas nos grupos C e PB. As condições socioeconômicas parecem ser as principais responsáveis por esses dados e essa relação se revela nas facetas que foram estatisticamente significativas como recursos financeiros, segurança, saúde, ambiente no lar e transporte, que sofrem influência da economia (GASPAR et al., 2006; KRAN; FERREIRA, 2006). Por outro lado, os pacientes do grupo CaT referiram que conduzem a vida de outro modo após o advento do carcinoma, possuem uma rede de apoio familiar e social e usufruem de benefícios sociais específicos, o que pode ter contribuído para uma melhora neste domínio. Isso pode ser uma característica própria da população brasileira, que se sente insatisfeita de maneira geral com as facetas relacionadas a esse domínio (IBGE, 2010).

A espiritualidade obteve a maior média em todos os grupos estudados ≤ 45 anos e > 45 anos, sendo essa “ferramenta” percebida pelos participantes oncológicos como extremamente importante durante todo o processo de diagnóstico e tratamento do carcinoma.

Os domínios afetados nos pacientes do grupo CaT > 45 anos não interferiram na QV global desses indivíduos e fatores como rede de apoio social e aquisição de hábitos saudáveis, aliados à satisfação de terem superado uma doença grave, podem ter contribuído para que estes pacientes se sintam satisfeitos com sua vida.

As análises de correlação revelaram que o principal domínio que influencia a QV global nos pacientes com CaT > 45 anos é o psicológico. São necessárias ações voltadas para esse domínio visando a manutenção do bem-estar psicológico desses indivíduos que enfrentam diversos desafios devido ao carcinoma e seu tratamento. Nos indivíduos do mesmo grupo ≤ 45 anos

nenhuma correlação foi significativa e desse modo, ações voltadas ao fortalecimento de todos os domínios são necessárias.

Não foram encontrados na literatura trabalhos recentes utilizando o instrumento WHOQOL-100, mais completo que o *WHOQOL-Bref* e mais abrangente do que os questionários relacionados à saúde, para estudar a QV de pacientes com CDT tratado. Os presentes resultados, portanto, acrescentam à bibliografia existente novos elementos para embasar as discussões sobre esse tema tão complexo, como o aumento da QV global em pacientes com CDT > 45 anos: a maior repercussão negativa do CDT sobre o domínio físico e nível de independência em pacientes mais jovens; a importância da espiritualidade como suporte no enfrentamento de situações adversas; e os maiores escores obtidos no domínio ambiente em indivíduos de todas as idades com CDT, que pode refletir o sucesso de medidas destinadas a oferecer suporte social e financeiro a estes pacientes.

Estes resultados, fruto de uma análise abrangente da QV de pacientes com CDT, podem contribuir para o entendimento das repercussões da doença e seu tratamento e para orientar medidas que reduzam os efeitos adversos à QV desses pacientes. A adoção de medidas que facilitem o cotidiano dos pacientes e intervenções como o estímulo a prática de atividade física podem ser propostas aos pacientes tratados, visando a melhoria de sua QV; em relação ao domínio psicológico, o acompanhamento psicológico deve ser realizado durante todo o tratamento, não só para os indivíduos tratados como para a sua família; orientações adequadas sobre o CDT e seu tratamento devem ser fornecidas aos pacientes e suas famílias, a fim de reduzir a ansiedade e tensão causada pelas incertezas que o advento do carcinoma pode gerar em suas vidas; iniciativas de promoção à saúde e conscientização sobre o CDT voltadas para a população geral devem ser incentivadas, visando a melhoria de sua QV e diminuição do estigma associado à patologia oncológica; o tratamento deve ser realizado de forma individualizada e pactuada, que inclua a família desses pacientes, a fim de facilitar a adesão ao tratamento; finalmente orientações adequadas sobre os direitos do paciente com CDT devem ser disponibilizadas, de forma a assegurar aos indivíduos todos os benefícios garantidos pela legislação brasileira.

8. REFERÊNCIAS

1. ABDELGADIR A. M. et al. Impact of extent of surgery on survival for papillary thyroid cancer patients younger than 45 years. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, v.100, n.1, p. 115–121, jan. 2015.
2. ABDUL-SATER, L. et al. What are thyroidectomy patients really concerned about?. **Otolaryngol. Head. Neck. Surg.**, v. 144, n.5, p.685-690, maio 2011.
3. ACCETTA, P. et al. Tireoidectomia total nas doenças benignas da tireóide. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.38, n.4, p.223-26, jul/ago. 2011.
4. ACKERSTAFF, A.H. et al. Five-year quality of life results of the randomized clinical phase III (RADPLAT) trial, comparing concomitant intra-arterial versus intravenous chemoradiotherapy in locally advanced head and neck cancer. **Head Neck.**, v. 34, n.7, p.974-980, jul. 2012.
5. ALBUQUERQUE G.A., MAIA E.R. Alterações de humor e tratamento contra o câncer: impactos na sexualidade feminina. **Cad. Cult. Ciênc**, v.12, n.1, jul. 2013.
6. ALEGRANCE C.; SOUZA, C. B.; MAZZEI, R. L. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema após câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.3, p. 341-351, jun. 2010
7. ALMEIDA, J.P., VARTANIAN, J.G., KOWALSKI, L.P. Clinical predictors of quality of life in patients with initial differentiated thyroid cancers. **Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg.**, v. 135, n.4, p.342-346, abr. 2009.
8. ANGELO, A.R.; MEDEIROS, A.C.; DE BIASE, R.C.C.G. Qualidade de vida em pacientes com câncer na região de cabeça e pescoço. **Rev. Odontol. UNESP** v.39, n.1, p1-7, jan/fev. 2010. Disponível em:<<http://revodontolunesp.com.br/files/v39n1/v39n1a01.pdf>> . Acesso em: ago. 2015.
9. APPLEWHITE, M. K. et al. Quality of life in thyroid cancer is similar to that of other cancers with worse survival. **World journal of surgery**, v.40, n.3, p.551-561, mar. 2016.
10. ARAÚJO, M. R. M. et al. Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 3, p.574-582, set. 2012.
11. ASCHEBROOK-KILFOY B. et al. The clinical and economic burden of a sustained increase in thyroid cancer incidence. **Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.**, v. 22, n.7, p.1252–1259, jul. 2013.

12. ASCHEBROOK-KILFOY B. et al. Risk Factors for Decreased Quality of Life in Thyroid Cancer Survivors: Initial Findings from the North American Thyroid Cancer Survivorship Study. **Thyroid**, v.25, n.12, p. 1313-1321, dez.2015.
13. AUQUIER, P.; SIMEONI, M.C.; MENDIZABAL, H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. **Revue Prevenir**, v.33 p.77-86, 1997.
14. AWAD G.; VORUGANTI, L.N.P. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. **Schizophr Bull**, n. 26, p. 557-564, 2000.
15. BALBONI, T.A. et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. **J. Clin. Oncol.**, v.28, n.3, p.445-452, jan. 2010.
16. BANACH R. et al. Results of the Thyroid Cancer Alliance international patient/survivor survey: psychosocial/ informational support needs, treatment side effects and international differences in care. **Hormones**, v.12, n.3, p.428-438, jul/set. 2013
17. BARBERA, L. et al. Symptom burden and performance status in a population-based cohort of ambulatory cancer patients. **Cancer**, v.116, n.24, p.5767-5776, nov. 2010.
18. BERNAL, J. Thyroid hormone receptors in brain development and function. **Nat Clin Pract Endocrinol Metab.**, v.3, n.3, p.249-259,mar. 2007.
19. BERTAN, F.C.; CASTRO, E.K. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. **Psico.**, v. 40, n. 3, p. 366-372, jul./set. 2009. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5550/4805>> Acesso em: ago. 2015.
20. BIONDI, B., COOPER, D.S. Benefits of thyrotropin suppression versus the risks of adverse effects in differentiated thyroid cancer. **Thyroid.**, v.20, n.2, p.135-146, fev. 2010.
21. BJORDAL, K. et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H&N35) in head and neck patients. **Eur. J. Cancer**, v.36, n.14, p.1796-1807, set. 2000.
22. BLUMBERG, E.M. et al. A possible relationship between psychological factors and human cancer. **Psychosomatic medicine**, v. 16, n. 4, p. 277, 1954.
23. BOTELLA-CARRETERO J.I. et al. Quality of life and psychometric functionality in patients with differentiated thyroid carcinoma. **Endocr. Relat. Cancer**, v.10, n.4, p.601-610, dez. 2003.

24. BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v.41, n.10, p.1447-1462, nov. 1995.
25. BROWALL, M.M. et al. The impact of age on Health-Related Quality of Life (HRQoL) and symptoms among postmenopausal women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy. **Acta Oncol.** v. 47, n.2, p. 207-215, 2008.
26. BUNCHAFT, G.; KELLNER, S. R.O. **Estatística sem mistérios**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1999. v.2, 303p.
27. BYRD, J. K. et al. Well differentiated thyroid carcinoma: current treatment. **Curr. Treat. Options. Oncol.**, v.13, n.1, p. 47-57, mar. 2012.
28. CALMAN K.C. Quality of life in cancer patients: an hypothesis. **J. Med. Ethic.**, v. 10, n.3, p. 124-127, 1984.
29. CARTY S.E. et al. Consensus statement on the terminology and classification of central neck dissection for thyroid cancer. **Thyroid**, v. 19, n.11, p. 1153-1158, nov. 2009.
30. CASAL D. et al. A non-recurrent inferior laryngeal nerve in a man undergoing thyroidectomy: a case report. **J. Med. Case Rep.**, v. 4, p.386, mar. 2010.
31. CASTRO, M.G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.34, n.2, p.61-67, 2007.
32. CERATTI, S. et al. Ultrasound-guided fine-needle aspiration of thyroid nodules: assessment of the ideal number of punctures. **Radiol. Bras.**, v.45, n.3, p.145-148, abr. 2012.
33. CERVO, A.L., BERVIAN, P.A. **Metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.
34. CHAN, J.Y. et al. The relationship between depressive symptoms and initial quality of life and function in head and neck cancer. **Laryngoscope**, v.121, n.6, p. 1212–1218, jun. 2011.
35. CHENG, L. et al. Challenges and strategies on radioiodine treatment for differentiated thyroid carcinoma. **Hellenic journal of nuclear medicine**, v. 19, n. 1, p. 23-32, 2016.
36. CHOCHINOV, H.M. et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. **Lancet Oncol.** v.12, n.8, p.753-762, 2011.
37. CHOI, Y., et al. Impact of Postthyroidectomy Scar on the Quality of Life of Thyroid Cancer Patients. **Annals of Dermatology**, v.26, n.6, p. 693–699, ago. 2014.

38. CHRISTOU, N., MATHONNET, M. Complications after total thyroidectomy. **J. Visc. Surg.**, v.150, n.4, p:249-256, set. 2013.
39. COELI C.M. et al. Incidência e mortalidade por câncer de tireoide no Brasil. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.49, n.4, p.503-509, ago. 2005.
40. COOPER, D.S. et al. Thyrotropin suppression and disease progression in patients with differentiated thyroid cancer: results from the National Thyroid Cancer Treatment Cooperative Registry. **Thyroid**, v.8, n.9, p.737-744, 1998.
41. COOPER D. S. et al. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. **Thyroid**, v.19, n.11, p. 1167-1214, nov. 2009.
42. CRAMER et al. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the Surveillance, Epidemiology and End Results national cancer data registry. **Surgery**, v. 146, n.6, p. 1147-1153, dez. 2010.
43. CRUZ, J. F. T al. Perfil dos pacientes com nódulos tireoidianos submetidos à punção aspirativa por agulha fina. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v.3, n.2, p.47-56, 2015.
44. DAGAN, T. et al. Quality of life of well-differentiated thyroid carcinoma patients. **The Journal of Laryngology & Otology**, v. 118, n. 7, p. 537-542, jul. 2004.
45. DJAN, R.; PENINGTON, A. A systematic review of questionnaires to measure the impact of appearance on quality of life for head and neck cancer patients. **J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.**, v.66, n.5, p.647-659, maio 2013.
46. DONOVAN, K.A.; THOMPSON, L.M.A.; HOFFE, S.E. Sexual function in colorectal cancer survivors. **Cancer Control.**, v.17, n.1, p.44-51, jan. 2010.
47. DRABE, N. et al. Perception of treatment burden, psychological distress, and fatigue in thyroid cancer patients and their partners—effects of gender, role, and time since diagnosis. **Psycho-Oncology**, v. 25, n. 2, p. 203-209, jul. 2016.
48. DUAN, H. et al. Quality of life aspects in the management of thyroid cancer. **Oral oncology**, v. 51, n. 6, p. S1-S5, abr. 2015.
49. EASLEY, J.; MIEDEMA, B.; ROBINSON, L. It's the "good" cancer, so who cares? Perceived lack of support among young thyroid cancer survivors. **In Oncol. Nurs. Forum**, v.40, n.6, p.596-600, nov. 2013.
50. ECHTERNACH, M. et al. Laryngeal complications after thyroidectomy: is it always the surgeon? **Arch. Surg.**, v.144, n.2, p.149-153, fev. 2009.

51. FAGIN, J.A.; WELLS JUNIORS.A. Biologic and Clinical Perspectives on Thyroid Cancer. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n.11, p.1054-1067, set. 2016.
52. FALLER, H. et al. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. **J. Clin. Oncol.**, v.31, n. 6, p. 782-793, fev. 2013.
53. FANGEL, L.M.V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.26, n.1, p.93-100, fev. 2013.
54. FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **J. Adv. Nurs.**, v.22, n.3, p.502-508, set. 1995.
55. FLECK M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n.1, p. 19-28, jan./mar.1999.
56. FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 228p.
57. FORTES, R.C. et al. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em uso de suplementação dietética com fungos *Agaricus Sylvaticus* após seis meses de segmento: ensaio clínico aleatorizado e placebo-controlado. **Rev. Bras. Coloproct.** v.27, n.2, p.130-138, abr. 2007.
58. GAMPER, E.M. et al. Persistent quality of life impairments in differentiated thyroid cancer patients: results from a monitoring programme. **Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging**. v. 42, n.8, p.1179-1188, jul. 2015.
59. GANZ, P.A. Quality of life and the patient with cancer. Individual and policy implications. **Cancer**, v.74, n 4 p.1445-1452, ago. 1994. Disponível em:<[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(19940815\)74:4%2B%3C1445::AID-CNCR2820741608%3E3.0.CO;2-%23/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19940815)74:4%2B%3C1445::AID-CNCR2820741608%3E3.0.CO;2-%23/abstract)> Acesso em: maio 2015.
60. GASPAR, T. et al. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Ter. Cogn.**, v.2, n.2, p47-60, 2006.
61. GERMANO et al. Possíveis novos determinantes da qualidade de vida de pacientes com câncer de tireoide tratado: um estudo qualitativo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8,p. 2451-2462, ago. 2016.
62. GIANCHELLO, A.L. Health outcomes research in Hispaniccs/Latinos. **Journal of Medical Systems**. v., 20, n.5, p.235-254, out. 1996.

63. GLADIS, M.M. et al. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. **J Consult. Clin. Psychol.**, v.67, n.3, p.320-331, jun. 1999.
64. GOLBERT, L. et al. Carcinoma diferenciado de tireóide: avaliação inicial e acompanhamento. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v. 49, n. 5, p. 701-710, out. 2005.
65. GOMES C.M.A. Descrição da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise. **Rev. Med. Minas Gerais**, v., n.2, p. 60-63, 1997.
66. GOMES, A.M.A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda da conversa. **Interface comun. saúde educ.**, v.12, n.27, p.773-782, 2008.
67. GÓMEZ, M.M.N., et al. Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer after surgery. **Ter. Psicol.**, v. 28, n. 1, p.69-84, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: jul 2015
68. GONÇALVES FILHO, R. P. L.; BORGES, J. A. L. Complicações pós-operatórias em tireoidectomias totais: artigo de revisão. **Revista FACID: Ciência & Vida**, v. 10, n. 1, p.73-170, maio 2014.
69. GONZALEZ, P. et al. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. **Support. Care Cancer**. v.22, n.9, p.2393-2400, set. 2014.
70. GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B.; VILELA JÚNIOR, G.B. Quality of life and physical fitness of individuals in the Brazilian army. **The FIEP bulletin.**, v.76, p.82-85, 2006.
71. GORDIA, A.P. et al. Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v.11, n.106, p.1-2, 2007.
72. GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B.; CAMPOS, W. Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2261-2268, dez. 2009.
73. GRODSKI, S. et al. Increasing incidence of thyroid cancer is due to increased pathologic detection. **Surgery**, v. 144, n.6, p.1038-1043, 2008.
74. GROVER, G.; SADLER, G. P.; MIHAI, R. Morbidity after thyroid surgery: patient perspective. **The Laryngoscope**, v. 123, n. 9, p. 2319-2323, set. 2013.
75. GUERRERO, G.P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.1, p.53-59, jan./fev. 2011.

76. GUIMARÃES FILHO, S.R. et al. Prevalência do tabagismo e sua influência sobre exoftalmia em pacientes que receberam diagnóstico de doença de graves em hospital-escolada paraíba. **Revista Saúde e Ciência**, v.4, n.1, p.105-115, 2015.
77. GULCELİK, M.A. et al. Complications of completion versus total thyroidectomy. **Asian Pac. J. Cancer Prev.**, v.13, n.10, p. 5225–5228, 2012.
78. GUYATT, G. Insights and Limitations from Health-Related Quality-of-Life Research. **J. Gen. Intern. Med.**, v.12, n.11, p. 720–721, nov. 1997.
79. HAISFIELD-WOLFE, M.E. et al. Prevalence and correlates of depression among patients with head and neck cancer: a systematic review of implications for research. **Oncol. Nurs. Forum**, v.36, n.3, p. e107–125, maio 2009.
80. HARDING, M. Health-promotion behaviors and psychological distress in cancer survivors. **Oncol. Nurs. Forum**, v. 39, n.2, p.e132-140, mar. 2012.
81. HAUGEN, B.R.M. et al. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. **Thyroid**, v.26, n.1, p.1-133, jan. 2016.
82. HEBRANT, A. et al. Genetic hyperthyroidism: hyperthyroidism due to activating TSHR mutations. **Eur. J. Endocrinol.**, v.164, n.1, p. 1-9, jan. 2011
83. HEDINGER, C.; WILLIAMS, E.D.; SOBIN L.H. The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition. **Cancer**, v.63, n.5, p.908-910, mar. 1989.
84. HEDMAN, C. et al. Determinants of long-term quality of life in patients with differentiated thyroid carcinoma—a population-based cohort study in Sweden. **Acta Oncol.**, v.55, n.3, p.365-369, nov. 2016.
85. HENRY L.R. et al. Functional voice outcomes after thyroidectomy: an assessment of the Dysphonia Severity Index (DSI) after thyroidectomy. **Surgery**, v.147, p.861-870, jan. 2010.
86. HERCULANO, S. C. A qualidade de vida e seus indicadores. **Ambiente & Sociedade**, v.1, n.2, p.77-99, 1998.
87. HESPANHOL, F.L. et al. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1085-1094, jun. 2010.
88. HOFF, P. M. G. et al. **Tratado de oncologia**. São Paulo: Atheneu, 2013. 2860 p.

89. HOFTIJZER, H.C. et al. Quality of life in cured patients with differentiated thyroid carcinoma. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, v.93, p.200–203, out. 2007.
90. HOSPITAL DO CÂNCER A. C. CAMARGO. Centro de Tratamento e Pesquisa. **Cartilha dos Direitos do Paciente com Câncer**. Uma compilação do departamento jurídico do A.C. Camargo Center, São Paulo, 2009, 63p.
91. HURTADO-LÓPEZ, L.M. et al. Low-risk papillary thyroid cancer recurrence in patients treated with total thyroidectomy and adjuvant therapy vs. patients treated with partial thyroidectomy. **Cir. Cir.**, v.79, n.2, p. 118–125, mar./abril 2011.
92. HUSSON, O. et al. Health-related quality of life among thyroid cancer survivors: A systematic review. **Clin. Endocrinol. (Oxf)**, v.75, n.4, p.544–554, out. 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2265.2011.04114.x/full>> Acesso em: jul. 2015.
93. HUSSON O, et al. Health-related quality of life and disease specific symptoms in long-term thyroid cancer survivors: a study from the population-based PROFILES registry. **Acta Oncol.**, v.52, n. 2, p.249–258, fev. 2013a.
94. HUSSON, O. et al. Fatigue among short- and long-term thyroid cancer survivors: results from the population-based PROFILES registry. **Thyroid**. v.23, n.10, p.1247-1255, out. 2013b.
95. HUSSON, O. et al. Variation in fatigue among 6011 (long-term) cancer survivors and a normative population: a study from the population-based PROFILES registry. **Support CareCancer** v.23, n.7, p.2165-2174, jul. 2015.
96. HUTTON, J.M.; WILLIAMS M. An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v.39, n.5, p. 333–339, out. 2001.
97. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Despesas, Rendimentos e Condições de Vida**. Rio de Janeiro, 2010.
98. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2012: Incidência do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2012.
99. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015.
100. ISLAM, S., et al. The association between depression and anxiety disorders following facial trauma-a comparative study. **Injury**, v.41, n.1, p. 92–96, jan. 2010.

101. JACKSON, S. E. et al. Sexuality after a cancer diagnosis: A population-based study. **Cancer**, v. 122, n.24, p. 3883-3891, ago. 2016.
102. JENTZEN, W. et al. Pre-therapeutic (124)I PET(/CT) dosimetry confirms low average absorbed doses per administered (131)I activity to the salivary glands in radioiodine therapy of differentiated thyroid cancer. **Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging**, v.37, n.5, p. 884-895, maio 2010.
103. KAMMORI, M. et al. Therapeutic strategy for low-risk thyroid cancer in Kanaji Thyroid Hospital. **Endocrine journal**, v. 61, n. 1, p. 1-12, 2014.
104. KEDDE, H. et al. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. **Support Care Cancer**, v.21, n.1, p.271-280, jan. 2013.
105. KENT, E. E. et al. Health-related quality of life in older adult survivors of selected cancers: data from the SEER-MHOS linked data resource. **Cancer**, v.121, n.5, p.758-765, mar. 2015.
106. KIM C. et al. Sexual functioning among testicular cancer survivors: a case-control study in the U.S. **J Psychosom Res.**, v.73, n.1, p.68-73, jul. 2012.
107. KIMURA E.T. Glândula tireoide. In: ALVES, M.M. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008, p.991-1014.
108. KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Quality of life: conceptual issues. **Salus**, v.1, n.1, p.13-5, jun. 2007
109. KRAN, F., FERREIRA, F.P.M. Qualidade de vida na cidade de Palmas - TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. **Ambient. Soc.**, v.9, n.2, p.123-141, 2006.
110. KRYCHMAN, M.; MILLHEISER, L. S. Sexual health issues in women with cancer. **J. Sex. Med.**, v.10, p. 5-15, fev. 2013.
111. LAHOZ, M.A. et al. Functional capacity and quality of life in women after mastectomy. **Rev. Bras. Cancerol.**, v.56, n.4, p.423-430, 2010.
112. LEE, J.I. et al. Decreased health-related quality of life in disease-free survivors of differentiated thyroid cancer in Korea. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 8, p.101, set. 2010 Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-8-101.pdf>> Acesso em: out. 2015.
113. LEE, M.C. et al. Comparison of quality of life between open and endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid cancer. **Head & neck**, v.18, n.1, p.E827-E831, jul. 2015.

114. LEPLÈGE, A.; RUDE, N. The importance of patient's own view about their quality of life. **AIDS**, v. 9, n.9, p.1108-1110, set. 1995.
115. LIMA, R.S.; SINHORETTO, J.; BUENO, S. A gestão da vida e da segurança pública no Brasil. **Soc. estado.**, v. 30, n. 1, p. 123-144, abr. 2015.
116. LINO, V.T. et al. Cross cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cad. Saúde Pública**. v.24, n.1, p.103-112, jan. 2008.
117. LIRA, R.B. et al. Protecting the skin during thyroidectomy. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro. v. 41, n. 1, p.68-71, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912014000100068&lng=en&nrm=iso> Acesso em: jan 2015
118. LIRA, S.A. **Análise de correlação: Abordagem teórica e de construção de coeficientes com aplicações**. 2004. 196p. (Dissertação) Mestrado em Ciências Exatas e Tecnologias. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
119. LUBITZ, C. C.; SOSA, J.A. The changing landscape of papillary thyroid cancer: Epidemiology, management, and the implications for patients. **Cancer**, v. 122, n. 24, p. 3754-3759, jan. 2016.
120. MACHADO, S.M.; SAWADA, N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.4, p.750-757, out. 2008.
121. MAIA, A.L. The Brazilian consensus for the diagnosis and treatment of hyperthyroidism: recommendations by the Thyroid Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, v.57, n.3, p. 205-232, abr. 2013.
122. MALTERLING, R. R. et al. Differentiated thyroid cancer in a Swedish county—long-term results and quality of life. **Acta Oncologica**, v. 49, n. 4, p. 454-459, dez. 2010.
123. MASSOLT E.T. et al. Thyroid hormone and its metabolites in relation to quality of life in patients treated for differentiated thyroid cancer. **Clin. Endocrinol. (Oxf)**., v. 85, n.5, p.781-788, nov. 2016.
124. MAZZAFERRI, E. L.; JHIANG, S. M. Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer. **The American journal of medicine**, v. 97, n. 5, p. 418-428, fev. 1994.
125. MAZZAFERRI E.L.; KLOOS R.T., Clinical review 128: current approaches to primary therapy for papillary and follicular thyroid cancer. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, v.86, n.4, p.1447–1463, abr. 2001.
126. McLEOD D.S.; SAWKA A.M.; COOPER D.S. Controversies in primary treatment of low-risk papillary thyroid cancer. **Lancet**, v. 381, n.9871, p-1046–57, mar. 2013.

Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)62205-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)62205-3/abstract)> Acesso em: set. 2015.

127. MEEBERG, A.G. Quality of life: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v.18, n.1, p.32-38, jan. 1993.
128. MICCOLI, P. et al. The impact of thyroidectomy on psychiatric symptoms and quality of life. **Journal of endocrinological investigation**, v. 30, n. 10, p. 853-859, mar. 2007.
129. MEHANNA H.M.; MORTON R.P. Deterioration in quality of life of late (10-year) survivors of head and neck cancer patients. **Clin. Otolaryngol.**, v.31, n.3, p. 204–211, jun. 2006a.
130. MEHANNA H.M.; MORTON R.P. Does quality of life predict long-term survival in head and neck cancer patients? **Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.**, v.132, n.1, p. 27-31, jan. 2006b.
131. MEHANNA, H.M.; BOER, M.F.; MORTON, R.P. The association of psycho-social factors and survival in head and neck cancer. **Clin. Otolaryngol.**, v.33, n.2, p.83–89, abr. 2008.
132. MELO FILHO, M. R. et al. Quality of life of patients with head and neck cancer. **Braz. j. Otorhinolaryngol**, São Paulo, v.79, n. 1, p.82-8, feb. 2013 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jul. 2015.
133. MICHELONE, A.P.C., SANTOS, V.L.C.G. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.12, n.6, p.875-888, nov./dez. 2004.
134. MIEDEMA, B.; HAMILTON, R.; EASLEY, J. From “invincibility” to normalcy”: Coping strategies of young adults during the cancer journey. **Palliative & Supportive Care**, v. 5, n. 01, p. 41-49, mar. 2007.
135. MIETTINEM, O.S. Quality of life from the epidemiologic perspective. **J. Chron. Dis.**, v.40, n.6, p. 641-643, 1987.
136. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS P.M. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n .5, v.1, p.7-18, 2000.
137. MIRANDA S.L., LANA M.A.L., FELIPPE W.C. Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório. **Psicol. Cienc. Prof.**, v.35, n.3, p.870-885, jul./set. 2015.

138. MISHRA, A.L. et al. Quality of life (QoL) in patients with benign thyroid goiters (pre- and post-thyroidectomy): a prospective study. **World J Surg.**, v. 37, n.10, p. 2322-2329, out.2013.
139. MISRA, S. et al. Patients' experiences following local–regional recurrence of thyroid cancer: A qualitative study. **J. Surg. Oncol.**, v.108, n.1, p. 47-51, jul. 2013.
140. MONTONI N.P.C. **Avaliação eletromiográfica de superfície e nasofibrocópica da deglutição em pacientes submetidos à tireoidectomia e seu impacto na qualidade de vida.** 2012, 128p. Tese (Doutorado em Ciências) Fundação Antonio Prudente, São Paulo, 2012.
141. MOSTOUFI-MOAB, S.; BARAKAT, L.P.; BAUER, A. J. Quality of life in adolescent patients with differentiated thyroid cancer: moving beyond survival. **J Clin Endocrinol Metab.**, v.97, n.10, p.3453-3456, out. 2012.
142. MURESAN, M.M. et al. Bone metastases from differentiated thyroid carcinoma. **Endocr. Relat. Cancer**, v.15, n.1, p.37–49, mar.2008.
143. NASCIMENTO JUNIOR, J.R.N.; ANGELIS, E.C.; LIMA, E.N.P. Qualidade de vida relacionada à voz e à deglutição, a curto prazo, em pacientes submetidos à radioiodoterapia por carcinoma diferenciado de tireoide. **Rev. CEFAC**, vol.17, n.2, p. 396-408, mar./abr. 2015.
144. NATIONAL CANCER INSTITUTE (NIH). **Head and Neck Cancers.** Estados Unidos da América, 2013.
145. NEMETZ, M.A.; NEMETZ, A.B.; SANTOS, M.B. Carcinoma papilífero de glândula tireoide: uma análise retrospectiva de 52 casos. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v. 40, n. 1, p. 1-4, jan. 2011.
146. NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** v.32, n.4, p.759-766, dez. 2011.
147. NIX, P.; NICOLAIDES, A.; COATESWORTH, A.P. Thyroid cancer review 2: Management of differentiated Thyroid Cancers. **Int. J. Clin. Pract.**, v.59, n.12, p.1459-1463, dez. 2005.
148. NIXON, I.J. Well-differentiated thyroid cancer - are you overtreating your patients? **Endokrynol Pol.**, v.67, n.1, p.60-6, fev. 2016.
149. NOBRE, M.R.C. Qualidade de vida. **Arq. Bras. Cardiol**, v.64, n.4, p.299-300, mar. 1995.
150. NORDGREN, M. Health-related quality of life in patients with pharyngeal carcinoma: a five-year follow-up. **Head. Neck.**, v.28, n.4, p.339–349, abr. 2006.

151. O'CARROLL R.E. et al. A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. **Qual. Life Res.**, v.9, n.1, p.121-124, fev. 2000.
152. OTTATI, F.; CAMPOS M.P.S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento de pacientes em tratamento oncológico. **Acta. colomb. Psicol.**, v.17, n.2, p.103-111, jul./dez. 2014.
153. OREN, A. et al. Quality of life and anxiety in adolescents with differentiated thyroid cancer. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 97, n. 10, p. E1933-E1937, jul. 2012.
154. PACINI, F. et al. Differentiated thyroid cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. **Ann Oncol Suppl.** v.20, n.4, p.143-6, maio 2009.
155. PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, n.1, p.105-115, 2007.
156. PARK, C.L; CHO, D. Spiritual well-being and spiritual distress predict adjustment in adolescent and young adult cancer survivors. **Psychoncology**, maio 2016.
157. PASCHOAL, S.M.P. **Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.** 2000. 252p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
158. PATEL, S. S; GOLDFARB, M. Well-differentiated thyroid carcinoma: The role of post-operative radioactive iodine administration. **J. Surg. Oncol.**, v. 107, n.6, p. 665–672, maio 2013.
159. PEDROSO, B. et al. WHOQOL-8: uma alternativa para a avaliação da qualidade de vida em surveys. **Revista Eletrônica Fafit/Facic**, v. 5, n. 2, jul./dez. 2014.
160. PEDROSO. B.; PILATTI, L.A.; REIS, D.R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. **Rev. Bras. Qualidade Vida.** v.1, n.1, p.23-32, jan./jun. 2009.
161. PELLEGRITI, G. et al. Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: update on epidemiology and risk factors. **Journal of cancer epidemiology**, v. 2013, p1-10, abr. 2013.
162. PELTTARI, H. et al. Health-related quality of life in long-term follow-up of patients with cured TNM Stage I or II differentiated thyroid carcinoma. **Clinical endocrinology**, v. 70, n. 3, p. 493-497, 2009.
163. PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.26, n.2, p.241-50, abr./jun. 2012.

164. PERROS, P. et al. Guidelines for the management of thyroid cancer. **Clin. Endocrinol. (Oxf)**, v.81, n. s1, p.1-122, jul. 2014.
165. PINHO, L.S. et al. Breast cancer: of the discovery to the recurrence of the illness. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v.9, n.1, p.154-165, 2007.
166. PORCARO-SALLES, J.M., et al. Indicações dos esvaziamentos cervicais. In: MANSO, J., SILVA, A., 1 ed. **Programa de Atualização em Cirurgia** . Porto Alegre: ARTMED; 2011.
167. PROMBERGER, R. et al. Quality of life after thyroid surgery in women with benign euthyroid goiter: influencing factors including Hashimoto's thyroiditis. **Am. J. Surg.**, v.207, n.6, p.974-979, set. 2014.
168. RAHIB, L. et al. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. **Cancer Res.**, v.74, n.11, p. 2913–2921, jun. 2014.
169. RAPOPORT, A. et al. Review of survival rates 20-years after conservative surgery for papillary thyroid carcinoma. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, v.81, n.4, p.389-393, jul./ago.2015.
170. ROBERTS, K.J.; LEPORE, S. J.; URKEN, M. L. Quality of life after thyroid cancer: an assessment of patient needs and preferences for information and support. **Journal of Cancer Education**, v. 23, n. 3, p. 186-191, 2008.
171. RODRIGUES, H. G. C.; PONTES, A. A. N. D.; ADAN, L. F. Doença nodular da tireoide: dificuldades e perspectivas no diagnóstico pré-operatório. **Rev. Bras. Med.**, v.72, n.1/2, p.44-48, jan./fev. 2015.
172. RODRIGUES, J. S.M.; FERREIRA, N. M. L. A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 5, p. 781-7, jan. 2012.
173. ROGERS, S.N. et al. Comparison of the domains of anxiety and mood of the University of Washington Head and Neck Questionnaire (UW-QOL V4) with the CES-D and HADS. **Head Neck**, v.28, n.8, p. 697–704, ago. 2006.
174. ROSA, E.M. et al . Violência urbana, insegurança e medo: da necessidade de estratégias coletivas. **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n. 4, p. 826-839, 2012.
175. ROSÁRIO, P. W. et al. Nódulo tireoidiano e câncer diferenciado de tireoide: atualização do consenso brasileiro. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, vol. 57, n. 4, p. 240-264. jul. 2013.
176. ROSSI, L.; SANTOS M.A. Psychological consequences of the sickening and treatment of women affected by breast cancer. **Psicol. Ciênc. Profissão**, v.23, n.4, p.32-41, 2003.

177. ROUXEL, A. et al. Prognostic factors associated with the survival of patients developing loco-regional recurrences of differentiated thyroid carcinomas. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, v.89, n.11, p.5362-5368, nov. 2004.
178. SANTOS, L. M. S. et al. Evolução temporal da mortalidade por câncer de tireoide no Brasil no período de 2000 a 2012. **Brazilian Journal of Clinical Analysis**, v.48, n.2, p.133-137, mar. 2016.
179. SAWKA, A.M. et al. Persistent posttreatment fatigue in thyroid cancer survivors: a scoping review. **Endocrinology and metabolism clinics of North America**, v. 43, n. 2, p. 475-494, 2014.
180. SAWKA, A.M. et al. The impact of thyroid cancer and post-surgical radioactive iodine treatment on the lives of thyroid cancer survivors: a qualitative study. **PLoS One**, v. 4, n. 1, p. e4191, jan. 2009.
181. SCHARLOO M. et al. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: predicting quality of life outcome. **Support Care Cancer**, v.18, n.9, p.1137-1145, set. 2010.
182. SCHREIBER, J.A.; BROCKOPP, D.Y. Twenty-five years later--what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. **J. Cancer Surviv.**, v.6, n.1, p.82-94, mar.2012
183. SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 580-588, mar. 2004.
184. SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.
185. SHAHA A.R. Recurrent differentiated thyroid cancer. **Endocr Pract**, v.18, n.4, p.600–603, jul./ago. 2012. Disponível em: <http://journals.aace.com/doi/10.4158/EP12047.CO?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&> Acesso em: jul. 2015.
186. SHERMAN A.C. et al. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer: cross-validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality of Life Head and Neck module (QLQ-H&N35). **Arch. Otolaryngol Head Neck Surg**, v.126, n.4, p. 459–467, abr. 2000.

187. SHIRAZ F. et al. Quality of life, psychological wellbeing and treatment needs of trauma and head and neck cancer patients. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v.52, n.6, p.513-517, jul. 2014.
188. SIEGEL, R. et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. **CA: a cancer journal for clinicians**, v. 62, n. 4, p. 220-241, jul. 2012.
189. SIEGEL, R.L., MILLER, K.D., JEMAL, A. Cancer statistics, 2015. **CA Cancer J. Clin.**, v.65, n.1, p.5–29, jan./fev. 2015.
190. SIEMIATYCKI, M. A comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health surveys. **Am. J. Publ. Hlth.**, v.69, n.3, p.238–245, mar. 1979.
191. SILVA, D.M.G.V. et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.13, n.1, p.7-14, jan./fev.2005.
192. SILVA, T.D.N.C. et al. Aspectos epidemiológicos, clínicos e histológicos na neoplasia maligna de tireoide: estudo retrospectivo. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço**, v. 44, n.4, p. 165-171, dez. 2015.
193. SILVEIRA, C.C; GORINI, M.I.P.C. Concepções do portador de leucemia mielóide aguda frente à fadiga. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.30, n.1, p.40-45, mar. 2009.
194. SIMARD E.P. et al. Cancers with increasing incidence trends in the United States: 1999 through 2008. **CA Cancer J. Clin.**, v.62, n.2, p.118-128, mar./abr. 2012.
195. SIMARD, S. et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. **Journal of Cancer Survivorship**, v. 7, n. 3, p. 300-322, mar. 2013.
196. SINGER, S. et al. Quality of life in patients with thyroid cancer compared with the general population. **Thyroid**, v. 22, n.2, p.117–124, dez. 2012. Disponível em: <<http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/thy.2011.0139>> Acesso em: jul 2014
197. SKEVINGTON, S.M.; O'CONNELL, K.A. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. **Quality of life Research**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2004.
198. SKEVINGTON, S.M; McCRATE F.M. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. **Health Expect.**, v.15, n.1, p.49-62, mar. 2012.
199. SLEVIN, M.L. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? **Br. J. Cancer**, v.57, n.1, p.109-112, jan. 1988.

200. SMELTZER S.C., BARE B.G. **Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011. 2404 p.
201. SMITH, K.W., AVIS, N.E., ASSMANN, S.F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. **Qual. Life Res.**, v. 8, n.5, p.447-459, ago. 1999.
202. SOMMERFELD, C. E. et al. Qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**, v.41, n.4, p.172-77, nov./dez. 2012.
203. SOMMERFELD, C.E. et al. Qualidade de vida de crianças em tratamento clínico de leucemia. **Brasília Med.**, v.48, n.2, p.129-137, 2011.
204. SONG, C.M. et al. Quality of life after robotic thyroidectomy by a gasless unilateral axillary approach. **Annals of surgical oncology**, v. 21, n. 13, p. 4188-4194, jul. 2014.
205. SOUZA, J. R.; ARAÚJO, T.C.C.F. Eficácia terapêutica de intervenção em grupo psicoeducacional: um estudo exploratório em oncologia. **Estud. Psicol.**, v.27, n.2, p.187-196, abril/jun. 2010.
206. SOUZA, J. A.; FORTES, R. C. Qualidade de vida de pacientes oncológicos: um estudo baseado em evidências. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v.1, n.2, p.193-192, dez. 2012.
207. SOUZA, M. S. et al. Autoeficácia, intensidade de dor e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e1145, 2016.
208. SZABO, S.A.; ORLEY, J.; SAXENA S. Approach to response scale development for cross-cultural questionnaires. **Europen Psychologist**. v.2, n. 3, p.270-276, set. 1997. Disponível em:<<http://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1016-9040.2.3.270>> Acesso em: set. 2015
209. TAGAY, S. et al. Health-related quality of life, anxiety and depression in thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment. **Eur. J. Endocrinol.**, v.153, n.6, p.755–763, dez. 2005.
210. TAMMINGA, S. J. et al. Employment and insurance outcomes and factors associated with employment among long-term thyroid cancer survivors: a population-based study from the PROFILES registry. **Quality of Life Research**, v. 25, n. 4, p. 997-1005, 2016.
211. TAN, L. G. L. et al. Health-Related Quality of Life in Thyroid Cancer Survivors. **The Laryngoscope**, v. 117; n.3; p.507–510, mar. 2007.
212. TAZAKI, M. et al. Results of a Qualitative and Field Study Using the WHOQOL Instrument for Cancer Patient. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v.28, n.2, p.134-141, set. 1997.

213. TERRA, F.S. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev. Bras. Clin. Med.** v. 11, n.2, abr./jun.2013.
214. TO, J. et al. A systematic review of randomized controlled trials for management of persistent post-treatment fatigue in thyroid cancer survivors. **Thyroid**, v.25, n.2, p.198-210, fev. 2015.
215. TOLL, E. C. et al. Scars and satisfaction: do smaller scars improve patient-reported outcome? **Eur Arch Otorhinolaryngol.**, v.269, n.1, p.309-313, jan. 2012.
216. VALDERRÁBANO, F.; JOFRE, R.; LÓPEZ-GÓMEZ, J.M. Quality of life in end-stage renal disease patients. **Am. J. Kidney Dis.**, v.38, n.3, p.443-464, set. 2001.
217. VECCHIA C.L. et al. Thyroid cancer mortality and incidence: A global overview. **International Journal of Cancer.**, v.136, n.9, p.2187-2195, maio 2015.
218. VEGA-VÁZQUEZ, M. A. et al. Quality of life-in patients with differentiated thyroid cancer at the general endocrinology clinics of the University Hospital of Puerto Rico. **Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico**, v. 107, n. 1, p. 25-31, jan/mar. 2015.
219. VIANNA D.M. et al. A raridade histológica no câncer da tireoide. **Braz. j. Otorhinolaryngol**, v. 78, n. 4, p.48-51, ago. 2012.
220. VIGÁRIO P.S. et al. Exercise is associated with better quality of life in patients on TSH-suppressive therapy with levothyroxine for differentiated thyroid carcinoma. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, v.58, n.3, p. 274-281, abr. 2014.
221. WANDERLEY, B. R. et al. Armadilhas no diagnóstico do carcinoma papilífero associado à doença de Graves. Relato de caso. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v.13, n.3, p.194-197, abr. 2015.
222. WARE, J.E.JR.; SHERBOURNE, C.D. "The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection". **Medical Care**, v. 30, n.6,p.473-483, jun. 1992.
223. WEYMULLER E.A. JR, DELEYIANNIS F.F.W.B., YUEH B. Quality of life in patients with head and neck cancer. In: MYERS E.N. et al. **Cancer of the head and neck**. 4ed. Philadelphia: W B Saunders; 2003, p.809-823.
224. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p.1403-1409, 1995.
225. WONG, J. C. et al . Negative cancer stereotypes and disease-specific self-concept in head and neck cancer. **Psychoncology**, v.22, n.5, p. 1055-1063, maio 2013.

226. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL- 100: user Manual**. Division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva, 1998.
227. ZANARDO, J.G.; BARROS, V.F.; BRANDÃO, C. D. G. Doença de Graves na infância. **Pediatr. Mod.**, v. 51, n. 4, p.137-140, 2015.
228. ZANDONAI, A.P. et al. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.** v.12, n.3, p. 554-61, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a20.pdf>. Acesso em: ago. 2015.
229. ZANOTTI-FREGONARA, P. et al. Update on the diagnosis and therapy of distant metastases of differentiated thyroid carcinoma. **Minerva Endocrinol.**, v.33, n.4, p.313–327, dez. 2008.
230. ZUCCA, A.C. et al. All's well that ends well? Quality of life and physical symptom clusters in long-term cancer survivors across cancer types. **J. Pain Symptom. Manage.**, v.43, n.4, p.720-31, jan. 2012.

9. ANEXOS

Anexo A Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Controle ≤ 45 anos

C	Sexo	Idade	Pontuação						
			Físico	Psicológico	Independência	Relações	Ambiente	Espiritualidade	QV global
1	F	25	12	15	17	16	13	8	16
2	F	30	14	17	16	15	12	8	16
3	F	31	18	13	13	10	15	16	12
4	M	44	17	16	19	17	16	16	15
5	F	35	8	12	10	12	11	11	12
6	F	30	13	13	15	13	13	18	13
7	F	31	14	13	11	12	13	16	13
8	F	36	10	13	16	12	11	16	13
9	F	36	15	15	20	13	14	20	15
10	F	37	19	17	20	17	14	20	16
11	F	38	11	14	18	14	13	16	15
12	F	45	9	10	12	8	11	13	10
13	F	45	9	15	14	11	12	20	15
14	F	24	16	17	19	14	12	19	14
15	F	30	7	9	10	11	10	14	7
16	F	32	9	11	10	15	10	19	13
17	F	35	15	17	20	17	10	20	11
18	F	31	19	16	19	16	13	15	14
19	F	27	16	15	16	16	10	20	12
20	F	34	15	16	19	14	15	10	14
21	F	41	11	12	18	16	14	16	15

22	F	38	7	12	14	14	13	16	13
23	F	44	13	15	17	14	14	20	16
24	M	29	10	12	11	15	13	20	12
25	F	35	15	15	19	17	15	16	16
26	F	37	13	16	14	15	13	16	16
27	F	34	15	11	11	12	13	10	13
28	M	44	15	18	17	18	16	20	18
29	F	41	16	16	18	16	15	20	15
30	F	33	14	13	18	16	14	17	17
31	F	30	13	15	15	18	14	20	16
32	F	32	15	14	19	17	12	20	17
33	F	34	15	16	16	17	15	17	16
34	M	39	13	15	16	16	13	20	17
35	F	38	16	15	15	17	14	20	16
36	F	42	13	17	15	15	14	17	17
37	M	34	15	15	16	15	14	18	16
38	F	30	19	16	19	15	14	20	18
39	F	31	14	16	18	18	14	17	16
40	M	32	14	15	17	15	13	17	16
41	M	41	19	19	18	20	14	17	20
42	F	32	13	11	13	16	14	16	11
43	M	45	15	16	18	15	14	20	16
44	F	37	14	15	16	15	13	17	16
45	F	42	12	11	17	13	10	20	9

46	F	37	14	15	17	16	15	20	17
47	F	44	11	9	14	11	14	16	8
48	F	37	18	17	19	15	14	16	16
49	F	31	11	9	14	14	12	17	15
50	F	43	9	10	11	14	12	18	14
51	F	40	15	16	15	17	14	16	15
52	F	29	11	14	16	15	13	20	15
53	F	34	17	16	17	17	15	16	15
54	F	40	17	14	19	17	15	18	16
55	F	44	9	10	12	12	11	19	12
56	F	36	16	17	19	13	13	16	13
57	F	35	17	16	19	17	15	17	15
58	F	41	19	17	18	17	15	20	16
59	F	38	19	16	20	18	14	20	17
60	F	39	15	14	17	16	15	18	11
61	F	33	18	17	19	18	14	20	17
62	F	41	14	16	17	16	14	20	16
63	F	44	12	13	15	14	14	16	16
64	F	29	19	14	19	16	11	14	16
65	F	34	9	13	18	12	10	20	8
66	F	30	14	15	16	17	14	17	13
67	F	31	16	14	17	13	13	8	14
68	F	42	13	14	17	12	13	16	12
69	F	38	13	14	17	12	13	20	13

70	F	35	11	13	13	14	13	17	15
71	F	39	12	12	13	11	11	14	12
72	F	42	13	16	14	14	12	20	15
73	F	43	15	11	18	14	11	12	14
74	F	33	16	15	14	15	13	20	16
75	F	37	13	14	17	12	12	20	17
76	F	32	15	12	18	15	12	20	15
77	F	34	15	15	18	18	13	17	16
78	F	39	14	15	17	16	13	20	16
79	M	35	13	14	17	14	13	20	15
80	M	40	15	17	18	17	13	20	15
81	M	32	7	9	9	11	9	20	8
82	F	32	14	16	18	16	13	20	20
83	F	34	18	16	17	16	13	17	19
84	F	35	13	14	18	15	12	20	11
85	F	30	14	15	18	18	14	20	17
86	F	34	15	15	18	16	13	17	16
87	F	31	10	13	18	12	12	17	16
88	M	32	19	16	17	16	16	16	16
89	F	43	16	17	18	15	14	16	15
90	F	41	12	12	16	12	12	20	14

Anexo B Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Controle (C) > 45 anos

C	Sexo	Idade	Pontuação						
			Físico	Psicológico	Independência	Relações	Ambiente	Espiritualidade	QV global
1	M	59	14	15	15	18	15	17	16
2	F	51	17	16	16	17	16	20	13
3	F	61	13	15	15	19	15	17	16
4	F	47	15	17	17	15	15	16	15
5	F	52	11	13	13	14	14	4	15
6	F	59	10	15	15	14	11	13	12
7	F	55	14	15	15	15	14	19	15
8	F	57	9	12	12	10	13	19	13
9	F	49	8	10	10	13	11	17	11
10	F	51	12	13	13	14	10	15	14
11	F	46	12	12	12	15	13	20	14
12	F	51	12	11	11	13	12	16	13
13	M	48	19	18	18	15	16	20	16
14	F	58	10	15	15	16	13	10	6
15	M	60	15	15	15	17	13	10	14
16	F	53	14	15	15	17	14	20	18
17	F	49	13	12	12	11	14	16	13
18	M	52	16	14	14	18	15	8	17
19	M	46	17	15	15	17	14	17	17
20	F	53	14	15	15	16	14	20	15
21	F	48	11	11	11	12	13	17	13
22	F	47	16	14	14	15	14	20	14
23	F	50	19	15	15	12	15	13	16
24	M	53	16	15	15	14	14	13	13

25	F	46	11	15	15	15	11	19	15
26	F	48	14	15	15	10	11	17	14
27	F	52	17	15	15	16	13	16	16
28	F	48	11	14	14	17	13	20	13
29	F	53	15	15	15	16	14	17	16
30	F	49	13	16	16	14	13	20	15
31	M	53	11	16	16	11	13	16	16
32	F	51	17	17	17	17	14	20	20
33	F	54	15	15	15	16	15	17	16
34	F	56	14	15	15	16	15	11	16
35	F	53	18	16	16	17	14	17	16
36	M	49	17	19	19	18	14	16	17
37	M	54	17	16	16	20	15	20	20
38	M	46	15	14	14	14	14	20	16
39	M	62	17	16	16	17	14	18	17
40	F	54	10	12	12	15	13	10	11
41	F	46	15	12	12	16	14	17	15
42	F	51	13	12	12	15	13	14	16
43	F	46	15	17	17	16	14	20	16
44	F	52	14	15	15	16	15	20	16
45	F	69	13	16	16	15	15	18	16
46	M	46	14	14	14	10	11	15	11
47	F	46	6	11	11	14	11	16	13
48	F	52	13	13	13	17	16	18	13
49	F	61	12	14	14	18	12	15	13
50	M	73	15	14	14	14	11	18	14

51	F	59	11	9	9	10	11	20	12
52	F	61	17	13	13	15	12	20	13
53	F	50	15	16	16	17	15	20	17
54	F	59	17	16	16	12	14	18	13
55	F	57	13	16	16	17	15	20	13
56	F	51	13	13	13	15	14	19	12
57	F	62	7	11	11	14	11	17	11
58	F	50	14	13	13	16	14	20	15
59	F	62	12	16	16	17	15	16	15
60	F	46	11	15	15	16	13	18	13
61	F	46	12	12	12	15	13	15	12
62	F	62	19	17	17	17	15	20	16
63	F	53	13	15	15	17	13	16	16
64	F	49	10	11	11	11	12	12	12
65	F	53	16	16	16	18	15	20	17
66	F	53	15	16	16	16	14	20	16
67	F	58	13	16	16	17	13	17	16
68	F	59	13	16	16	17	14	16	16
69	F	60	11	12	12	11	11	12	12
70	F	60	11	15	15	14	14	17	16
71	F	62	12	11	11	13	12	14	12
72	F	60	10	12	12	15	11	10	12
73	F	63	11	12	12	14	13	17	15
74	F	63	11	15	15	15	12	17	15
75	F	64	12	14	14	14	12	17	16
76	F	64	11	16	16	16	12	19	16

77	F	65	12	16	16	16	14	20	15
78	F	65	12	14	14	14	12	14	16
79	F	65	8	12	12	16	13	17	12
80	F	65	10	15	15	16	12	19	16
81	F	68	9	13	13	14	12	18	13
82	F	68	20	16	16	19	16	20	16
83	F	70	11	11	11	15	10	14	12
84	F	71	11	14	14	14	14	18	16
85	F	71	13	15	15	15	13	19	16
86	F	73	14	15	15	17	13	20	16
87	F	84	13	15	15	17	12	14	12
88	F	62	12	16	16	14	13	16	16
89	M	71	12	16	16	15	13	20	15
90	M	66	14	16	16	15	13	17	16
91	M	70	12	13	13	15	12	17	16
92	M	86	14	15	15	14	13	16	16
93	F	46	11	15	15	18	12	20	15
94	F	48	11	14	14	15	13	20	16
95	F	52	12	12	12	17	9	20	11
96	M	51	17	16	16	17	15	20	17
97	F	58	14	17	17	16	13	20	15
98	F	46	18	20	20	20	19	20	20
99	F	55	15	15	15	13	12	17	15
100	F	56	17	14	14	13	14	14	15
101	F	51	15	15	15	15	13	16	12
102	F	53	10	12	12	11	13	19	12

103	F	46	14	14	14	17	13	20	15
104	F	51	16	15	15	16	13	20	15
105	F	65	13	17	17	17	14	20	17
106	F	47	14	18	18	16	14	20	12
107	F	46	20	19	19	17	15	20	19
108	F	58	14	15	15	16	16	20	15
109	F	46	14	15	15	17	14	20	12
110	F	55	11	14	14	11	10	18	8
111	F	49	15	14	14	17	15	16	15
112	F	56	12	16	16	17	14	17	17
113	F	49	11	11	11	13	13	12	15
114	F	82	12	14	14	15	15	18	15
115	F	61	11	11	11	14	14	16	14
116	F	52	17	16	16	16	16	20	14
117	F	46	17	19	19	19	18	20	20
118	F	47	16	17	17	17	17	20	18
119	F	48	14	14	14	18	15	20	15
120	F	53	16	16	16	16	15	20	16

Anexo C Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Patologias Benignas (PB) ≤ 45 anos

PB	Sexo	Idade	Pontuação						QV global
			Físico	Psicológico	Independência	Relações	Ambiente	Espiritualidade	
1	F	31	13	16	13	12	12	16	13
2	F	44	12	14	10	13	13	18	15
3	F	42	9	12	16	14	10	20	9
4	M	41	17	15	17	15	12	13	14
5	F	35	10	9	15	14	10	20	11
6	F	38	16	14	17	15	14	20	15

Anexo D Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Patologias Benignas (PB) > 45 anos

PB	Sexo	Idade	Pontuação							QV global
			Físico	Psicológico	Independência	Relações	Ambiente	Espiritualidade		
1	F	56	15	15	17	14	17	17	16	
2	F	50	15	16	17	16	16	17	16	
3	F	54	15	16	11	17	13	18	11	
4	F	49	16	14	12	16	13	16	16	
5	F	60	17	16	14	17	15	20	16	
6	F	60	13	14	13	18	16	20	19	
7	F	61	16	15	16	15	14	18	16	
8	F	64	10	12	13	14	12	20	14	
9	F	54	15	17	16	16	15	17	19	
10	F	59	16	13	14	17	15	20	16	
11	F	66	17	14	14	13	11	17	16	
12	F	71	14	16	17	17	15	16	16	
13	F	56	15	13	15	16	15	20	15	
14	M	49	14	17	14	16	15	20	16	

Anexo E Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Carcinoma de tireoide (CaT) ≤ 45 anos

CaT	Sexo	Idade	Pontuação						QV global
			Físico	Psicológico	Independência	Relações	Ambiente	Espiritualidade	
1	F	38	13	14	14	17	14	17	16
2	F	44	12	16	18	17	14	16	16
3	F	44	9	12	12	15	13	19	16
4	F	33	13	15	15	19	16	20	15
5	M	34	12	16	15	17	16	20	20
6	F	35	12	12	13	15	13	20	14
7	F	32	12	18	14	20	17	20	18
8	F	27	12	15	15	16	15	16	15
9	F	33	8	10	9	13	12	17	14
10	M	37	19	19	16	20	18	19	17
11	F	32	10	14	14	14	12	16	9
12	F	34	10	9	12	12	13	13	10
13	F	29	17	17	17	17	17	18	20
14	F	30	8	14	11	13	13	13	12
15	F	34	14	15	16	16	15	18	19
16	F	31	7	15	12	17	16	20	16
17	F	33	14	17	17	16	16	20	17
18	F	41	15	13	17	13	14	16	16
19	F	37	14	14	13	14	15	16	16
20	M	42	16	17	17	17	14	18	16
21	F	39	7	11	13	14	13	10	12

22	F	43	11	13	13	14	12	16	13
23	M	42	12	13	12	16	12	16	13
24	F	38	11	13	11	13	14	18	13
25	F	30	11	13	12	19	13	20	14
26	F	40	12	12	16	10	13	17	13
27	F	33	11	14	15	16	17	16	15
28	F	38	9	9	9	12	11	20	10
29	F	41	14	18	14	18	16	20	16
30	M	41	17	15	15	14	13	20	15

Anexo F Tabela - Pontuação individual dos domínios do grupo Carcinoma de tireoide (CaT) > 45 anos

CaT	Sexo	Idade	Pontuação							QV global
			Físico	Psicológico	Independência	Relações	Ambiente	Espiritualidade		
1	F	72	12	16	17	19	17	7	17	
2	F	58	10	11	12	16	10	17	13	
3	M	53	16	19	18	18	15	18	19	
4	F	51	16	15	18	17	15	18	16	
5	F	50	16	17	16	18	16	20	18	
6	M	60	11	14	14	15	13	19	12	
7	F	66	16	17	15	17	15	16	16	
8	M	49	15	16	16	16	15	16	16	
9	F	51	14	15	14	19	16	20	17	
10	F	56	15	14	14	15	15	15	16	
11	F	48	10	12	14	15	16	17	9	
12	F	69	13	17	15	15	11	19	15	
13	F	54	15	17	16	17	15	20	17	
14	F	66	11	14	13	14	14	16	17	
15	M	54	14	17	17	15	14	20	18	
16	F	47	14	17	16	19	18	20	19	
17	F	57	11	13	15	14	15	16	15	
18	M	54	14	17	17	17	15	17	17	
19	F	51	11	14	13	13	14	20	15	
20	F	55	14	14	17	14	15	14	17	
21	F	73	9	15	13	17	14	17	15	

22	M	63	13	17	12	16	15	17	15
23	F	55	17	16	17	17	16	19	19
24	F	64	14	14	13	13	14	18	15
25	F	73	12	10	12	14	14	16	16
26	F	69	16	18	15	16	16	17	16
27	F	52	14	10	17	13	14	20	12
28	F	58	15	17	15	20	15	20	20
29	F	64	14	14	13	15	14	16	15
30	F	46	15	11	14	16	14	18	14
31	F	61	13	15	13	18	14	18	18
32	F	52	13	16	13	16	14	17	16
33	F	48	11	14	8	9	13	18	15
34	F	46	10	13	14	18	14	16	14
35	F	70	16	14	19	16	14	17	16
36	M	52	14	15	13	17	15	16	13
37	F	69	6	12	8	12	10	13	10
38	F	55	9	12	14	10	13	20	15
39	F	51	11	14	10	16	15	20	16
40	F	62	11	13	15	13	16	16	16

Anexo G- Instrumento WHOQOL-100

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 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 a 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 **às duas últimas semanas**.

As questões seguintes são sobre *o quanto* você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas. Por exemplo, sentimentos positivos tais como *felicidade* ou *satisfação*. Se você sentiu estas coisas "*extremamente*", coloque um círculo no número abaixo de "*extremamente*". Se você não sentiu nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*extremamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

Escala de respostas das próximas perguntas:

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F1.2 Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos)?

F1.3 Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

F1.4 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

F2.2 Quão facilmente você fica cansado(a)?

F2.4 O quanto você se sente incomodado(a) pelo cansaço?

F3.2 Você tem alguma dificuldade para dormir (com o sono)?

F3.4 O quanto algum problema com o sono lhe preocupa?

F4.1 O quanto você aproveita a vida?

F4.3 Quão otimista você se sente em relação ao futuro?

F4.4 O quanto você experimenta sentimentos positivos em sua vida?

F5.3 O quanto você consegue se concentrar?

F6.1 O quanto você se valoriza?

- F6.2 Quanta confiança você tem em si mesmo?
- F7.2 Você se sente inibido(a) por sua aparência?
- F7.3 Há alguma coisa em sua aparência que faz você não se sentir bem?
- F8.2 Quão preocupado(a) você se sente?
- F8.3 Quanto algum sentimento de tristeza ou depressão interfere no seu dia-a-dia?
- F8.4 O quanto algum sentimento de depressão lhe incomoda?
- F10.2 Em que medida você tem dificuldade em exercer suas atividades do dia-a-dia?
- F10.4 Quanto você se sente incomodado por alguma dificuldade em exercer as atividades do dia-a-dia?
- F11.2 Quanto você precisa de medicação para levar a sua vida do dia-a-dia?
- F11.3 Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?
- F11.4 Em que medida a sua qualidade de vida depende do uso de medicamentos ou de ajuda médica?
- F13.1 Quão sozinho você se sente em sua vida?
- F15.2 Quão satisfeitas estão as suas necessidades sexuais?
- F15.4 Você se sente incomodado(a) por alguma dificuldade na sua vida sexual?
- F16.1 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?
- F16.2 Você acha que vive em um ambiente seguro?
- F16.3 O quanto você se preocupa com sua segurança?
- F17.1 Quão confortável é o lugar onde você mora?
- F17.4 O quanto você gosta de onde você mora?
- F18.2 Você tem dificuldades financeiras?
- F18.4 O quanto você se preocupa com dinheiro?
- F19.1 Quão facilmente você tem acesso a bons cuidados médicos?
- F21.3 O quanto você aproveita o seu tempo livre?
- F22.1 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) ?
- F22.2 Quão preocupado(a) você está com o barulho na área que você vive?
- F23.2 Em que medida você tem problemas com transporte?
- F23.4 O quanto as dificuldades de transporte dificultam sua vida?

As questões seguintes perguntam sobre *quão completamente* você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. Por exemplo, atividades diárias tais como lavar-se, vestir-se e comer. Se você foi capaz de fazer estas atividades *completamente*, coloque um círculo no número abaixo de "*completamente*". Se você não foi capaz de fazer nenhuma destas coisas, coloque um círculo no número abaixo de "*nada*". Se você desejar indicar que sua resposta se encontra entre "*nada*" e "*completamente*", você deve colocar um círculo em um dos números entre estes dois extremos. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

Escala de respostas das próximas perguntas:

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F2.1 Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?

F7.1 Você é capaz de aceitar a sua aparência física?

F10.1 Em que medida você é capaz de desempenhar suas atividades diárias?

F11.1 Quão dependente você é de medicação?

F14.1 Você consegue dos outros o apoio que necessita?

F14.2 Em que medida você pode contar com amigos quando precisa deles?

F17.2 Em que medida as características de seu lar correspondem às suas necessidades?

F18.1 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

F20.1 Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? F20.2 Em que medida você tem oportunidades de adquirir informações que considera necessárias?

F21.1 Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

F21.2 Quanto você é capaz de relaxar e curtir você mesmo?

F23.1 Em que medida você tem meios de transporte adequados?

As questões seguintes perguntam sobre o quão *satisfeito(a)*, *feliz ou bem* você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. Por exemplo, na sua vida familiar ou a respeito da energia (disposição) que você tem. Indique quão satisfeito(a) ou não satisfeito(a) você está em relação a cada aspecto de sua vida e coloque um círculo no número que melhor represente como você se sente sobre isto. As questões se referem **às duas últimas semanas**.

Escala de resposta das próximas perguntas:

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

G2 Quão satisfeito(a) você está com a qualidade de sua vida?

G3 Em geral, quão satisfeito(a) você está com a sua vida?

G4 Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

F2.3 Quão satisfeito(a) você está com a energia (disposição) que você tem?

F3.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

F5.2 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de aprender novas informações?

F5.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

F6.3 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

F6.4 Quão satisfeito(a) você está com suas capacidades?

F7.4 Quão satisfeito(a) você está com a aparência de seu corpo?

F10.3 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

F13.3 Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

F15.3 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

F14.3 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de sua família?

F14.4 Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

F13.4 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de dar apoio aos outros?

F16.4 Quão satisfeito(a) você está com com a sua segurança física (assaltos, incêndios, etc.)? F17.3 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

F18.3 Quão satisfeito(a) você está com sua situação financeira?

F19.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

F19.4 Quão satisfeito(a) você está com os serviços de assistência social?

F20.3 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de adquirir novas habilidades?

F20.4 Quão satisfeito(a) você está com as suas oportunidades de obter novas informações?

F21.4 Quão satisfeito(a) você está com a maneira de usar o seu tempo livre?

F22.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos)?

F22.4 Quão satisfeito(a) você está com o clima do lugar em que vive?

F23.3 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

A escala de resposta da próxima pergunta (13.2)

Muito infeliz	infeliz	nem feliz nem infeliz	feliz	muito feliz
1	2	3	4	5

F13.2 Você se sente feliz com sua relação com as pessoas de sua família?

A escala de resposta da próxima pergunta (G1):

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

G1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

A escala de resposta das próximas perguntas

Muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F15.1 Como você avaliaria sua vida sexual?

F3.1 Como você avaliaria o seu sono?

F5.1 Como você avaliaria sua memória?

F19.2 Como você avaliaria a qualidade dos serviços de assistência social disponíveis para você?

As questões seguintes referem-se a "*com que frequência*" você sentiu ou experimentou certas coisas, por exemplo, o apoio de sua família ou amigos ou você teve experiências negativas, tais como um sentimento de insegurança. Se, nas duas últimas semanas, você não teve estas experiências de nenhuma forma, circule o número abaixo da resposta "nunca". Se você sentiu estas coisas, determine com que frequência você os experimentou e faça um círculo no número apropriado. Então, por exemplo, se você sentiu dor o tempo todo nas últimas duas semanas, circule o número abaixo de "sempre". As questões referem-se **às duas últimas semanas**.

A escala de resposta das próximas perguntas

Nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
1	2	3	4	5

F1.1 Com que frequência você sente dor (física)?

F4.2 Em geral, você se sente contente?

F8.1 Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

As questões seguintes se referem a qualquer "trabalho" que você faça. *Trabalho* aqui significa qualquer atividade principal que você faça. Pode incluir trabalho voluntário, estudo em tempo integral, cuidar da casa, cuidar das crianças, trabalho pago ou não. Portanto, *trabalho*, na forma que está sendo usada aqui, quer dizer as atividades que você acha que tomam a maior parte do seu tempo e energia. As questões referem-se **às últimas duas semanas**.

A escala de resposta das próximas perguntas

nada	muito pouco	médio	muito	completamente
1	2	3	4	5

F12.1 Você é capaz de trabalhar?

F12.2 Você se sente capaz de fazer as suas tarefas?

A escala de resposta da próxima pergunta (F 12.4)

muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito / nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

F12.4 Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?

A escala de resposta da próxima pergunta (F 12.3)

muito ruim	ruim	nem ruim / nem boa	boa	muito boa
1	2	3	4	5

F12.3 Como você avaliaria a sua capacidade para o trabalho?

As questões seguintes perguntam sobre "*quão bem você é capaz de se locomover*" referindo-se às duas últimas semanas. Isto em relação à sua habilidade física de mover o seu corpo, permitindo que você faça as coisas que gostaria de fazer, bem como as coisas que necessite fazer.

A escala de resposta da próximas pergunta (F 9.1)

muito ruim	ruim	nem ruim / nem bom	bom	muito bom
1	2	3	4	5

F9.1 Quão bem você é capaz de se locomover?

A escala de resposta das próximas perguntas

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F9.3 O quanto alguma dificuldade de locomoção lhe incomoda?

F9.4 Em que medida alguma dificuldade em mover-se afeta a sua vida no dia-a-dia?

A escala de resposta da próximas pergunta (F 9.1)

F9.2 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de se locomover?

Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se às suas *crenças pessoais*, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito à religião, à espiritualidade e outras crenças que você possa ter. Uma vez mais, elas referem-se **às duas últimas semanas**.

A escala de resposta das próximas perguntas

nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
1	2	3	4	5

F24.1 Suas crenças pessoais dão sentido à sua vida?

F24.2 Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

F24.3 Em que medida suas crenças pessoais lhe dão força para enfrentar dificuldades?

F24.4 Em que medida suas crenças pessoais lhe ajudam a entender as dificuldades da vida?

Anexo H – Aprovação do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida em pacientes tratados do carcinoma bem diferenciado de tireoide através do WHOQOL-100

Pesquisador: Fernanda de Oliveira Furino

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44842115.8.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.207.421

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem o delineamento quantitativo, do tipo descritivo transversal com aplicação de um instrumento que avalia a qualidade de vida dos participantes da pesquisa que tiveram diagnóstico confirmado de câncer da tireoide e que foram tratados, pacientes controle de mesma idade e sexo, sem patologias oncológicas; grupo de pacientes tireoidectomizados devido a outras patologias que não incluem o carcinoma bem diferenciado de tireoide.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Avaliar a qualidade de vida de pacientes com câncer bem diferenciado da tireoide tratados através do questionário WHOQOL-100.

Objetivo Secundário: Identificar quais domínios referentes à qualidade de vida são mais afetados pelo paciente tratado do carcinoma bem diferenciado de tireoide; Avaliar o impacto do tratamento do carcinoma bem diferenciado de tireoide na vida dos pacientes; Comparar os pacientes tratados do carcinoma bem diferenciado de tireoide com aqueles que realizaram a tireoidectomia

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 1.207.421

devido a outras patologias e identificar quais os diferentes domínios afetados no grupo controle.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram bem ponderados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a temática, metodologicamente bem estruturada, respeitando os preceitos éticos conforme Resolução n.486/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada adequadamente;
- Anexado o instrumento de coleta de dados;
- Anexado o Termo de Autorização Prévia da Instituição onde ocorrerá a pesquisa;
- Projeto de pesquisa enviado;
- TCLEs adequados
- Documento da Plataforma Brasil preenchido corretamente.

Recomendações:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a acrescentar

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	folha de rosto CEP .pdf	23/04/2015 01:38:29		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_500295.pdf	23/04/2015 01:41:45		Aceito
Outros	carta de autorização mestrado.pdf	13/08/2015 03:52:20		Aceito
Outros	carta de autorização prefeitura mestrado.pdf	13/08/2015 03:54:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto mestrado plataforma.docx	13/08/2015 04:03:40		Aceito
Outros	WHOQOL-100.pdf	13/08/2015 04:04:18		Aceito
TCLE / Termos de	TCLE plataforma.docx	14/08/2015		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.207.421

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE plataforma.docx	01:48:12		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_500295.pdf	14/06/2015 01:50:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE grupo controle.docx	15/07/2015 22:42:59		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_500295.pdf	15/07/2015 22:43:56		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 31 de Agosto de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br