

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE
GERONTOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

DAIANE BALDO APOLINÁRIO

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO ESTRESSE EM MULHERES COM
HIPOTIREODISMO CRÔNICO PÓS TIREOIDECTOMIA TOTAL: UM ESTUDO
QUANTITATIVO-QUALITATIVO

**São Carlos/ SP
2023**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE
GERONTOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

DAIANE BALDO APOLINÁRIO

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO ESTRESSE EM MULHERES COM
HIPOTIREODISMO CRÔNICO PÓS-TIREOIDECTOMIA TOTAL: UM ESTUDO
QUANTITATIVO-QUALITATIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do título de mestre em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi.

Coorientadora: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta

São Carlos/ SP

2023

Apolinário, Daiane Baldo

Percepção da qualidade de vida e do estresse em mulheres com hipotireodismo crônico tireoidectomia total: um estudo quantitativo-pós qualitativo / Daiane Baldo Apolinário -- 2023.
113f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos
Orientador (a): Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
Banca Examinadora: Profa. Dra. Keika Inouye, Profa. Dra. Rita de Cassia Helu Mendonça Ribeiro
Bibliografia

1. Câncer de tireoide. 2. Estresse. 3. Qualidade de vida.
I. Apolinário, Daiane Baldo. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325

Este trabalho resulta da minha experiência com o câncer de tireoide e representa a elaboração do luto pelo meu corpo saudável.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória de minha mãe Roseli que sempre zelou por mim e pela minha educação escolar: me viu ingressar no mestrado, mas não verá o final desta trajetória.

A memória do amigo Pe. Jorge Domingues, que uma vez me disse: “vai que teu lugar é na sala de aula”.

E a toda mulher tireoidectomizada que em algum momento procurou o *Google* para entender essa nova condição de vida.

AGRADECIMENTOS

À UFSCar e ao PPGGero por criarem um espaço de tranquilidade e coerência para o amadurecimento de ideias.

À orientadora Profa. Fabiana, que abraçou a ideia e, que com paciência e gentileza me ajudou a lapidar este texto.

À coorientadora Profa. Marisa, por gentilmente compartilhar de seu tempo e ensinamentos comigo.

Às professoras Keika e Rita, membras da banca de defesa e qualificação por seu tempo, gentileza e contribuições para este trabalho.

A todas as participantes que gentilmente cederam seu tempo e experiências para a realização deste trabalho.

Aos moderadores das páginas do Facebook:

Hipotireoidismo, vivendo com saúde

Hipotireoidismo - dicas, ajuda e informações

Câncer de Tireoide - Nós venceremos

DOENÇAS DA TIREÓIDE

A TIRÓIDE E NÓS

Hipotireoidismo e Hipertireoidismo - Borboletas Em Transição

Nós e a tiróide [Portugal]

Amigas vencendo o câncer de da tireoide.

Pessoas que fizeram tireoidectomia total

Vencendo o Hipertireoidismo

AMIGAS(OS) DA TIREÓIDE

Pela autorização de divulgação deste estudo.

E em especial à Natália V.V.V.R. Carvalho, moderadora da página A tireoide ~Só para mulheres• e ao Rui M. Souza, moderador da Nós e a tireoide , por permitirem a divulgação deste estudo. À Márcia Medeiros de Lima e Raul Oliveira da *Psico.online*, por me apoiarem na divulgação da pesquisa.

Ao meu companheiro de vida Ramon Alberto, agradeço pelo amor, zelo, olhar crítico diante deste texto, escuta ativa sobre cada descoberta durante a investigação e construção, e por fim pela paciência durante minhas ausências.

Ao meu pai, Ângelo, à minha mãe-sogra Rose Mary e ao pai-sogro Carlos pelo carinho e acolhida durante a escrita deste texto. À minha vó/mãe/madrinha Antônia, que mesmo sem entender o meu isolamento durante a tarefa de construção deste texto, ofereceu apoio, companhia e aconchego.

Ao professor Márcio Ângelo Menardi por continuar zelando pela minha formação profissional e humana.

E à Heloisa Gaiardo Baldo, Bruna Borges, a Giulia FR Silva e Filipe Eduardo Martins por todo apoio incondicional desde o momento em que decidi fazer o mestrado. Aos que acompanho em Psicoterapia, por compreenderem minhas ausências e vibrarem comigo durante a construção deste trabalho: **obrigada!**

RESUMO

INTRODUÇÃO: O câncer de tireoide aparece comumente em mulheres com mais de 40 anos de idade e seu tratamento é a tireoidectomia total. A consequência disso é o hipotireoidismo crônico, que resulta em alterações fisiológicas e emocionais significativas que demandam pela manutenção da saúde. **OBJETIVO:** Analisar a existência de relações entre qualidade de vida e o estresse em mulheres adultas e idosas pós-tireoidectomia total e suas percepções das condições de saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo quantitativo-qualitativo, realizado com 60 mulheres que responderam ao questionário ThyPro-39, que avalia a qualidade de vida diante do adoecimento da tireoide, e a Escala de Estresse Percebido (PSS 10), que mede a percepção do estresse. Ao término do formulário, elas recebiam o convite para participar de uma entrevista semiestruturada. O link do formulário com os questionários foi divulgado em páginas do Facebook sobre hipotireoidismo do Brasil. Os dados receberam tratamento estatístico. Todos os preceitos éticos foram respeitados. **RESULTADOS:** Das 60 participantes, 38,3% concluíram pós-graduação e 63,3% eram casadas e com média de idade de 53,09 anos. Destas, 85% possuíam carcinoma papilífero, 71,7% fizeram iodoterapia, com tempo de tratamento médio de 7,35 anos de pós-tireoidectomia e 51,7% apresentaram COVID-19. Quanto à percepção da qualidade de vida, verifica-se que os escores médios variaram de 48,93 a 61,95, sendo que os mais altos foram nos domínios: fadiga ($m=61,95$), problemas cognitivos ($m=49,83$), fatores emocionais ($m=52,42$), ansiedade ($m=50,78$) e depressão ($m=48,87$), indicando pior percepção da qualidade de vida nestas dimensões. Quanto à percepção do estresse, o escore médio total da PSS-10 foi de 27,47. Confirmou-se a relação entre o estresse e a qualidade de vida das participantes, com significância estatística nos seguintes domínios: fadiga ($r=0,278$; $p=0,032$), ansiedade ($r=0,537$; $p\leq 0,001$), depressão ($r=0,620$; $p\leq 0,001$), fatores emocionais ($r=0,635$; $p\leq 0,001$), impacto na vida social ($r=0,601$; $p\leq 0,001$) no dia a dia ($r=0,620$; $p\leq 0,001$), aparência ($r=0,286$; $p=0,027$) e qualidade de vida geral ($r=0,424$; $p=0,001$). Com relação aos dados qualitativos, treze participantes escolheram participar da entrevista, com esses dados caracterizamos através da análise do discurso de Bardin a percepção de qualidade de vida e estresse. Construímos as categorias de análise: “condição de saúde e pandemia”, “vida cotidiana e diagnóstico”, “póstireoidectomia e autopercepção da qualidade de vida e estresse”. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que há relação entre a percepção da qualidade de vida e o nível de estresse das mulheres avaliadas, verificando-se prejuízo da qualidade de vida em geral, com o agravamento da ansiedade e os sintomas do hipotireoidismo. Nesse sentido, encontrar bom acolhimento na relação médico-paciente e a criação de estratégias de enfrentamento como autocuidado emocional, físico e nutricional, com o intuito de alcançar o restabelecimento do bem-estar biopsicossocial diante da experiência do tratamento do câncer, é necessário.

Palavras-chave: Câncer de tireoide. Hipotireoidismo. Estresse. Qualidade de vida.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Thyroid cancer commonly appears in women over 40 years of age and its treatment is total thyroidectomy. The consequence of this is chronic hypothyroidism, which results in significant physiological and emotional changes that require the maintenance of health. **OBJECTIVE:** To analyze the existence of relationships between quality of life and stress in adult and elderly women after total thyroidectomy and their perceptions of health conditions. **METHOD:** This is a quantitative-qualitative study, carried out with 60 women who answered the ThyPro-39 questionnaire, which assesses the quality of life in the face of thyroid disease, and the Perceived Stress Scale (PSS 10), which measures the stress perception. At the end of the form, they received an invitation to participate in a semi-structured interview. The link to the form with the questionnaires was posted on Facebook pages about hypothyroidism in Brazil. The data received statistical treatment. All ethical precepts were respected. **RESULTS:** Of the 60 participants, 38.3% completed postgraduate studies and 63.3% were married, with a mean age of 53.09 years. Of these, 85% had papillary carcinoma, 71.7% underwent radioiodine therapy, with an average treatment time of 7.35 years after thyroidectomy, and 51.7% had COVID-19. As for the perception of quality of life, it appears that the average scores ranged from 48.93 to 61.95, with the highest scores in the domains: fatigue (m=61.95), cognitive problems (m=49, 83), emotional factors (m=52.42), anxiety (m=50.78) and depression (m=48.87), indicating worse perception of quality of life in these dimensions. As for the perception of stress, the mean total PSS-10 score was 27.47. The relationship between stress and the participants' quality of life was confirmed, with statistical significance in the following domains: fatigue ($r=0.278$; $p=0.032$), anxiety ($r=0.537$; $p\leq 0.001$), depression ($r=0.620$; $p\leq 0.001$), emotional factors ($r=0.635$; $p\leq 0.001$), impact on social life ($r=0.601$; $p\leq 0.001$) in everyday life ($r=0.620$; $p\leq 0.001$), appearance ($r=0.286$; $p=0.027$) and overall quality of life ($r= 0.424$; $p=0.001$). With regard to qualitative data, thirteen participants chose to participate in the interview, with these data we characterized, through the analysis of Bardin's speech, the perception of quality of life and stress. We built the analysis categories: "health condition and pandemic", "daily life and diagnosis", "post-thyroidectomy and selfperception of quality of life and stress". **CONCLUSION:** It is concluded that there is a relationship between the perception of quality of life and the level of stress of the evaluated women, verifying a loss of quality of life in general, with the worsening of anxiety and the symptoms of hypothyroidism. In this sense, finding good reception in the doctor-patient relationship and the creation of coping strategies such as emotional, physical and nutritional self-care, with the aim of achieving the restoration of biopsychosocial well-being in the face of the experience of cancer treatment, is necessary.

Keywords: Thyroid cancer. Hypothyroidism. Stress. Quality of life.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão	31
Figura 2- Fluxograma de categorias e subcategorias de análise.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra, segundo dados sociodemográficos: escolaridade e estado civil das 60 participantes: Brasil, 2022.....	38
Tabela 2-Coeficientes de Correlação de Spearman PSS-10 e do ThyPro-39 das 60 respondentes, Brasil -2022.....	39
Tabela 3- Distribuição da amostra segundo características clínicas das 60 participantes – Brasil, 2022.	40
Tabela 4- Estatística descritiva referente aos domínios da qualidade de vida avaliados pelo ThyPro-39 e do estresse avaliado pela PSS-10 das 60 participantes – Brasil, 2022.	40
Tabela 5- Comparação entre o tipo de carcinoma, (PSS-10) e o ThyPro-39 das 60 participantes – Brasil, 2022.	41
Tabela 6- Coeficientes de correlação de Spearman com a variável idade e os escores da PSS-10 e das dimensões do ThyPro-39 das 60 participantes – Brasil, 2022.	42
Tabela 7- Comparação entre a variável iodoterapia e a PSS-10 e a escala ThyPro-39 das 60 participantes – Brasil, 2022.....	43
Tabela 8- Comparação entre a variável COVID e a PSS-10 e a escala ThyPro-39 das 60 respondentes, Brasil-2022.	46
Tabela 9- Dados preliminares clínicos e sociodemográficos das 13 participantes entrevistadas- Brasil, 2022.....	50

LISTA DE SIGLAS

COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research

CNS : Conselho Nacional de Saúde

CDT: Carcinoma da tireóide

DNA: ácido desoxirribonucleico

T4 : tiroxina

T3 : triiodotironina

TSH: hormônio tireoestimulante

NEM: neoplasia endócrina múltipla

PSS-10: Escala de Percepção de Estresse-10 (PSS-10)

OMS: Organização Mundial da Saúde

QV: qualidade de vida

UFSCar : Universidade Federal de São Carlos

RI-UFSCar : Repositório Institucional da Universidade Federal de São Carlos

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS E QUADROS	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE SIGLAS.....	12
1.INTRODUÇÃO	15
1.1 Considerações sobre câncer e envelhecimento humano.....	16
1.1.1 Breves apontamentos sobre a glândula tireoide	18
1.1.2 Breves considerações sobre o carcinoma tireoidiano: da incidência, do adoecer ao tratamento	20
1.1.3 Apontamentos sobre hipotireoidismo decorrente da tireoidectomia na população idosa	23
1.2 Considerações sobre qualidade de vida no paciente tireoidectomizado	25
2. OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo Geral	29
2.2 Objetivos Específicos	29
3. HIPÓTESE.....	30
4. MATERIAL E MÉTODO.....	31
4.1 Desenho do Estudo.....	31
4.2 Amostra do estudo	31
4.2.1 Critérios de inclusão e de exclusão.....	31
4.3 Procedimentos de Coleta de dados	32
4.4 Instrumentos para coleta de dados	33
4.5. Análise dos dados	35
4.6 Procedimentos éticos	37
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Dados quantitativos.....	38
5.2 Dados qualitativos	49
5.2.1 Categoria Condição de Saúde e Pandemia	51

5.2.2 Categoria vida cotidiana e diagnóstico.....	60
5.2.3 Categoria Pós-tireoidectomia e autopercepção no pós-tratamento	66
5.2.4 Categoria relação médico paciente	71
5.2.5 Família, trabalho e rede de apoio.....	75
5.2.6 Categoria Qualidade de vida e estresse	81
6. CONCLUSÃO	88
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
8. ANEXOS	101
8. 1. Anexo 1- Instrumento ThyPro-39	101
8.2. Anexo 2: Escala de Estresse Percebido – versão 10 (PSS-10)	106
8.3. Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	107
8.4. Anexo 4: Check-List COREQ	111
APÊNDICES	113
APÊNDICE 1: Entrevista individual	113

1.INTRODUÇÃO

Uma das primeiras evidências retratadas por escrito do câncer está em um papiro egípcio do século VII a.C. que apresenta o quadro de uma paciente com massa protuberante situada ao peito e sem tratamento possível (MUKERJEE,2012). O autor cita também que é atribuído ao câncer, o caráter de doença moderna, pois este só passou a ser referenciado com destaque a partir do século XX, considerando que, no período anterior, doenças como tuberculose, peste ou varíola foram mais evidenciadas (MUKERJEE,2012).

Por volta de 400 a.C., Hipócrates designou a primeira referência nominal ao câncer: fez-se uso da palavra *Karkinos*, que no idioma grego denota caranguejo. Tal designação deve-se à percepção de Hipócrates frente a análise da estrutura de grandes tumores observáveis: um caranguejo com as patas abertas. A estrutura dura do tumor, corresponderia ao corpo endurecido do caranguejo. *Karkinos* representa, nos preceitos estabelecidos por Hipócrates, um termo genérico para designar toda manifestação de inchaço ou nódulo no corpo (MUKERJEE,2012).

Contudo, deve-se considerar que o aspecto destrutivo da doença foi caracterizado por Galeno (131-201 d.C.), médico romano. Galeno destacara que o câncer é um processo de adoecimento que, vagarosa e silenciosamente, consome o corpo do sujeito adoecido. Tal premissa, ainda permanece no imaginário social (GASPAR, 2019).

No mundo, o câncer é uma preocupação predominante no campo da saúde pública por representar uma das principais causas de óbito prematuro. A manifestação do câncer tem sido mais expressiva em decorrência do crescimento e envelhecimento dos grupos humanos e tal fato, incide nas modificações de fatores relacionados à prevalência e manifestações dos fatores de risco como: sedentarismo e baixa qualidade na alimentação (INCA,2020).

Quanto à tomada de consciência do diagnóstico para o paciente, esta resulta em mudanças significativas em seu cotidiano: podem ocorrer impedimentos no exercício de atividades rotineiras, o padrão de sono é alterado, logo o corpo padece diante das consequências das experiências do adoecer e tratamento (SILVA, 2020).

Na contemporaneidade adota-se como definição para câncer: doença maligna caracterizada pelo crescimento celular desordenado e agressivo que culmina na formação de tumores que podem ser desordenados e agressivos (INCA, 2020).

O desenvolvimento do câncer se dá por meio da mutação genética resultante na modificação do DNA que obtém informações erradas sobre o modo como deveria funcionar. As alterações que ocorrem em genes do tipo proto-oncogenes de característica inata, ao serem alterados pela mutação, tornam-se ativos e modificam-se para o tipo oncogene e isso, resultará no desenvolvimento de células cancerígenas (INCA, 2020).

Nos últimos anos, nota-se um crescente aumento do envelhecimento populacional e isso deve-se ao processo de transição demográfica e epidemiológica (SILVA et al.,2019).

O processo de transição demográfica também traz alterações nos constituintes dos marcadores da morbimortalidade, que compreendem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs): doenças cardiovasculares, quadros respiratórios crônicos, diabetes mellitus e câncer (SILVA et al.,2019). A diminuição de tais ocorrências depende da queda de fatores como “[...] mortalidade, urbanização acelerada, avanço no conhecimento científico, melhora em relação aos aspectos nutricionais, higiene pessoal e ambiental, além dos avanços biotecnológicos” (SILVA et al.,2019, p.1).

1.1 Considerações sobre câncer e envelhecimento humano

Felix e colaboradores (2020) destacam que o câncer é uma das quatro maiores causas de morte em idosos no mundo. A elevação destas taxas deve-se ao próprio aumento do envelhecer humano e aumento

populacional. Há também modificações nos fatores que predisõem ao desenvolvimento de câncer e por fim, o envelhecimento associado à descoberta tardia do câncer resulta no aumento das taxas de óbito nessas populações.

Sobre o aumento da expectativa de vida no Brasil, destaca-se que a média etária corresponde 76,7 anos de vida, logo a análise das estimativas de câncer na população idosa servirá para implementar novos mecanismos para detecção e diagnóstico da doença (FELIX et al.,2020).

A palavra câncer ainda vem acompanhada por estigmas sociais: ainda está presente no imaginário coletivo a ideia de fatalidade diante da doença, mesmo quando a equipe médica aponta perspectivas de bom prognóstico. A descoberta do diagnóstico vem acompanhada de reações comuns como necessidade de enfrentamento, busca por perspectivas de cura, vivência da modificação do estado de saúde e até mesmo, a negação da experiência do adoecimento (BĂRBUŞ et al.,2017).

Ainda sobre o diagnóstico do câncer, deve-se ressaltar que este não deve ser finalizado diante da premissa de morte iminente. O senso de existência desse paciente torna-se, muitas vezes, atrelado à condição do estar doente. Logo o senso de cuidado evidencia-se numa tentativa de que se possa preservar a vida. Ocorrem modificações no cotidiano que vão desde impactos na qualidade do sono à impossibilidade de executar tarefas cotidianas devido a transformações corporais. As mudanças vivenciadas, permeadas pelo sentir da dor e sofrimento, também se dão por um senso de incapacidade, dadas as consequências do tratamento (SILVA, 2020).

O tratamento e os sintomas decorrentes do adoecimento pelo câncer trazem modificações internas e externas, com alterações físicas que comprometem a capacidade emocional e física que vão ao encontro do papel exercido pela pessoa (BĂRBUŞ et al.,2017).

Silva e colaboradores (2019) apresentam que a necessidade do tratamento invasivo ao longo do processo de adoecimento por câncer no idoso, faz com o que o sujeito se depare com grandes dificuldades internas que são decorrentes do desenvolvimento humano: o envelhecimento. Tais

dificuldades representam vulnerabilidades que podem comprometer aspectos de ordem física e biopsicossocial.

Nesse cenário, o paciente ingressa na jornada em busca do reestabelecimento de sua saúde: submete-se às técnicas terapêuticas que podem ser física e emocionalmente desgastantes. Por outro lado, no caso de um diagnóstico de câncer, podem ocorrer recusas de início do tratamento, dificultando o trabalho da equipe de saúde, impactando no não reestabelecimento da saúde (BĂRBUŞ et al.,2017).

Surgem questionamentos diante do tratamento e revolta frente à experiência de adoecimento: há perguntas e necessidades de respostas que nem sempre são encontradas adequadamente. A modernidade permite que ambientes virtuais se transformem em pontos de encontro onde se formulam perguntas e se encontram respostas, contudo nem sempre satisfatórias ou adequadas (BĂRBUŞ et al.,2017).

É importante salientar que boa parte dos pacientes oncológicos, apresenta uma taxa de estresse expressiva, mas esta condição é tratável. O estresse é uma condição dependente de componentes “[...] físicos, demográficos, psicológicos e sociais que, durante o processo de envelhecimento, tendem a influenciar no modo como o idoso vai reagir aos eventos estressores” (SILVA et al.,2019, p.2).

Por fim, Silva e colaboradores (2019) ressaltam que o sujeito em processo de adoecimento oncológico deve ser apoiado por sua família e equipe multiprofissional de saúde, para que este possa ser acolhido durante a fase de tratamento. Diante disso, o próximo tópico abordado compreende a caracterização da glândula tireoide.

1.1.1 Breves apontamentos sobre a glândula tireoide

No senso comum, a tireoide é chamada de glândula borboleta (REIS, 2021). A tireoide é uma glândula localizada no pescoço e tem como função, tratar o iodo que está presente na dieta humana. É responsável, também, pela produção dos hormônios tireoidianos: tiroxina (T4) e triiodotironina (T3). Tais substâncias são responsáveis pela regulação da “frequência cardíaca,

o nível de colesterol, o peso corporal, o nível de energia, a força muscular, a condição da pele, a visão, a regularidade menstrual e o estado mental, entre uma série de outras condições” (SMITH et al.,2018, p.2). Reis (2021, p.757) sinaliza que a tireoide também é responsável pelo funcionamento do “coração, cérebro, fígado e os rins”.

A tireoide começa a ser formada após o 24º dia da fertilização e seu funcionamento é regulado pela hipófise. Na glândula hipófise, o hormônio tireoestimulante (TSH) é produzido e, este estimula a glândula tireoide a produzir os hormônios triiodotironina (T3) e tiroxina (T4), responsáveis pela regulação do metabolismo humano. Há também a produção calcitonina: substância precursora e necessária para a metabolização do cálcio (FAKIH; RENNÓ, 2021). Diante disso, evidencia-se a importância da glândula para a regulação do metabolismo humano, pois “[...] cada célula do corpo depende dos hormônios da tireoide para a regulação do seu metabolismo” (SMITH et al.,2018, p.2).

As substâncias T3 e T4 têm mecanismos de funcionamento parecidos, contudo, diferenciam-se em suas ações no organismo. O iodo é essencial para a produção de T3 e T4, contudo, o mesmo mineral em dosagens irregulares no organismo pode levar a processos de adoecimento. Contudo, em dosagens adequadas ele garante o funcionamento saudável da glândula (FAKIH; RENNÓ, 2021).

Alterações de ordem hormonal podem desencadear o hipertireoidismo, o hipotireoidismo e há também, modificações estruturais como formações nodulares, císticas e bócio que podem estar associadas à manifestação de doenças autoimunes como tireoidite de Hashimoto e doença de Graves, e podem decorrer de intervenções médicas como a iodoterapia e tireoidectomia total (FREITAS, 2019).

Reis (2019) sinaliza que quadros de bócio, adenoma, tireoidite e câncer também compõem as possíveis manifestações de adoecimento na qual a tireoide pode ser afetada. O autor também cita que “aproximadamente 5% dos indivíduos portadores do distúrbio da tireoide, desenvolveram um nódulo palpável durante alguma época da sua vida” e que os quadros de

adoecimento tireoidiano, tem tido aumento expressivo nos últimos anos (REIS,2019, p.755).

Quanto à manifestação sintomática, salienta-se que muitos pacientes podem ser assintomáticos e a mesma ocorrência é identificada em paciente com quadros de carcinoma tireoidiano, cuja doença pode vir a “permanecer assintomáticos por anos ou décadas”. Contudo, sintomas como fadiga, retenção de líquido, pele ressecada, alterações de humor, alterações no sono e nos hábitos intestinais estão presentes em até 17% da população mesmo com níveis hormonais normais (FREITAS, 2019). Devese considerar que as alterações tireoidianas se manifestam em cerca de 0,5% a 1,0% da população e em pacientes com idade acima de 65 as taxas variam de 2,0% a 4,0% (FERREIRA; COSTA; COSTA, 2018). Deste modo, discute-se no próximo tópico aspectos relacionados ao adoecimento oncológico tireoidiano.

1.1.2 Breves considerações sobre o carcinoma tireoidiano: da incidência, do adoecer ao tratamento

Dentre os mais de cem tipos de câncer, destaca-se aqui o câncer de tireoide. O câncer de tireoide divide-se em diferenciado e não diferenciado: destes, carcinoma papilar, o folicular e de células de Hurthle são os de manifestação mais comum (MANIAKAS; DAVIES; ZAFEREO, 2018). Destes, o carcinoma papilífero é o que mais afeta mulheres. Há uma prevalência expressiva em grupos de mulheres de 20 a 40 anos e isso pode afetar também, grupos entre 30-50 anos (SOARES, VIDALE; COSTA,2021).

Reis (2019, p.760) destaca em seu estudo que o carcinoma tireoidiano “[...]surge frequentemente no sexo feminino com predomínio na idade a partir de 40 anos e portadores de nódulos prévios”.

Smith e colaboradores (2018) ao tratar dos tipos de câncer da tireoide reforçam que dos quatro principais tipos, os carcinomas papilares respondem de modo mais satisfatório ao tratamento.

O carcinoma de tipo papilar e o folicular ou a união destes são denominados como câncer diferenciado de tireoide. Este representa 90% da

manifestação dos cânceres de tireoide e tem como característica uma taxa de crescimento lenta (SMITH et al.,2019).

Nesse sentido, é digno de nota o estudo citado por Reis (2019) que apresenta estatísticas sobre o carcinoma tireoidiano em idosos:

[...] no período de 2000 a 2012, para obter informações sobre o câncer da tireoide, levantou-se dados sobre o aumento da taxa de mortalidade nesse período, sendo um total de 6.914, assim sendo 4.702 mulheres de idade entre 60 a 79 anos, sendo um reflexo do padrão dessa neoplasia, reforçando a tese que o distúrbio ocorre mais em mulheres de idade avançada, enquanto 2.212 homens contendo oscilações no mesmo período sobre os valores de óbito (REIS, 2019, p.760).

Pramono (2020) indica que o processo de adoecimento tireoidiano pode ser dividido em três tipos: hipertireoidismo, hipotireoidismo e ou nódulos da tireoide e câncer. Na região cabeça-pescoço, o câncer de tireoide atinge mais as mulheres do que os homens. Dentre a classificação dos carcinomas desta região, o tipo folicular representa cerca de 15 a 20% dos casos, o papilífero representa 50% e 80% dos casos, já os de características pouco diferenciadas representam cerca de 10% dos casos (INCA, 2020).

Sobre a incidência anual do câncer de tireoide, notabiliza-se que desde 1973, nos Estados Unidos, a taxa aumentou mais de 500%. No restante do mundo, também é notável o aumento, com exceção da África, dada a falta de acesso a exames como o ultrassom cervical (MANIAKAS; DAVIES; ZAFEREO, 2018).

Quanto ao Brasil, entre os anos 2020 e 2022 estima-se que ocorrerá o desenvolvimento de 1.830 novos casos de carcinoma tireoidiano para homens e 11.950 para as mulheres: isso corresponde a 1,72 casos em 100 mil homens e 11,15 em 100 mil mulheres (INCA, 2020). A Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (2018) indica que a cidade de São Paulo tem uma das mais altas taxas de incidência (1,65 para mulheres e 1,23 para homens) do câncer de tireoide no mundo.

A maior incidência do câncer de tireoide em mulheres deve-se à maior quantidade de hormônios presentes no organismo em idade reprodutiva

(DING et al.,2019). E as alterações hormonais da gravidez também exercem influência no funcionamento da glândula (SMITH et al.,2018).

Uma das abordagens terapêuticas para o câncer de tireoide é a tireoidectomia total. Ressalta-se que apenas pacientes de baixo risco para recidivas devem ser tratados com a técnica cirúrgica (LAHA; NILUBOL; BOUFRAQECH,2020). E como toda intervenção cirúrgica é sujeita a riscos, o procedimento em questão tende a complicações como sangramentos ou infecções. Destaca-se também, que existem queixas frequentes a respeito da cicatriz resultante do procedimento e isso, também repercute na qualidade de vida do paciente (YUE et al.,2017, p.1).

No ano de 2017, o estudo realizado por Gou e colaboradores para tratar de qualidade de vida em pacientes submetidos à tireoidectomia total, por conta do diagnóstico de carcinoma, indica que apesar do sucesso da técnica, as definições da qualidade de vida no contexto destes pacientes, ainda são permeadas por divergências. Nesse sentido, o paciente tireoidectomizado passa a conviver com os efeitos colaterais do tratamento: o hipotireoidismo; mesmo após décadas da intervenção, (MANIAKAS; DAVIES; ZAFEREO, 2018) demandando assim vigilância ao longo da vida do paciente (MOINI; PEREIRA; SAMSAM, 2020).

Freitas (2021) aponta que uma abordagem menos agressiva para o tratamento do câncer de tireoide demanda acompanhamento rotineiro devido ao potencial de recidiva da doença, mesmo após o tratamento inicial. As modificações no tratamento dependem da análise de fatores como: “redução da mortalidade, aumento da expectativa de vida, menores índices de recidivas e maior controle dos sintomas”, contudo para que isso possa ser satisfatório, é necessário considerar qual o impacto dessas técnicas na qualidade de vida do paciente, pois este estará diante das consequências disso em seu cotidiano (FREITAS, 2021, p.15).

É importante destacar que no mundo todo ainda não se tem uma cultura para detecção precoce do carcinoma tireoidiano (BĂRBUŞ et al.,2017).

A atualidade da investigação sobre o adoecimento tireoidiano pode ser vislumbrada no estudo Zhang e colaboradores (2021), que investiga desfechos negativos em pacientes com hipotireoidismo acometidos pela COVID-19. Os autores destacam o pioneirismo de seu estudo ao sugerir que o adoecimento tireoidiano predispõe a maior mortalidade nos sujeitos quando comparado àqueles sem histórico de doenças na tireoide. Portanto, pacientes com hipotireoidismo descompensado estão sujeitos a um maior risco de mortalidade decorrente de complicação cardiovascular dado o processo de adoecimento decorrente da COVID-19 (SCAPPATICCIO et al., 2020)

Apesar da alta incidência do câncer de tireoide e de seu bom prognóstico, a problemática de ordem psicossocial vivenciada por esse paciente é pouco abordada. Assim, compreender o modo como esse sujeito vivencia a experiência com o diagnóstico permite ofertar uma possibilidade para poder atribuir significado aos sintomas e criar estratégias de enfrentamento (SMITH et al., 2018).

1.1.3 Apontamentos sobre hipotireoidismo decorrente da tireoidectomia na população idosa

Hipotireoidismo refere-se a um quadro clínico em que ocorre a diminuição sérica dos hormônios tireoidianos no sangue (FERREIRA; COSTA; COSTA, 2018). Há sinais e sintomas como “[...] constipação, cansaço excessivo, dores musculares, sonolência, pele seca, ganho de peso, além de menstruação irregular” (FAKIH; RENNÓ, 2021, p.2). O hipotireoidismo atinge mais mulheres e idosos e pessoas que têm elevado consumo de iodo em sua alimentação (FERREIRA; COSTA; COSTA, 2018). Estima-se que no Brasil, cerca de 4,7 milhões de pessoas tem hipotireoidismo e no mundo, “[...] sua prevalência é de 5 a oito vezes maior na população feminina devido, provavelmente, aos hormônios presentes no corpo feminino” (FAKIH; RENNÓ, 2021, p.2).

O tratamento para o hipotireoidismo ancora-se nos resultados da dosagem sérica do TSH e T4 livre. Contudo, pacientes podem não sentir melhora dos sintomas mesmo que o tratamento seja feito adequadamente e as dosagens hormonais estejam dentro dos padrões normais, portanto, exerce influência negativa na qualidade de vida do paciente (FREITAS, 2019). Deste modo, é necessário que todo exame de testagem hormonal sanguínea contemple o cálculo da dosagem de TSH e T4, que servirá para detectar a doença. É adequado que os adultos a partir dos 35 anos, com destaque para a população feminina, sejam submetidos ao exame sanguíneo de dosagem do TSH (FERREIRA; COSTA; COSTA, 2018).

Giassi (2020) realizou uma pesquisa com 1373 idosos, a partir de 65 anos, na cidade de São Paulo, e verificou a prevalência de hipotireoidismo de 12,2%. A autora fala que expressividade do adoecimento tireoidiano durante o envelhecimento humano deve-se ao crescimento da glândula, formação nodular, formação cística “[...] além do aumento do número de microfolículos, cujas capacidades funcionais são variáveis; adicionalmente há maior frequência de fibrose e infiltração linfocitária, que se traduz por hipotireoidismo”(GIASSI, 2020, p.12).

Oliveira e Cabral (2020) destacam que com o envelhecimento humano, o sistema endócrino tende a uma redução gradual de suas funções e isso, interfere na quantidade da concentração dos hormônios no sangue do sujeito em questão. Na mulher com mais de 45 anos, a menopausa traz mudanças hormonais específicas do período e: “[...] cerca de 90% das mulheres apresentam vários sintomas como fadiga, lentidão mental ou física, esquecimento, dificuldades de concentração e perturbações do humor, que também são sintomas característicos do hipotireoidismo” (OLIVEIRA, CABRAL; 2020, p.1).

Por fim, a respeito do processo diagnóstico do hipotireoidismo na população idosa, este vem permeado por algumas dificuldades, pois sintomas como fadiga, dificuldade de concentração e pele seca, podem ser atribuídos a patologias não tireoidianas ou ao envelhecimento. O exame sérico deve estar associado a uma anamnese que investigue processos

relacionados a doenças crônicas que podem se tornar confundidores no processo diagnóstico do hipotireoidismo (GIASSI, 2020, p.12).

1.2 Considerações sobre qualidade de vida no paciente tireoidectomizado

A Organização Mundial da Saúde (OMS), numa tentativa de estabelecer um conceito que pudesse ser aceito em todo o mundo, definiu qualidade de vida (QV) como:

“a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito amplo, que incorpora de forma complexa a saúde física dos indivíduos, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com características salientes do ambiente[...]” (The WHOQOL Group, 1995)¹.

Nervo e colaboradores (2020) destacam que o número de estudos que investigam a qualidade de vida em pacientes oncológicos tem crescido significativamente e muitas dessas pesquisas, têm considerado, além dos desfechos em saúde esperados, os aspectos relacionados a “autopercepção do sujeito diante de seu estado de saúde”.

Sobre os processos de adoecimento tireoidiano oncológico, McIntyre e colaboradores (2018) apresentam que o aumento da incidência dos achados de carcinoma tireoidiano também se deve à melhoria nas ferramentas de diagnóstico por imagem que possibilita uma identificação mais refinada, inclusive na detecção de pequenos nódulos. Contudo:

“[...]fatores de confusão, como origem étnica, status de iodo e aumento da exposição à radiação, também podem ter um papel no aumento da incidência de fatores de confusão, como origem étnica, status de iodo e aumento da exposição à radiação, também podem ter um papel no aumento da incidência” (MCINTYRE et al.,2018, p.133).

1 Tradução nossa.

Alterações hormonais como hipotireoidismo ou hipertireoidismo e alterações estruturais com formações nodulares, císticas e quadros de bócio, podem surgir junto a diagnósticos de doenças autoimunes como tireoidite de Hashimoto, Doença de Graves, ou em decorrência de tratamentos como radioiodoterapia e a incisão cirúrgica da tireoidectomia (MCINTYRE et al.,2018).

A tireoidectomia refere-se a uma técnica cirúrgica que trata da remoção completa ou parcial da glândula. Tal procedimento, pode resultar em desfechos como:

“[...] hipotireoidismo, hipoparatiroidismo transitório, hipocalcemia e lesões na região da traqueia que impactam tanto no pós-cirúrgico do paciente, quanto na qualidade de sua vida futura” (BARBOSA; REIS; PINTO, 2021, p.12).

Deve-se considerar que os hormônios tireoidianos têm papel significativo durante o desenvolvimento humano, pois eles promovem o crescimento corporal da infância à adolescência e, exercem influência na regulação metabólica e imune do organismo (ZHANG et al., 2021).

O processo de adoecimento tireoidiano tem caráter complexo, pois pode assumir caráter benigno e associar-se a outras doenças e, pode assumir uma manifestação maligna que trará grandes impactos para a saúde e bem-estar do paciente. Ressalta-se que o estresse representa um estímulo para o adoecimento de caráter autoimune da tireoide e está presente também em quadros relacionados ao desenvolvimento do carcinoma tireoidiano (BĂRBUŞ et al.,2017).

O carcinoma tireoidiano afeta a qualidade de vida (FURINO et al., 2017), pois uma quantidade expressiva desses pacientes que padecem diante de quadros de fadiga e sintomas depressivos, demandando medicação e acompanhamento (MCINTYRE et al.,2018). Adicionalmente, o hipotireoidismo não tratado tende a trazer complicações como “arritmia, insuficiência cardíaca

congestiva, parada cardíaca súbita, hipertensão e osteoporose” (MOINI; PEREIRA; SAMSAM, 2020,p.254).

Ao abordar a temática do diagnóstico de câncer de tireoide, há uma tendência comum em associar a ocorrência a não possibilidade de cura, contudo existem outras atitudes adotadas como a de enfrentamento, crença de cura, possibilidade significativas de alteração da saúde e por fim, a negação. O tratamento tem caráter debilitante e traz modificações nos aspectos de ordem emocional, social e físico do sujeito em tratamento (BĂRBUŞ et al.,2017).

Por conseguinte, os recursos da educação em saúde compõem um processo construtivo de conhecimento e, podem instrumentalizar a pessoa em processo de adoecimento permitindo que ela se aproprie de mecanismos necessários para o enfrentamento da doença (CECON; SCHNEIDER, 2019).

A educação em saúde refere-se a considerações reflexivas de teor “ético, estético, político e pedagógico”, cujo objetivo norteia-se pelo estabelecimento do processo emancipatório do sujeito histórico, a fim de que este possa apropriar-se de suas decisões em saúde, instrumentalizando-se a cuidar de si e do outro (CECON; SCHNEIDER, 2019, p.14-15). Nessa perspectiva, a doença pode ser compreendida conforme a experiência e reflexões do paciente e assim “o profissional de saúde poderá compreender como o sujeito percebe a realidade[...] (CECON; SCHNEIDER, 2019, p.14-15).

Assim, registrar as narrativas dos portadores de Hipotireoidismo crônico, dá solidez ao desejo de validação das emoções por parte destes usuários e fornece, um retrato da experiência com a doença. E para o psicólogo em formação e aquele já graduado, torna-se uma ferramenta reflexiva frente à prática clínica e ao acolhimento do paciente portador de hipotireoidismo em situação de remissão oncológica.

Justifica-se a construção deste estudo a partir do interesse em investigar e compreender o que significa a qualidade de vida e os impactos biopsicossociais do diagnóstico do carcinoma tireoidiano, como consequência do tratamento. Nesse sentido, ao oferecer um espaço para o

acolhimento da narrativa da pessoa, contribuirá para a validação das emoções que emergem da doença.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a existência de relações entre qualidade de vida e o estresse em mulheres adultas e idosas pós-tireoidectomia total e suas percepções das condições de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a percepção da QV e do nível de estresse de mulheres adultas e idosas com hipotireoidismo (pós-tireoidectomia total), por meio do questionário ThyPro39 e da Escala de Percepção de Estresse-10 e verificar a existência de relações entre as variáveis.
- Caracterizar as percepções de saúde a partir dos relatos das vivências das mulheres com hipotireoidismo, especificamente após da tireoidectomia total.
- Descrever as percepções dos participantes acerca da qualidade de vida e do estresse no tratamento do hipotireoidismo (pós-tireoidectomia total).

3. HIPÓTESE

Adotou-se a pergunta de pesquisa: A mulher com mais de quarenta e cinco anos de idade percebe aumento do estresse e alterações na sua qualidade de vida no período posterior a tireoidectomia total? Tal premissa é norteadada pela hipótese de que há uma diminuição da percepção da qualidade de vida e aumento do estresse após a tireoidectomia total, mesmo que os resultados dos exames e tratamento póscirúrgicos sejam satisfatórios.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa e qualitativa, em que foi avaliado preliminarmente a qualidade de vida e percepções do estresse de mulheres adultas e idosas diante da experiência da tireoidectomia.

4.2 Amostra do estudo

Foram recrutadas 60 voluntárias mulheres que passaram pela experiência do carcinoma tireoidiano e tireoidectomizadas, que são participantes dos grupos virtuais que tratam das experiências de adoecimento tireoidiano. A seleção ocorreu de modo não probabilístico e consecutivo apoiado nos critérios de inclusão e exclusão.

4.2.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão estão indicados no quadro 1.

Quadro 1- Critérios de inclusão e exclusão

Inclusão	Exclusão
----------	----------

<ul style="list-style-type: none"> • Ter 45 anos ou mais; • Ser do sexo feminino; • Possuir qualquer tipo de carcinoma tireoidiano e/ou estar situação de remissão oncológica; • Ter realizado tireoidectomia total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter diagnóstico de hipertireoidismo; • Pacientes submetidos a tireoidectomia parcial; • Pacientes com hipotireoidismo transitório.
--	--

Fonte: Autoria própria

4.3 Procedimentos de Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu via divulgação do formulário mediante a autorização dos proprietários das páginas do Facebook mencionadas anteriormente. Na postagem para a chamada de voluntários, sinalizamos o tipo do estudo e a população alvo. O participante encontrou no formulário disponibilizado o título do estudo seguido do termo de consentimento livre e esclarecido. No formulário onde consta o ThyPro-39 e a Escala de Percepção de Estresse (PSS-10), há um convite para o participante vir a uma entrevista individual (Apêndice_1). O aceite para participação nesta entrevista depende que o participante forneça dados para contato como o número de telefone celular ou e-mail, de modo que seja possível enviar o convite para a realização de uma videochamada via Google Meet.

O participante que responde a escalas recebe um convite para esta etapa que também tem caráter voluntário. A não participação na entrevista, não impede a participante de permanecer na primeira fase de estudo: a de resposta às escalas de estresse percebido e ThyPro-39. A entrevista semiestruturada com duração de 1h30 minutos visa caracterizar a experiência de convívio com a doença, perspectivas sobre o envelhecimento, percepção da qualidade de vida atual e futura e o estresse.

A divulgação da pesquisa foi realizada nas redes sociais do Facebook: especificamente nos grupos que abordam temas sobre adoecimento tireoidiano direcionados e construídos pelo público leigo. O link

de acesso [<https://forms.gle/FH4c6iet3F4191Ut9>] foi divulgado nas páginas inicialmente nas páginas:

- AMIGAS(OS) DA TIREOIDE² 12,8 mil membros
- Hipotireoidismo - dicas, ajuda e informações 21 mil membros ³
- Hipotireoidismo nosso de cada dia. 5,6 mil membros⁴
- Hipotireoidismo · 4,7 mil membros ⁵
- HIPOTIROIDISMO, te entendemos 38 mil membros (Argentina)⁶

Contudo, conforme o desenvolvimento do estudo avançou percebeu-se a necessidade de expandir a busca: foi utilizada a palavra hipotireoidismo no filtro de busca do Facebook para detectar as páginas adequadas para divulgação do estudo.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

4.4.1 Questionário ThyPro-39

O ThyPro-39 é um questionário de avaliação da qualidade de vida específico para doenças da tireoide mais utilizado. Ele foi construído por Watt e colaboradores em 2015 e adaptado e validado no Brasil por Freitas (2021).

O instrumento originalmente apresentava 85 questões divididas em 13 tópicos, mas foi elaborada uma versão reduzida da escala, composta por 39 questões, constituindo-se então o ThyPro-39 (WATT et al., 2015). Os autores citam que as primeiras versões da escala ThyPro-39 estão em inglês e dinamarquês.

O ThyPro-39 é composto por quatro escalas que abrangem tópicos relacionados a ocorrência de sintomas físicos e físico-químicos acerca dos quadros de hipo e hipertireoidismo; sete escalas com três questões que

2 <https://www.facebook.com/groups/414406335248136/>

3 <https://www.facebook.com/groups/1603773516304402/>

4 <https://www.facebook.com/groups/1431927047114557/>

5 <https://www.facebook.com/groups/5752155>

92553932/ ⁶

<https://www.facebook.com/groups/70527566>

2918368/

abrangem a percepção do bem-estar global: físico, mental e social (ansiedade, depressão, fadiga, problemas cognitivos, emocionais, impacto na vida social, impacto no dia-a-dia); uma escala com três perguntas relacionadas à aparência física e um único tópico sobre a percepção de impacto na qualidade de vida em geral (FREITAS, 2021).

Sobre a pontuação do ThyPro-39 tem-se que a escala deve ser pontuada de 0 a 4 “[...] seguindo uma escala de Likert (onde "0" é igual a "não" e "4" é igual a " muito"), sempre considerando a percepção do paciente durante as últimas quatro semanas” (FREITAS, 2021, p.23).

O instrumento pode ser compreendido em uma escala zero a 100, na qual quanto maior pontuação, significa pior a percepção da qualidade de vida. Tais resultados estão distribuídos em 13 subescalas que investigam: 1. Sintomas do bócio; 2. Sintomas de hipertireoidismo 3. Sintomas de hipotireoidismo 4. Sintomas oculares 5. Fadiga 6. Problemas cognitivos 7. ansiedade 8. Depressão 9. Emocional 10. Impacto na vida social 11. Impacto no dia a dia; 12. Aparência; 13. Qualidade de vida em geral (FREITAS, 2021).

4.4.2 Escala de Percepção de Estresse PSS-10

A Escala de Percepção de Estresse-10 (PSS-10) foi construída por Cohen e colaboradores no ano de 1983 e adaptada e validada no Brasil por Luft et al. (2007). Cohen e colaboradores desenvolveram a escala para a mensurar o estresse percebido, chamada de *Perceived Stress Scale (PSS – Escala de Estresse Percebido)*, composta por 14 itens (PSS 14), e há também uma validação desta com dez (PSS 10) e quatro questões (PSS 4), esta última, para pesquisas telefônicas. Sobre a pontuação: são 14 questões com respostas que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais, somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56 (LUFT et al.,2007, p.608).

4.5. Análise dos dados

4.5.1 Dados quantitativos

Os dados coletados foram organizados e sistematizados em planilhas do software Microsoft Excel. Os dados foram analisados pelo Software SPSS versão 22.0.

A estatística descritiva foi realizada com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e de dispersão (desviopadrão). Foi calculado o Teste de Kolmogorov-Smirnov, confirmando-se ausência de normalidade dos dados. Calculou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman entre as variáveis de interesse. Para interpretação da magnitude dos coeficientes de correlação foram utilizados critérios adotados por Ajzen e Fishbein (1980) que consideram correlações próximas de 0,30 como satisfatórias; entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude; acima de 0,50 de forte magnitude e abaixo de 0,30, de pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significativas. Realizou-se o teste de MannWhitney na comparação da percepção da qualidade de vida e do nível de estresse, segundo os grupos.

O nível de significância foi de 5% ($p\text{-valor} < 0.05$).

4.5.2. Dados qualitativos

A análise qualitativa dos dados preliminares ocorreu a partir das entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra. O conteúdo foi analisado em diferentes fases. A primeira delas, demandou a leitura do material com a finalidade de classificar e organizar em grupos, identificando as respostas de forma ampla, buscando compreender o sentido geral. Foi feita a codificação dos conteúdos de registros agrupados, gerando uma descrição do cenário e das pessoas. Na terceira fase, interpretamos o significado dos dados respeitando criteriosamente as informações. A partir disso, os dados foram interpretados com base na compreensão da análise

de conteúdo, extraindo os aspectos relevantes para a pesquisa (BARDIN, 2021).

A Análise de Conteúdo consiste em uma sequência de passos a serem seguidos com vistas a realizar a análise qualitativa dos materiais compostos por discursos, resultantes de entrevistas, por exemplo. Bardin (2021) recomenda que seja feita uma leitura flutuante do material, que os documentos sejam escolhidos, que seja construído um corpus resultante da análise e leitura, que sejam formuladas hipóteses e por fim, que o material seja preparado (BARDIN, 2021).

Na preparação do material, foi realizada a codificação e categorização deste com vistas a encontrar as unidades de registro temáticas do documento. A partir disso, as unidades foram enumeradas conforme o critério de presença ou ausência de dados que norteiam a construção da pesquisa. Por fim, foi feita a categorização dos dados e estes, foram norteados por critérios de ordem semântica, sintática e expressiva. Após a realização destas etapas, foi efetuado o tratamento e interpretação dos dados; tal fase é norteadada pelas premissas da inferência, que representa uma abordagem de interpretação de caráter controlado à medida que delimita o significado da mensagem, seu emissor e receptor (BARDIN, 2021).

Para assegurar a qualidade do Processo foi seguido o Checklist COREQ - para estudos qualitativos (ANEXO 4) pois esta ferramenta, é adequada para a conferência de dados nas pesquisas que têm dados coletados por meio de entrevistas. O checklist COREQ permite caracterizar e qualificar a equipe junto dos resultados do estudo em questão (SOUZA et al.,2021). Os dados qualitativos foram extraídos do conteúdo das entrevistas com os participantes foram armazenados em arquivos Word, contendo figuras e tabelas. As entrevistas foram gravadas, e arquivadas.

Durante o período do projeto os dados foram armazenados pelo pesquisador no Drive do Google Suite, disponibilizado para a comunidade universitária pela UFSCar. O que permite o armazenamento de todos os arquivos, podendo acessá-los somente pelo pesquisador. Também permite total controle no compartilhamento.

Ao longo da execução do projeto foram realizados *backups* pelo pesquisador. Após finalizado o projeto os dados serão mantidos no Repositório Institucional da UFSCar (RI-UFSCar) e preservados conforme a política institucional.

4.6 Procedimentos éticos

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos e é norteado pela Resolução CNS 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Este trabalho foi aprovado no parecer de número 5.431.992.

No início do estudo, os participantes foram informados a respeito da pesquisa e para efetivar sua participação no estudo concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução CNS 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A assinatura do termo foi digital: o aceite dos termos de pesquisa no formulário sinalizou a concordância. Assim, a pesquisa foi liberada com esse aceite.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dados quantitativos

Quanto às características sociodemográficas das 60 respondentes, temos na tabela 1 que 38,3% das mulheres possuíam pós-graduação completa e 63,3% eram casadas e com média de idade de 53,09 anos.

Tabela 1- Distribuição da amostra, segundo dados sociodemográficos: escolaridade e estado civil das 60 participantes: Brasil, 2022.

Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
ESCOLARIDADE	Ensino fundamental incompleto	3	5,00
	Ensino fundamental completo	1	1,70
	Ensino médio completo	9	15,0
	Ensino superior incompleto	5	8,30
	Ensino superior em andamento	3	5,00
	Ensino superior completo	14	23,3
	Pós-graduação completa	23	38,3
	Pós-graduação incompleta	2	3,30
ESTADO CIVIL	Casada	38	65,3
	União estável	11	18,3
	Divorciada	9	15,0
	Viúva	2	3,30

Fonte: autoria própria

Mancuso e colaboradores (2009) destacam que o maior nível de escolaridade dos pacientes submetidos a processos cirúrgicos, mostram que estes tendem a ter uma compreensão mais realista da experiência e tal

fato, os torna mais receptivos ao tratamento e conseqüentemente, tem-se melhores resultados.

Pelo fato de 63,3% das pacientes serem casadas, aqui discutiremos no próximo capítulo a importância do apoio familiar frente a processos cirúrgicos, tendo em vista que uma cirurgia causa impactos de ordem biopsicossocial, além do agravo decorrente do distanciamento delimitado na questão temporal da família e elevação das taxas de estresse e ansiedade (ALVES; VASCONCELOS, 2019).

A respeito dos Coeficientes de Correlação de Spearman entre o escore da PSS-10 e das dimensões do ThyPro-39, evidencia-se uma correlação forte nos domínios da ansiedade (<0,001,) depressão (<0,001), fatores emocionais (<0,001), impacto na vida social(<0,001), impacto no dia a dia(<0,001), aparência (0,027) e QV em geral (0,001), conforme dados da tabela 2.

Tabela 2-Coefficientes de Correlação de Spearman PSS-10 e do ThyPro-39 das 60 respondentes, Brasil -2022.

	Domínio	r	p
	Sintoma do bócio	0,003	0,982
	Sintoma do Hipertireoidismo	0,040	0,761
	Sintomas oculares	0,014	0,913
	Fadiga	0,278	0,032
	Problemas cognitivos	0,194	0,138
PSS-10	Ansiedade	0,537	<0,001
	Depressão	0,620	<0,001
	Emocional	0,635	<0,001
	Impacto na vida social	0,601	<0,001
	Impacto no dia a dia	0,620	<0,001
	Aparência	0,286	0,027
	QV em geral	0,424	0,001

Fonte: Autoria própria

Quanto aos aspectos clínicos, verifica-se na tabela 3 que a maioria das participantes indicaram o diagnóstico de carcinoma papilífero (85%), realizaram iodoterapia (71,7%) e 51,7% apresentaram COVID-19. Concernente ao tempo médio de tratamento temos 7,35 anos como desvio padrão e mediana de 2,83.

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo características clínicas das 60 participantes – Brasil, 2022.

Variável	Categorias	Frequência	Porcentagem
Tipo de carcinoma	Carcinoma papilífero	51	85,0
	Carcinoma folicular	5	8,30
	Adenoma folicular	1	1,70
	Carcinoma anaplásico	1	1,70
	Folicular com células de Hurtle	1	1,70
	Microcarcinoma papilífero	1	1,70
Iodoterapia	Sim	43	71,7
	Não	17	28,3
COVID	Não	31	51,7
	Sim	29	48,3

Fonte: autoria própria

Em relação à percepção da qualidade de vida e do estresse das mulheres do presente estudo, verifica-se na tabela 4, que há um predomínio de sintomas relacionados à fadiga (61,95), problemas cognitivos (49,83), fatores emocionais (52,42), ansiedade (50,78), depressão (48,87) e QV em geral (52,92).

Tabela 4- Estatística descritiva referente aos domínios da qualidade de vida avaliados pelo ThyPro-39 e do estresse avaliado pela PSS-10 das 60 participantes – Brasil, 2022.

Escala	Domínio	média	desvio padrão	mediana	mínimo	máximo
ThyPro-39	Sintoma do bócio	17,12	18,38	12,5	2	84
	Sintoma do Hipertireoidismo	30,25	17,93	25,5	8	71
	Sintoma do hipotireoidismo	36,86	50,82	25	0	75
	Sintomas oculares	33,28	19,48	32	1	78
	Fadiga	61,95	23,05	58	0	100
	Problemas cognitivos	49,83	30,01	52	1	95
	Ansiedade	50,78	31,57	50	1	96

Depressão	48,87	31,18	45	0	97
Emocional	52,42	24,97	56	1	95
Impacto na vida social	23,32	24,16	17	0	100
Impacto no dia a dia	33,48	25,39	30	0	89
Aparência	33,28	27	28	1	96
QV em geral	52,92	38,26	50	0	100
PSS-10	27,74	10,75	29,5	2	51

Fonte: autoria própria.

Na tabela 5 verifica-se a comparação da percepção do nível de estresse e da qualidade de vida, segundo o tipo de carcinoma, observando-se diferença estatística no nível de estresse ($p=0,046$) em que as mulheres com outros tipos de câncer tiveram maior estresse que as participantes com carcinoma papilífero.

Tabela 5- Comparação entre o tipo de carcinoma, (PSS-10) e o ThyPro-39 das 60 participantes – Brasil, 2022.

ESCALAS	DOMÍNIOS	Tipo de câncer	N	Média	p-valor
PSS-10		Carcinoma papilífero	51	26,5	0,04
		Outros	9	32,6	
ThyPro-39	Sintoma do bócio	Carcinoma papilífero	51	26,5	0,046
		Outros	9	32,6	
	Sintoma do Hipertireoidismo	Carcinoma papilífero	51	30,9	0,617
		Outros	9	26,5	
	Sintoma do hipotireoidismo	Carcinoma papilífero	18	46,5	0,790
		Outros	2	25,0	
	Sintomas oculares	Carcinoma papilífero	51	35,1	0,080
		Outros	9	22,4	
	Fadiga	Carcinoma papilífero	51	61,3	0,628
		Outros	9	65,5	
	Problemas cognitivos	Carcinoma papilífero	51	49,0	0,674
		Outros	9	53,4	
	Ansiedade	Carcinoma papilífero	51	51,1	0,827
		Outros	9	48,5	
	Depressão	Carcinoma papilífero	51	47,5	0,405
		Outros	9	56,5	
	Emocional	Carcinoma papilífero	51	51,5	0,512
		Outros	9	57,2	
	Impacto na vida social	Carcinoma papilífero	51	21,2	0,140
		Outros	9	35,1	
Impacto no dia a dia	Carcinoma papilífero	51	32,2	0,428	
	Outros	9	40,6		

Aparência	Carcinoma papilífero	51	34,6	0,353
	Outros	9	25,3	
QV em geral	Carcinoma papilífero	51	53,4	0,874
	Outros	9	50,0	

Fonte: autoria própria

Ainda na tabela 5 verifica-se que apesar de não ter significância estatística, nota-se maior prejuízo na percepção da QV das participantes com carcinoma papilífero nos domínios de sintomas do hipotireoidismo, fadiga, problemas cognitivos, emocionais, depressão e ansiedade.

Na tabela 6, temos os dados sobre a variável idade e a percepção da qualidade de vida, especificamente nos domínios ansiedade (-0,280; $p=0,030$), depressão (0,284; $p=0,028$) e fatores emocionais (-0,374; $p=0,003$). Além disso, também verifica-se correlação negativa, de moderada magnitude e significativa entre a idade e o nível de ansiedade (-0,433; $p=0,001$).

Tabela 6- Coeficientes de correlação de Spearman com a variável idade e os escores da PSS-10 e das dimensões do ThyPro-39 das 60 participantes – Brasil, 2022.

ESCALAS/DOMÍNIOS		r	p-valor
Idade	PSS-10	-0,433	0,001
	Sintoma do bócio	-0,154	0,242
	Sintoma do Hipertireoidismo	-0,196	0,133
	Sintomas oculares	-0,199	0,127
	Fadiga	-0,240	0,065
	Problemas cognitivos	-0,175	0,182
	Ansiedade	-0,280	0,030
	Depressão	-0,284	0,028
	Emocional	-0,374	0,003
	Impacto na vida social	-0,105	0,424
	Impacto no dia a dia	-0,250	0,054
	Aparência	-0,136	0,300
	QV em geral	-0,120	0,360

Fonte: autoria própria

Tais achados corroboram os dados da pesquisa de Ferreira e Garcia (2017), que descrevem os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer. Neste estudo, os autores descrevem gênero e idade como mecanismos para maior incidência da doença: o carcinoma afeta três vezes

mais as mulheres, mais os riscos são três vezes maiores quando estas, tem entre 40 e 50 anos de idade. Os autores também reforçam a premissa de que os hormônios femininos estão associados ao processo de desenvolvimento da doença (FERREIRA; GARCIA, 2017):

Além disso, sabe-se que os receptores de estrogênio ER- α e ER- β são expressos nas células foliculares tireoidianas, e que o estrogênio atua como um fator de transcrição, promovendo a proliferação dessas células. As funções de ER- α e ER- β não são idênticas, pois ativam genes-alvos diferentes; mas podem formar heterodímeros, o que sugere uma interação entre suas vias. Especula-se que a expressão relativa desses receptores pode modular a ação do estrogênio (FERREIRA; GARCIA, 2017, p.15).

O Carcinoma tireoidiano pode ser classificado em: diferenciados (do tipo papilar e folicular) , os pouco diferenciados (medulares) e os não diferenciados, chamados de carcinoma anaplásico. Os de tipo diferenciados são responsáveis por 94% dos casos (OLIVEIRA; SILVA; FRANÇA,2018). Já o carcinoma anaplásico da tireoide, tem caráter mais agressivo e sua incidência é mais rara. Essa manifestação afeta mulheres com 60 anos ou mais (BOSCOLI et al.,2020).

A respeito das possibilidades de tratamento no pós-tireoidectomia total, em alguns casos, recomenda-se a técnica da radioterapia. Destaca-se que 71,7% das participantes desta amostra foram submetidas à técnica da radioterapia. Na tabela 7 verifica-se os dados sobre a realização de iodoterapia e a percepção da qualidade de vida e o nível de estresse. Não se verificou-se diferença entre os grupos.

Tabela 7- Comparação entre a variável Iodoterapia e a PSS-10 e a escala ThyPro-39 das 60 participantes – Brasil, 2022.

PSS-10		SIM	43	27,53	0,799
ThyPro39	Sintoma do bócio	NÃO	17	27,29	
		SIM	43	16,04	0,217
	Sintoma do hipertireoidismo	NÃO	17	19,82	
		SIM	43	28,93	0,400
		NÃO	17	33,58	

Iodoterapia	Sintoma do hipotireoidismo	SIM	43	52,64	0,601
		NÃO	17	25,00	
	Sintomas oculares	SIM	43	33,41	0,76
		NÃO	17	32,94	
	Fadiga	SIM	43	63,41	0,591
		NÃO	17	58,52	
	Problemas cognitivos	SIM	43	50,48	0,352
		NÃO	17	51,52	
	Ansiedade	SIM	43	50,53	0,974
		NÃO	17	44,64	
	Depressão	SIM	43	52,09	0,514
		NÃO	17	53,23	
	Emocional	SIM	43	21,09	0,967
		NÃO	17	28,94	
	Impacto na vida social	SIM	43	33,67	0,313
		NÃO	17	33,00	
	Impacto no dia-a dia	SIM	43	31,34	0,928
		NÃO	17	38,17	
	Aparência	SIM	43	31,34	0,317
		NÃO	17	38,17	
QV em geral	SIM	43	52,32	0,847	
	NÃO	17	54,41		

Fonte: autoria própria

Tal técnica é recomendada para pacientes com 45 anos ou mais, sujeitos com extensão extratireoidiana (bócio) ou tumor residual, pacientes com 60 anos ou mais acometidos de linfonodos comprometidos. A iodoterapia também é destinada aos quadros de metástase óssea em áreas mais sujeitas às fraturas ou em pessoas com manifestação de quadros de dor decorrente do avanço do câncer, ou quadros de bócio sensação compressiva (OLIVEIRA; SILVA; FRANÇA,2018).

A iodoterapia usa os isótopos radioativos do Iodo: I131. Tal elemento químico, possui uma meia vida curta, mas financeiramente tem custo elevado. O procedimento já é usado há mais de 50 anos, possui múltiplas facetas de tratamento, propicia cuidado para adoecimento benigno como o hipotireoidismo e as neoplasias em adultos ou crianças (OLIVEIRA; SILVA; FRANÇA,2018).

Para pacientes submetidos à tireoidectomia total, a radioterapia destrói tecido tireoidiano remanescente e acompanha mais eficazmente o processo de dosagem de tireoglobulina sérica: um biomarcador do

carcinoma tireoidiano. O grande desafio, dessa abordagem de tratamento, envolve o fato de demandar isolamento do paciente submetido à técnica, cujas regras são norteadas pelo Conselho Nacional de Energia Nuclear (OLIVEIRA; SILVA; FRANÇA,2018).

A respeito dos impactos da iodoterapia, a vida social do paciente é a mais comprometida, dada a necessidade de isolamento, por conta da ingestão de iodo radioativo. Há inúmeros estressores envolvidos nessa etapa: preparo para ingestão do iodo que implica em dieta restritiva e ausência de consumo da levotiroxina. O isolamento desperta questões concernentes a medos e ansiedade relacionada à saúde (SHIN, LEE,2022). Na literatura, estudos como o de Kim e colaboradores (2019) indicam que pacientes que enfrentaram o tratamento para o carcinoma da tireoide e fizeram uso de radioterapia podem desenvolver leucemia; premissa evidenciada em estudos com uma população elevada.

Outro aspecto avaliado foi a ocorrência de adoecimento pela COVID-19 e sua relação com os pacientes tireoidectomizados. Construções teóricas a respeito do processo de interação da infecção por COVID-19 têm aumentado significativamente desde março de 2020. Infecções virais podem afetar a saúde da glândula tireoide ao longo da vida de uma pessoa e neste sentido, o processo de resposta imune a uma infecção está presente no quadro de adoecimento tireoidiano (SCAPPATICCIO et al.,2020). Os pacientes com hipotireoidismo descompensado, estão sujeitos a um maior risco de mortalidade decorrente de complicação cardiovascular diante da infecção por COVID-19 (SCAPPATICCIO et al.,2020).

Na amostra, 51,7% das participantes foram infectadas pelo vírus da COVID-19. Zhang e colaboradores (2021), em seu estudo sobre desfechos negativos em pacientes com hipotireoidismo acometidos pela infecção da COVID-19, destacam o pioneirismo de seu estudo ao sugerir que adoecimento tireoidiano predispõe os sujeitos a maior mortalidade quando comparado àqueles sem histórico de doenças na tireoide (ZHANG et al., 2021).

Na tabela 8 verifica-se a percepção da qualidade de vida e do nível de estresse segundo a variável COVID-19. Nota-se que as mulheres que

tiveram COVID-19, apresentaram pior percepção da QV e do estresse comparativamente as mulheres que não tiveram, com diferença estatisticamente significativa em sintomas do hipotireoidismo (0,037), fadiga (0,022) e problemas cognitivos (0,034).

Tabela 8- Comparação entre a variável COVID e a PSS-10 e a escala ThyPro-39 das 60 respondentes, Brasil-2022.

Instrumento	domínio	COVID	N	Média	p-valor
PSS-10		SIM	29	29,37	0,227
		NÃO	31	25,66	
ThyPro-39	Sintoma do bócio	SIM	29	18,96	0,334
		NÃO	31	15,38	
	Sintoma do hipotireoidismo	SIM	11	69,27	0,037
		NÃO	9	13,89	
	Fadiga	SIM	29	68,69	0,022
		NÃO	31	55,64	
	QV em geral	SIM	29	60,34	0,161
		NÃO	31	45,96	
	Emocional	SIM	29	58,00	0,166
		NÃO	31	47,19	
	Problemas cognitivos	SIM	29	58,00	0,034
		NÃO	31	47,19	
	Ansiedade	SIM	29	54,37	0,397
		NÃO	31	47,41	
	Depressão	SIM	11	54,03	0,131
		NÃO	9	44,03	
	Sintomas oculares	SIM	29	35,00	0,421
		NÃO	31	31,67	
	Sintoma do hipertireoidismo	SIM	29	31,06	0,677
		NÃO	31	29,48	
	Aparência	SIM	29	33,44	0,709
		NÃO	31	33,12	
	Impacto no dia-a dia	SIM	29	32,03	0,698
		NÃO	31	34,83	
	Impacto na vida social	SIM	29	24,37	0,739
		NÃO	31	22,32	

Fonte: autoria própria.

Evidenciamos aqui que a experiência de ser infectado pelo vírus da COVID -19 impactou a percepção dos sintomas do hipotireoidismo, fadiga e problemas cognitivos, tópicos que serão explorados no próximo item desta discussão.

A ameaça desta década, envolve a pandemia do coronavírus ou COVID-19. O ano de 2020 na China, é marcado pela ocorrência dessa pandemia que se mostrou ser a maior crise sanitária desta década. Tal cenário de crise também traz repercussões que impactam a vida humana nas esferas política, social e psicológica, dado o cenário de isolamento social, o cuidado em saúde e processo de compreensão da etiologia da Covid ainda em construção (SCHMIDT et al., 2020).

A COVID-19 apresenta um conjunto de sintomas que envolvem tosse, febre, problemas respiratórios que podem resultar em óbito. Com o aumento expressivo e contínuo do número de casos da doença, crescem as demandas por cuidados hospitalares de alta complexidade dado o agravamento do quadro da doença em alguns sujeitos (SCHMIDT et al., 2020).

Scappaticcio e colaboradores (2020) destacam que a COVID-19 resulta em uma inflamação sistêmica que gera disfunção pulmonar e de múltiplos órgãos. Ainda acrescentam que sujeitos com idade avançada, problemas relacionados a hipertensão arterial ou diabetes têm uma maior predisposição a enfrentar complicações pela doença.

Foi na China que as primeiras evidências do agravamento da saúde mental diante das medidas de contenção da COVID foram observadas: perceberam-se níveis de alto a moderado grau de estresse, sintomas depressivos e alteração no padrão do sono. Embora o isolamento seja uma medida efetiva, os resultados na ausência de cuidado em saúde mental no cenário do isolamento social tendem ter desfechos negativos (MILES et al., 2020).

No cenário pandêmico, mecanismos que garantam a manutenção da saúde e o combate da doença representam os focos dos processos de gestão e cuidado, logo os impactos na saúde mental tendem a ser desconsiderados. Contudo, é importante frisar que o cuidado da saúde mental deve ser mantido, uma vez que as implicações de ordem emocional resultam em desfechos negativos que podem ser mais duradouros que o processo de adoecimento pela COVID-19 (SCHMIDT et al., 2020). Portanto, saúde mental é uma preocupação que merece destaque (MILES et al., 2020).

Salienta-se que à medida que a pessoa enfrenta a experiência de adoecimento crônico e/ou câncer, ela se depara com mudanças significativas em sua rotina: hábitos diários, modificações na aparência, alimentação, aspectos financeiros e sociais e em muitos quadros, “a presença da doença passa a ditar todas as regras que se devem seguir” (SILVA et al.,20).

Oliveira e colaboradores (2021) em seu estudo sobre qualidade da voz e sintomas emocionais em mulheres tireoidectomizadas, destacam que a premissa das desordens na função tireoidiana como precursora de problemas emocionais ainda é pouco evidenciada, embora existam evidências da ocorrência do processo. Na literatura, há estudos que indicam altos índices de processos depressivos e/ou ansiosos em pacientes com problemas na saúde tireoidiana, contudo ainda há escassez de publicações que correlacionem questões emocionais e qualidade de vida em sujeitos tireoidectomizados.

Giusti e colaboradores (2021) apontam que na literatura os estudos relacionados a pacientes com carcinoma tireoidiano evidenciam que eles têm comprometimento significativo na qualidade de vida quando comparados a outros pacientes com outros tipos de câncer. Esses materiais relatam que “ataques súbitos de cansaço, exaustão, qualidade do sono, emprego, apoio social, medo da progressão do câncer, medo da segunda operação, dificuldade em engolir e sensação global” são sintomas relatados por esses pacientes (GIUSTI et al.,2021). Os autores ainda acrescentam que a experiência da cirurgia, a possibilidade e a radioterapia propriamente dita, associadas à suspensão da reposição hormonal, impactam negativamente o psicológico dos pacientes (GIUSTI et al.,2021). Ainda no estudo de Giusti e colaboradores (2021), no uso da versão italiana do ThyPro-39 , os autores acompanharam um grupo controle e outro com carcinoma diferenciado da tireoide durante cinco anos. E nos resultados do estudo, evidenciaram maior comprometimento da qualidade de vida nos grupos com carcinoma no início do estudo. Os escores diminuíram apenas ao longo de cinco anos. E por fim, reforçam que “de fato, a fadiga é um grande problema para pacientes com câncer em geral e um dos principais

componentes da QV, juntamente com a dor” (GIUSTI et al.,2021), tais premissas corroboram os achados parciais deste estudo.

Quanto a relação entre a percepção da qualidade de vida e o estresse das mulheres tireoidectomizadas que participaram do presente estudo, verificou-se que o coeficiente de correlação entre a qualidade de vida geral e o estresse percebido foi de $-0,341$ ($p=0,045$), sendo, portanto, de moderada magnitude e com significância estatística. Isto indica que quanto maior o nível de estresse percebido, pior a qualidade de vida geral das mulheres avaliadas.

O estudo de Silva e colaboradores (2021, p.4), sobre a correlação de sintomas da ansiedade, depressão e estresse em pacientes com carcinoma diferenciado da tireoide, evidencia que numa amostra de 55 pacientes, onde 6 são homens e 49 mulheres, há “um baixo nível de ansiedade (0,80), depressão (0,64) e estresse (0,87), sendo o nível de estresse maior que o de ansiedade e, ambos, maiores que o de depressão”. Tais premissas corroboram os achados deste estudo. Os índices elevados devem-se ao fato de que nos pacientes com carcinoma há um estado de alerta rotineiro decorrente do diagnóstico que perdura após o tratamento, resultando, assim, em um impacto significativo na qualidade de vida do paciente (SILVA et al.,2021).

5.2 Dados qualitativos

Até o momento foram entrevistadas 13 mulheres, das quais as identificarei por números de 1 a 13. Assim, temos como média de idade 56,07 anos, destas nove tem pós-graduação completa, quanto ao tipo de carcinoma, observamos a predominância do carcinoma papilífero Quanto às questões de saúde atuais, oito contraíram o vírus da COVID-19 e doze, foram submetidas à iodoterapia. Quanto ao estado civil, seis declaram estar em união estável e sobre o tempo de tratamento, há predominância do período de menos de um ano. Na tabela 9 apresentamos os dados:

Tabela 9- Dados preliminares clínicos e sociodemográficos das 13 participantes entrevistadas- Brasil, 2022.

Participante	Idade	escolaridade	Tipo de carcinoma	covid	Tempo de tratamento	Estado civil	iodo	Região do País
1	58	Pós- graduação completa	folicular	sim	Não declarou	união estável	não	Lisboa- Portugal
2	60	Pós- graduação completa	papilífero	sim	2 anos	união estável	sim	São Paulo
3	57	Pós- graduação completa	papilífero	não	Mais de 10 anos	divorciada	sim	São Paulo
4	51	Sup. Em andamento	papilífero	não	Até 3 anos	divorciada	sim	São Paulo
5	65	Superior completo	folicular	não	Mais de 30 anos	viúva	sim	São Paulo
6	49	Sup.em andamento	papilífero	sim	2 anos	União estável	sim	Espírito Santo
7	67	Ens. Fundamental	papilífero	sim	Menos de um ano	casada	sim	Bahia
8	65	Pós graduação completa	papilífero	não	1 ano	casada	sim	São Paulo
9	56	Pós graduação completa	papilífero	não	Menos de um ano	União estável	sim	Paraíba
10	46	Pós graduação completa	papilífero	não	Menos de um ano	União estável	sim	Pernambuco
11	54	Pós graduação completa	papilífero	não	1 ano	União estável	sim	Manaus
12	52	Pós graduação completa	anaplásico	sim	Menos de um ano	casada	sim	São Paulo
13	49	Pós graduação completa	papilífero	sim	3 anos	casada	sim	Minas Gerais

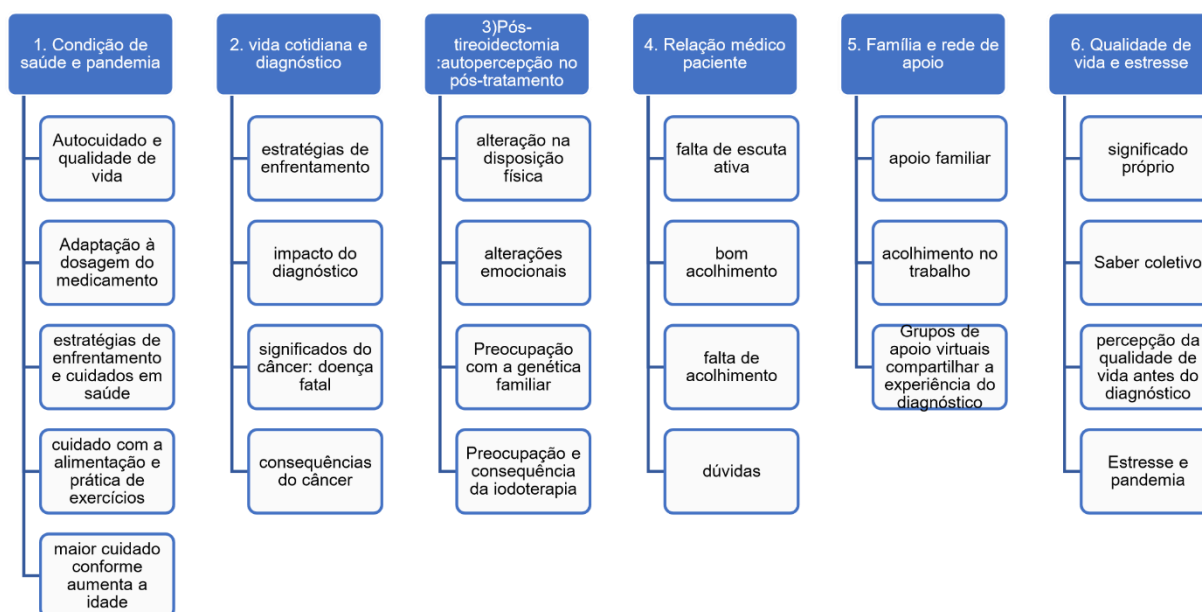
Fonte: autoria própria

Para a análise dos dados referentes às entrevistas, reforçamos aqui o que é abordado por Laurence Bardin (2011, p. 34) que trata da análise de conteúdo como instrumento que viabiliza o processo interpretativo de dados coletados mediante a comunicação em síntese: “trata-se, portanto, de um tratamento nas informações contidas nas mensagens”.

As entrevistas foram transcritas e até o momento da qualificação se realizou neste conteúdo a leitura flutuante dos dados como mecanismo

inicial de contato com o corpus textual. O segundo passo, compõe a definição das UR-unidades de registro — delimitação dos fragmentos de transcrição da entrevista, precedidos de sua numeração. Assim, alcançamos um total de 153 UR. A partir disso pode-se construir as categorias e subcategorias de análise expostas no fluxograma abaixo:

Figura 2- Fluxograma de categorias e subcategorias de análise



Fonte: Autoria própria

No tópico a seguir, trazemos os discursos das entrevistadas, separados por categorias e subcategorias, seguidos da discussão teórica acerca do tema.

5.2.1 Categoria Condição de Saúde e Pandemia

Na categoria **Condição de Saúde e Pandemia** as participantes trouxeram falas acerca de seus sentimentos perante a sua saúde e a pandemia de Covid-19. A subcategoria que emergiu na análise **Autocuidado e qualidade de vida** encontra-se relacionada ao hipotireoidismo durante a pandemia. As entrevistadas abordaram o processo de adaptação à dosagem do medicamento, os cuidados com a alimentação, a prática de exercícios físicos, percepção da necessidade de maior cuidado no decorrer da idade e estratégias de enfrentamento.

Tal cenário de crise também traz repercussões que impactam a vida humana nas esferas política, social e psicológica, dado o cenário de isolamento social, o cuidado em saúde e processo de compreensão da etiologia da covid, ainda em construção (SCHMIDT et al., 2020).

A literatura aponta que o medo de ser afetado por uma doença de caráter fatal ainda desconhecida aliado às medidas de contenção e isolamento social podem representar fator de risco para a saúde mental: há considerações sobre sintomas de estresse, raiva, preocupação de ordem financeira e de acesso a suprimentos (SCHMIDT et al., 2020). E nesse contexto, ansiedade pode fazer com que a pessoa desenvolva preocupações e sensações equivocadas facilmente confundidas com a doença. Conseqüentemente, este irá se expor desnecessariamente ao risco de contaminação, na sua busca por serviços de assistência hospitalar (SCHMIDT et al., 2020). A doença instalada no organismo é vista como uma ameaça do destino (SPTIZ, 1997).

A ameaça denota a sensação de incerteza e o fator de imprevisibilidade de um fenômeno. O termo ameaça, insere-se nos mais distintos campos da vida e como consequência, gera uma gama de discussões a respeito do que deve ser feito para gerar mecanismos de reflexão e prevenção sobre o cuidado nas esferas coletivas e individuais onde os sujeitos se inserem (JODELET, 2018). Exemplifica-se com as reflexões trazidas pelas participantes sobre os efeitos da pandemia, grau de ameaça e convivência com sintomas:

“...muito cansada esgotada mesmo. E depois da cirurgia da tireoide foi arrasou completamente comigo”. (**Participante 1**)

“Talvez assim, eu sinto sono, mais cansaço, né? Então... sintomas mais psicológicos; pandemia colaborou a mais para ...a gente fica com medo não começa a gente não sabia se era uma coisa que seria um grupo de risco não, mas eu tive covid vacinada aí.” (**Participante 2**)

“E aí foi bem no começo da pandemia, então assim... o hospital super cheio por quê o hospital da Unicamp é um hospital de referência então assim foram quase 3 anos para conseguir fazer uma iodoterapia isso devido uma pandemia, teve outros aspectos

também...a falta da medicação, mas, tudo devido a pandemia. então foi meio frustrante sim.” (**Participante 4**)

“Então hoje eu me sinto bem melhor, né? Hoje eu já tô assim... estabilizada[...]lógico que jamais voltaria a ser Aquela Jandira de antes, mas já me adequei a essa nova realidade.” (**Participante 6**)

“Pandemia foi complicado [com o pai e] sem contaminá-lo e sem me contaminar.” (**Participante 7**)

“[...]sensação que eu tenho hoje ainda, é de um pouco de apreensão ainda não estar muito tranquila com mas ainda é me sinto um pouco insegura com tudo isso...” (**Participante 12**)

“[...]Eu recebi o diagnóstico... Eu levei um susto... assustei muito [...] depois eu comecei a estudar... comecei a entender né? A ver as possibilidades e tudo... além do câncer de tireoide durante esse período também, eu eu descobri hipertensão...o que me colocou no grupo de risco[...]É lógico que tem o medo né? Não pela tireoide, mais pela hipertensão ...ela me causou mais medo que o câncer em si.” (**Participante 13**)

É importante considerar que o conceito de ameaça teve destaque no meio jornalístico nos anos 90 e à época a designação de ameaça retratava os problemas de ordem ambiental, virgo, sanitária e política, atualmente, o conceito é apresentado para significar catástrofes e tal fato, molda a opinião do público (JODELET, 2018).

Nesse sentido, os pacientes diagnosticados com câncer de tireoide tendem a não apresentam maior predisposição à infecção pelo vírus da COVID-19. Contudo, cânceres do tipo diferenciado e de caráter agressivo, em situação de metástase (PRAMONO,2020):

“[...]representam um risco maior de infecção viral, incluindo COVID-19”. A morbidade e a mortalidade também podem aumentar, especialmente naqueles com metástases pulmonares. Os cânceres de tireoide pouco diferenciados, especificamente os tipos medulares e anaplásicos, apresentam maior risco de morbidade e mortalidade por infecção por COVID19” (PRAMONO,2020, p.156).

Os pacientes que receberam diagnóstico de carcinoma bem diferenciado, com caráter mais agressivo e que são submetidos a tratamentos com inibidores da tirosina quinase, especificamente “sorafenibe, vandetanibe ou lenvatinibe”, no póstireoidectomia total ou radioterapia,

tendem a desenvolver pneumonia e aqueles que foram submetidos à radioterapia externa no pescoço também apresentam maior risco de doença grave por COVID-19” (PRAMONO,2020, p.156).

A respeito das consequências dos processos cirúrgicos, é importante considerar que:

“[...] a excisão cirúrgica de uma parte do corpo num doente com cancro, por exemplo, a maior parte são graduais e insidiosas, como a perda de força muscular e vitalidade [...]Tal como o compromisso na performance de papéis e das actividades diárias, a fadiga e as alterações nas relações interpessoais, que podem ocorrer subtilmente e de forma irregular no curso da doença. As doenças crónicas têm, assim, o potencial de induzir alterações profundas na vida de uma pessoa, resultando em efeitos negativos sobre a sua qualidade de vida e bem-estar” (BATISTA,2016, p.5).

Desse modo, ao retomar a questão da percepção do conceito da ameaça, percebe-se que esta demanda a compreensão transdisciplinar como ocorre, por exemplo, em estudos da Psicologia: nas construções teóricas da psicologia ambiental, da psicologia da saúde e da psicologia social. Estes domínios, correspondem à investigação da ameaça no ambiente, das doenças e seus processos de estigmatização e estudos sobre a manifestação do medo respectivamente (JODELET, 2018).

A respeito dos impactos do tratamento medicamentoso do câncer de tireoide, especificamente no pós-operatório da tireoidectomia total, boa parte das pessoas vivenciam desfechos negativos que interferem na qualidade de vida. Haja vista que a tireoide é responsável pela produção de hormônios fundamentais para o organismo humano e se estes, necessitem de consumo por via exógena, não terá a mesma eficácia quando comparado àquele que é produzido naturalmente (BARBOSA; REIS; PINTO, 2021).

Os processos de adoecimento crônico resultam em alterações significativas em múltiplas esferas da vida e isso demanda adaptação psicológica. O cotidiano do sujeito que enfrenta algum processo de adoecimento crônico é permeado por ameaças e desafios rotineiros: alteração da imagem corporal e comprometimento do domínio de si mesmo, portanto, é necessário ocorrer a preservação das emoções com vistas a manter o que é seguro mesmo diante de um futuro incerto. Diante das

incertezas resultantes do adoecimento e diagnóstico, questões relacionadas à possibilidade de dependência e mudanças no estilo de vida requerem estratégias de enfrentamento e adaptação para garantir que haja bom funcionamento biopsicossocial do sujeito em questão (BATISTA, 2016).

A subcategoria **Adaptação e percepção dos efeitos da dosagem da levotiroxina** demonstrou o seu impacto na qualidade de vida. Certos processos de adoecimento crônico demandam intervenção farmacológica e a eficácia do tratamento depende da adesão de quem implica no gerenciamento da doença (BATISTA, 2016).

Exemplifica-se com as seguintes falas das participantes:

“a medicação que eu fazia não se adaptou. endocrinologista foi fazendo várias experiências até chegarmos ao *euthyrox* 125, mais estável[...] acertos da medicação poderia ir até três anos.”
(Participante 1)

“Certeza acho que não sobreviveria sem ...Sou dependente”
(Participante 2)

“Depois da cirurgia aí que eu comecei a tomar o hormônio certinho, né? [...]Depois do da medicação... Melhorou sim.”
(Participante 4)

“Me sinto. É assim ...é um equilíbrio, né?” (Participante 6)

“Me sinto muito mais saudável. Tô bem mesmo.” (Participante 9)

Nesse sentido, a manifestação dos sintomas da doença, a ruptura com a vida cotidiana anterior e a efetividade do tratamento “representam outras dimensões da doença crônica que mostram grande variabilidade entre doenças e dentro de uma mesma doença” (BATISTA, 2016, p.5-6).

Reis e colaboradores (2021) destacam que o equilíbrio nutricional do organismo humano é necessário para que todos os órgãos funcionem adequadamente, logo, uma dieta equilibrada exerce influência positiva na tireoide. As falas a seguir, referentes à subcategoria **Cuidado com a Alimentação e Prática de exercícios**, exemplificam a questão da necessidade de cuidado:

“[...] durante a pandemia eu me preocupei um pouco mais com alimentação de emagreci durante a pandemia [...] tive o cuidado como qualquer outra pessoa normal de realmente de não sair, né? Eu acho que eu tive um comportamento normal durante os dois anos... bem rescrito independente de ter tt (tireoidectomia) ou Não. [...]e ginástica, exercício físico que eu gosto e encontrando com as pessoas virtualmente do jeito que dava.... **(Participante 2)**).

Então eu procurei colocar isso na minha rotina[...]Pilates e natação e às vezes eu faço caminhada também pelo menos uma vez na semana e o caminho[...]Às vezes eu sinto muita preguiça, não é assim, eu sei que é importante. Então eu falar não eu preciso ir se eu fui escutar minha voz a minha vontade hoje, é de ficar só na cama só na cama, né? Então assim ,se falar o quê que você quer escolher, né? Então eu escolheria ficar deitada vendo televisão, mas eu sei que é importante então eu me esforço né ? **(Participante 12)**.

[...] melhorar alimentação que eu acho que também tá bem relacionado a doença(**Participante 13**).

A respeito da função tireoidiana e o olhar para processos nutricionais, deve-se lembrar que a glândula endócrina em questão, tem como função produzir, armazenar e sintetizar tiroxina (T4), triiodotironina (T3) e calcitonina. A síntese dessas substâncias, depende de alguns micronutrientes como o iodo, selênio, zinco, cobre, ferro, a vitamina A e a vitamina D. E destes, o iodo é o responsável pelo metabolismo dos hormônios tireoidianos (SILVA, 2018):

“Vitaminas e nutrientes minerais são importantes devido ao seu impacto na atividade secretora da tireoide e sua presença é necessária para um bom funcionamento da glândula. Esses nutrientes incluem iodo, ferro, selênio e zinco, bem como vitaminas: A, D, E, B2, B3 e B12. Uma dieta equilibrada permite fornecer todos os nutrientes e minerais necessários, mas existem muitos fatores que podem interferir na adequada absorção desses nutrientes e, como resultado uma suscetível deficiência de vitaminas e minerais necessários” (REIS et al.,2021, p.5).

Conseqüentemente, a carência desses micronutrientes deve-se, em grande parte, à alimentação inadequada (SILVA, 2018).

Com relação ao iodo, destacamos que esse oligoelemento é fundamental para a tireoide e a deficiência deste resulta no impedimento da produção dos hormônios tireoidianos, deficiências no cérebro e sistema

nervoso central (REIS et al.,2021). No mundo, áreas com deficiência de iodo terão o risco de terem distúrbios tireoidianos.

As principais fontes de iodo são: “ostras, moluscos, mariscos e peixes de água salgada; leite e ovos [...] de animais que tenham pastado em solos ricos em iodo [...]; vegetais oriundos de solos ricos em iodo também são boas fontes” (REIS et al.,2021, p.5). Contudo, é importante ressaltar que o consumo de iodo de modo exagerado traz complicações severas, assim como nos quadros de deficiência: “o sal iodado raramente vai adicionar mais de 300 µg de iodo por dia à dieta” (REIS et al.,2021, p.6).

O adoecimento tireoidiano pode ocorrer por conta de fatores genéticos e ambientais, porém tem sido evidenciado o papel da nutrição adequada como mecanismo de prevenção para adoecimento endócrino e oncológico (SILVA, 2018).

Distúrbios relacionados à deficiência de iodo são permanentes e as populações afetadas sofrem com impactos no desenvolvimento humano, além das deficiências de ordem social e econômica nessas regiões. Nas crianças causa deficiência mental, surdez, mutismo e o bócio. A deficiência de iodo também está relacionada ao nascimento de crianças com baixo peso, risco de aborto, nascimento de natimortos e, também, a elevação de taxas da mortalidade materna. Por fim, os impactos da deficiência de iodo contribuem para a elevação de gastos na saúde e educação, haja vista, que aumenta a incidência de evasão escolar e incapacidade para o trabalho (SAPS, 2022).

Ao considerar que as dificuldades de acesso ou a carência de iodo representam um problema de saúde pública mundial, para sanar tal dificuldade, no Brasil temos a

Resolução da RDC n.º 23, de 24 de abril de 2013, sobre o teor de iodo no sal destinado ao consumo humano, a qual determina a obrigatoriedade do acréscimo iodo ao sal destinado ao consumo humano:

“proporcionalidade 3:1 (três para um) entre o limite máximo e mínimo do teor de iodo face às características do beneficiamento do sal, principalmente no que se refere à etapa de iodação [...] Somente será considerado próprio para consumo humano o sal que contiver teor igual ou superior a 15 (quinze) miligramas até o

limite máximo de 45 (quarenta e cinco) miligramas de iodo por quilograma de produto” (BRASIL, 2013).

Reis e colaboradores (2021) acrescentam que mais estudos são necessários para que se possa avaliar efetivamente como se dá a ingestão de iodo na população brasileira com vistas a evitar o excesso e a deficiência do uso da substância. Desse modo, há a necessidade “de ampliar o conhecimento nessa área, para que medidas preventivas ou de apoio ao tratamento possam ser tomadas e auxiliem efetivamente na adequação do funcionamento da tireoide” (REIS et al., 2021, p.7).

A respeito da prática de exercícios físicos para pacientes com hipotireoidismo, Souza e colaboradores (2018) indicam que, na literatura, há poucos estudos que abordam essa temática. Os autores reforçam que “o hipotireoidismo esteja relacionado com dislipidemias, depressão e doença cardiovascular, causando sintomas que prejudicam o estado funcional e a qualidade de vida” (SOUZA et al., 2018, p.3).

Concernente à manifestação da doença, os autores destacam que muitas vezes ela ocorre de modo assintomático, mas ainda apresenta “fadiga, fraqueza muscular, sonolência e ganho de peso, entre outros” e reforçam que a literatura aponta as deficiências cardíacas resultantes do hipotireoidismo, contudo ainda não estabelece exercícios específicos para pacientes que apresentam esse quadro (SOUZA et al., 2018, p.3).

A respeito da experiência com o câncer, o estudo de Rodrigues (2019, p.52) destaca que a fadiga é um sintoma persistente que acarreta limitações repercutindo na qualidade de vida e nesse contexto, a prática de exercícios é recomendada: “Os dados encontrados demonstraram que o programa de exercícios físicos de 12 semanas foi significativamente eficiente para a redução de fadiga das referidas pacientes”.

No organismo humano, durante o processo de envelhecimento é preciso considerar que ocorre um declínio na produção hormonal, corroborando o aumento da faixa etária dos indivíduos que sofrem com questões relacionadas às perdas físicas e cognitivas (ROUGEMONT, 2020).

Tavares e colaboradores (2009, p.685) dissertam sobre o envelhecimento humano e apresentam as consequências desse processo para a glândula tireoide. Os autores destacam que a glândula acompanha o processo de envelhecimento do homem, ou seja, as alterações comuns do envelhecimento nos órgãos, também, atingem a tireoide no âmbito celular e destas destacam-se “[...] aumento da fibrose e tecido adiposo, infiltrado linfocitário, degeneração de células epiteliais e lesões micro nodulares”. Porém, esse aspecto nem sempre resulta no desenvolvimento de hipotireoidismo ou hipertireoidismo (TAVARES et al., 2009). O artigo de Tavares et al. apresenta o conceito de “tireopausa” para significar o processo de envelhecimento da glândula e suas consequências. Assim sendo, reconhecer tais conceitos é essencial para estabelecer mecanismos terapêuticos mais eficazes.

O conceito de pausa, não é significado pela medicina, em especial no campo endocrinologia, como uma patologia. Assim, a tireopausa em resumo corresponde a uma condição de deficiência hormonal capaz de “desequilibrar os indivíduos, tanto do ponto de vista físico e cognitivo quanto comportamental” (ROUGEMONT, 2020, p.5).

Em pessoas idosas, o hipotireoidismo é atribuído à quimio ou radioterapia, uso de alguns medicamentos, doença de Graves, tireoidectomia ou, tireoidite de Hashimoto. As mulheres são as mais atingidas na população geral, contudo a faixa etária dos 60 anos, para esse público, representa maior risco de prevalência da doença dada o aumento natural do hormônio tireoestimulante da tireoide durante o envelhecimento (OLIVEIRA et al., 2012). As seguintes falas reunidas na subcategoria **Maior cuidado conforme aumenta a idade**, demonstram essa necessidade:

“[...]eu controlo muito pouco no sentido assim de exercício de alimentação não é eu tomo remédio e a única coisa que eu percebo é que se eu tomo ele muito cedo se eu mudo o horário por exemplo daquele que eu tô acostumada é eu fico mais cansada chega no final da do dia por exemplo à noite me bate uma moleza incrível que eu não tenho vontade de fazer mais nada e aí eu me questiono se é do hipo ou se é da idade mesmo cansaço referente a isso” (**Participante 5**).

“A gente sente a diferença, preguiça.. coisas que você fazia antes... eu tô aqui protelando para fazer uma atividade física...desânimo, Ai associa com a idade também” (**Participante 13**).

O modelo médico mecanicista e fragmentado de cuidado não permite uma compreensão da totalidade e do processo disfuncional enfrentado pelo corpo no transcorrer do tempo. No outro extremo, a medicina holística permite a retomada do senso de saúde e nesse contexto, a questão hormonal ganha destaque como ferramenta que pode permitir “uma abordagem centrada na funcionalidade e no desempenho do corpo ao longo do tempo como meio de alterar o declínio no envelhecimento” (ROUGEMONT, 2020, p.6).

5.2.2 Categoria vida cotidiana e diagnóstico

Sobre a vida cotidiana e diagnóstico, as entrevistadas compartilham experiências, que estão apresentadas na subcategoria denominada **Estratégias de Enfrentamento**, que expressa a postura perante o adoecimento. As participantes falam do impacto do diagnóstico, do câncer como doença fatal e das consequências do câncer. Abordam as dificuldades decorrentes do tratamento com a iodoterapia.

Martins, Ouro e Neri (2015) discorrem que o conceito de enfrentamento compreende estratégias para o manejo da ameaça que pode acontecer.

A respeito de estratégias de enfrentamento diante do câncer, Bonifácio (2022) destaca que tal premissa pode ser compreendida à medida que se volta o olhar para estratégias centradas na emoção. Nesse contexto, deve-se analisar o que o sujeito vivencia e a partir disso, encontrar possibilidades que minimizem os efeitos emocionais decorrentes do adoecimento, ou seja, a “estratégia centrada na emoção refere-se à atitude que o indivíduo adota ao perceber que a fonte de estresse não pode ser mudada e é necessário continuar para interagir com a fonte de estresse”

(BONIFÁCIO, 2022, p.15). Por fim, as estratégias de enfrentamento despertam o sentimento de esperança e desse modo, as pessoas “[...]tentam extrair aspectos positivos de eventos negativos para reduzir os transtornos emocionais causados por situações estressantes” (BONIFÁCIO, 2022, p.15). Exemplifica-se com as seguintes falas:

“E eu sempre gostei muito de estudar, então quando eu recebi o diagnóstico eu falei assim não! eu vou voltar para sala de aula. Eu tinha a intenção de fazer uma faculdade...Eu recebi o diagnóstico e no ano seguinte, eu já prestei o vestibular para ocupar a cabeça . Que eu falei: não! eu vou ocupar a cabeça, porque se você ficar parado pensando é pior, né?” (**Participante 4**).

“Às vezes, dá vontade de deitar ficar de perna para cima sem fazer nada, mas levantanão! vamos fazer, vamos estudar. Tô fazendo uma graduação de novo” (**Participante 6**).

“Continuo com a terapia. Eu falo que a minha psicóloga, para mim, é que nem água, não pode faltar. Então assim eu gosto de terapias alternativas, então a meditação ajuda. Como eu falei o pilates, a natação tudo isso foram terapias acessórias e que eu sinto , que eu não posso ficar sem . eu preciso de tudo isso para me garantir um pouco de Equilíbrio e mesmo assim, tem dia que eu tenho um pouco de crise de ansiedade ou essa angústia essa coisa apertando assim” (**Participante 12**).

Batista (2016) discorre sobre o processo de adaptação à doença crônica em seu texto. O autor destaca que existem cinco momentos:

“(1) o domínio das tarefas adaptativas relacionadas com a doença; (2) a preservação de um estado funcional; (3) a qualidade de vida em vários domínios; (4) a ausência de distúrbios psicológicos; (5) e emoções negativas diminutas” que representam estratégias de enfrentamento que visam a “preservação de um sentido para a vida” à medida que a experiência de adoecimento atinge aspectos biopsicossociais que constituem o sujeito em questão. Estas conceptualizações mostram que a adaptação engloba múltiplos componentes que atravessam os domínios interpessoal, cognitivo, emocional, físico e comportamental” (BATISTA, 2016, p.11).

Diante do processo de adoecimento crônico, é necessário ocorrer o controle do que desestabiliza o sujeito, a preservação da confiança e de relações significativas com vistas a preservar a funcionalidade daqueles que enfrentam a doença, assim, a recuperação poderá ser alcançada nesse

sentido, “o principal negócio da pessoa cronicamente doente não é somente estar vivo ou manter seus sintomas sob controle, mas viver o mais normalmente possível a despeito dos sintomas e da doença” (STRAUSS, 1984:64, 79-80 *apud* CASTELLANOS, 2015, p.40).

Diante da necessidade de que se possa controlar os sintomas, a grande tarefa do paciente que enfrenta o adoecimento crônico está em lidar com o diagnóstico, tratamento e resultados que irão acompanhá-los e exercer influência em seu cotidiano (CASTELLANOS, 2015). Nesse contexto, é necessário estabelecer uma relação médico-paciente saudável (BATISTA, 2016).

Por fim, notabiliza-se que a conservação e a retomada do estado funcional do sujeito que vivência o adoecimento crônico, são essenciais. Os mecanismos relacionados ao controle da doença crônica, também representam um processo adaptativo, pois a manifestação da doença compromete aspectos da totalidade da vida do paciente, influenciando na percepção da qualidade de vida. Pois, ter a sensação de que a doença é incontrolável representa um comprometimento do bemestar global do paciente (BATISTA, 2016, p.11).

Ainda na questão do impacto, receber o diagnóstico do câncer faz com que o paciente se depare com questões relacionadas ao sofrimento e a finitude iminente. O diagnóstico “afeta tanto aqueles que se descobrem com a patologia quanto sua rede de apoio [...] podendo acarretar patologias de ordem psíquica, como ansiedade e depressão” (DIB et al., 2022, p.2). Os mesmos autores também afirmam:

“Em decorrência dos impactos causados com o recebimento do diagnóstico e tratamento, manifestam-se sentimentos de tristeza e sofrimento encontrados nos resultados do estudo, em virtude das mudanças significativas que a doença causa nos aspectos físico e emocional, além das atividades diárias e da rotina desse paciente. Essa situação entra em consonância com o que a literatura exhibe. Além disso, ela ocasiona, muitas vezes, mudanças de papéis dentro do núcleo familiar, indignação, não aceitação e raiva acerca do próprio diagnóstico” (DIB et al., 2022, p.6).

No que diz respeito à subcategoria **Impacto do Diagnóstico**, a qual reúne depoimentos das mulheres participantes acerca do câncer na pandemia da COVID19, Teles, Cruz e Cruz (2020) destacam que a crise sanitária trouxe uma condição que exigiu disponibilizar leitos e o contingente profissional necessário para acolher e destinar o tratamento adequado àqueles infectados pelo vírus.

Diante de tal cenário, foi necessário adiar o tratamento de pacientes diagnosticados com câncer e assim, foram somente mantidos tratamentos e cirurgias considerados prioritários. Postergar tratamentos, nos coloca diante de dilemas éticos à medida que tal ação, pode resultar em progressão da doença, aumento da mortalidade específica por câncer e danos psicológicos ao sujeito em tratamento (TELES; CRUZ; CRUZ, 2020).

Exemplifica-se a questão do impacto do diagnóstico com as seguintes falas:

“Olha foi um susto gigantesco. Por que quando você ouvir carcinoma, você fala gente? eu, saudável...entendeu? Nunca tive nada, nunca fico doente. Nunca. Exame de sangue. Todos normais inclusive T3 T4 TSH, eu fazia normalmente, então foi um susto muito grande, né?” (**Participante 2**).

“Então... eu acho que eu já tinha os sintomas, mas não associava, né? A gente sempre acaba associado a outras coisas do dia a dia... o estresse, o cansaço excessivo, né? E aí depois quando você descobre... que a doença lá então era isso, cai a ficha ...” (**Participante 6**).

“Pós-cirurgia vieram problemas com trabalho, novos exames, organização da rotina, algumas dores. Um pouco de angústia por causa de toda a sensação de impotência” (**Participante 7**).

“Porque se falou da parte de câncer a pessoa assusta, né ? a palavra em si. também aí a qualidade de vida péssima, né? Porque a gente fica muito pensativo” (**Participante 8**).

“É porque foi bem complicado. Eu nunca eu tinha feito exame de tireoide, eu sempre o médico, mas nunca me pediram né? Aí um dia, sem querer eu... Passei a mão no pescoço e sentir um caroço. Aí como eu tenho uma...eu tenho duas noras uma é biomédica, e a outra tem formação oncológica quando eu mostrei para elas, elas disseram logo isso aqui é problema de tireoide e a senhora vai vai amanhã logo cedo no médico . Eu fui e aí o médico pediu biópsia quando pediu. Aí tava eu tinha um... na verdade, eu acredito que eu fiz isso que fazer duas cirurgias a primeira eu ... porque eu caí de paraquedas na mesa de cirurgia. O médico não

me examinou. Porque endócrino daqui já me encaminhou direto para lá” (**Participante 9**).

“A questão dos hospitais super lotados eu consegui a cirurgia mesmo, porque o meu câncer de tireoide já foi o câncer muito mais agressivo no primeiro momento o primeiro diagnóstico, né? Era carcinoma medular então eu me desesperei muito” (**Participante 11**).

[...] que eu sou diagnosticada com problema da tireoide no momento em que a gente tá com pandemia... em que eu tô perdendo meu pai, então é tudo um cenário muito complexo, né? Então todo ligado isso tudo acaba deixando a gente bem para baixo. E não tem como né?” (**Participante 12**).

“Ai o médico fala que é um câncer leve.... Se for para escolher, o mais tranquilo.... mas assim eu também não sabia exatamente como ia ser, que ia ter possibilidade da iodo, e como de fato fiz. Eu tenho conhecimento, e foi mais do que passar por tudo sem saber o exatamente o significado daquilo. Quais são os exames? O que você tem que olhar para ver? É uma das coisas que quer que eu vi, né que eu percebi. Que eu Ouvir...eu também ouvia vídeo né? de médicos ? você tem que fazer o acompanhamento certinho. E o meu ele tem uma característica, ele é mais agressivo, ele era invasivo...ele saiu da capsula... ele começou a sair...então o cuidado é maior. Só de não ter uma recidiva. Só de você ter o conhecimento, você não se assusta tanto. você acha que fica assim: eu vou morrer ? não você não vai. Às vezes eu acho que o médico deveria falar, porque tem outras coisas...é qualidade de vida piora muito” (**Participante 13**).

Por fim, a doença representa um impacto na vida cotidiana, pois o sujeito adoecido encontra-se em um cenário de ruptura e desordem que exige adaptação e estabelecimento de normativas “que lhes permitam enquadrar a experiência geradora de ruptura em esquemas interpretativos e reintegrá-la, assim, à zona não questionada da vida cotidiana (LIRA, CATRIB; SILVA, 2015, p.69-70). Exemplifica-se com as falas reunidas na subcategoria

Significados do câncer:

Doença fatal:

“Sim, tendo em conta que eu já sofria de hipotireoidismo há muitos anos e tinha muitos nódulos. Seguridades que isto acontecia e eu sabia que era real, porque há vários casos na família, mas nenhum tinha chegado ao ponto de se suspeitar de malignidade. de forma que quando eu fiz a cirurgia, foi muito importante para mim porque ela foi um dia muito cedo, eu desmaiada, vomitei e tive tonturas e senti logo ali, que o resultado não ia ser nada de bom. Já tinha feito outras cirurgias antes, nunca tinha acontecido

e tanto assim, vai o resultado. Eu percebi que pronto, sai a cirurgia não e não íamos resolver nada. E portanto, e sem pensar em mais duas vezes, mas não fiz assim Tantas perguntas, e quis ter a certeza cirurgia era única opção. E disseram sim. que em 2021, ainda seria a única opção porque era isso mesmo extrair antes ...que.... que eu atingir as profusões” (**Participante 1**).

A respeito dos significados do adoecer, o plano simbólico do sujeito durante o processo de enfrentamento é o mais afetado. A relação da pessoa com o mundo é abalada e surgem questionamentos acerca da identidade (CASTELLANOS, 2015).

O estudo de Dib e colaboradores (2022, p.4) realizado com 111 participantes, com 69,3% de homens e 30% da amostra composta por mulheres, com diagnóstico estabelecido há mais de três meses, verificou-se que em seus discursos acerca da doença predominam palavras como “doença, tristeza e morte”: onde doença ancorase em sofrimento que por sua vez, é resultante do estigma de doença incurável. Já tristeza e morte representam compostos negativos relacionados à experiência de adoecimento. Faz-se necessário acrescentar que:

“O estigma do câncer tem trazido dificuldades para os pacientes no enfrentamento da doença. A literatura ressalta que, a doença tem um cunho extremamente assustador, o qual aumenta os pensamentos de morte e provoca sentimentos desagradáveis, como pânico, medo, preocupação, insegurança, ansiedade, tensão, dor, inquietação e desespero” (BONIFÁCIO,2022, p.14).

Predominam no discurso desses pacientes, as palavras “ruim, dor, sofrimento, medo, triste, horrível e preocupação”, que compõem a esfera das estratégias de enfrentamento do câncer (DIB et al., 2022, p.5).

As consequências do adoecimento referem-se às situações que impactam na vida cotidiana: surgem demandas por cuidado e novos mecanismos de adaptação.

Tais questões, são evidenciadas na fala abaixo:

“Me sentia realmente poderosa, em que ia acontecer na minha vida. Depois é tipo assim, não realmente acontece... pode acontecer. Talvez um pouco ingênu... tipo hoje em dia, eu já sei

que tudo é possível já não abre o exame, não ouço muito opinião de todo mundo[...] acho que na época era muito acreditava muito.... talvez, eu fiz a cirurgia com o mesmo médico. Talvez a gente eu fizesse diferente, entendeu? Faz parte de um amadurecimento sim” (**Participante 2**).

Tais consequências, correspondem às “estratégias de adaptação (*coping*) que procuram responder diretamente tanto aos limites corporais e mentais” decorrentes da nova condição de saúde que requer modificação da vida cotidiana e, por conseguinte, exercendo influência nas relações com familiares e cuidadores daquele que enfrenta o processo de adoecimento (CASTELLANOS, 2015, p.35).

5.2.3 Categoria Pós-tireoidectomia e autopercepção no pós-tratamento

A respeito do Pós-tireoidectomia e autopercepção no pós-tratamento, as entrevistadas falam das modificações emocionais e físicas percebidas, que acarretam preocupação com a genética familiar diante do câncer.

Problemáticas relacionadas ao pós-tireoidectomia incluem: idade, condições que antecedem a cirurgia, problemas durante o processo e tipo de técnica utilizada, e tais questões podem incomodar temporariamente o paciente, ou resultar em sequelas (BARBOSA; REIS; PINTO, 2021).

Complementarmente Oliveira e colaboradores (2022) apresentam em seu estudo considerações a respeito do impacto da tireoidectomia total para o paciente, no qual há comprometimento da qualidade de vida em voz, problemas de ordem emocional ligados ao diagnóstico do nódulo.

A respeito das alterações físicas resultantes da disfunção tireoidiana do organismo, sinaliza-se que as alterações cardíacas são as mais evidenciadas na literatura. Pacientes com hipotireoidismo enfrentam, com frequência, hipertensão arterial, aumento do abdômen e elevação do colesterol total (CHAKER et al.,2017).

Paralelamente, em pacientes com hipotireoidismo, decorrente do câncer de tireoide, pode-se perceber que; nas subcategorias **Alterações Emocionais** que reúnem os depoimentos; as participantes fazem

referências às alterações significativas do humor, da percepção da qualidade de vida e do senso de bem-estar mental, apesar de realizarem o tratamento de reposição hormonal com a levotiroxina (CHAKER et al.,2017). Adicionalmente, a literatura tem produzido estudos que enfatizam a presença de sintomas relacionados à ansiedade e depressão agravados diante das adversidades no processo cirúrgico de sujeitos com disfunção tireoidiana (OLIVEIRA et al., 2022). Sobre as alterações emocionais decorrentes do adoecimento, exemplifica-se com as falas:

“[...]eu melhorei bastante o meu o meu a minha irritabilidade e ainda é inconstante tem altura do dia que sinto que estou irritada comigo própria mas já não tem nada a ver com há um ano atrás ou mesmo há seis meses atrás E parece que ninguém mais compreende” (**Participante 1**).

[ouviu do médico que] “olha o de tireoide é o menos pior...vamos dizer assim dizer assim, né? Eu tivesse que ter um... eu acho que sempre... não sei se você ouviu isso, se eu tivesse que escolher um...se eu tivesse que ter um, acho que ninguém escolhe...eu escolheria o de tireoide e tal. [...]Eu não menospreze assim, eu acho que mudou bastante a minha vida. Talvez um pouco mais triste assim, eu ficado com relação à vida sabe?” (**Participante 2**).

“Fui para terapia, já tinha feito terapia na vida antes. para terapia voltei porque eu achei que eu precisava aprender a lidar com tudo isso assim... entre outras coisas da vida por medo de ter o mesmo câncer [...], mas assim meio cansadona [...].No início, eu queria provar que eu era como outra qualquer. “No início, logo com todas aquelas mudanças hormonais, sem nenhuma sequela. Mas ao longo do tempo fui tendo percepções: não, eu tenho sequelas...eu to aprendendo a dizer não para os outros e sim para mim. [...]mas é isso, a gente vai buscando se colocar no mundo como diferente, mas que pode viver quase tudo: adaptado. Quando tá alterado, eu tenho assim...a memória falha” (**Participante 10**).

Os sintomas comumente mais descritos do hipotireoidismo em adultos compreendem: fadiga, letargia, tolerância ao frio, ganho de peso, constipação, mudança na voz e pele seca”, contudo podem diferir conforme a idade, sexo e tempo de diagnóstico, lembrando que o idoso tem menor manifestação sintomática quando comparados a sujeitos mais jovens (CHAKER et al.,2017, p.1152). Na subcategoria **Alteração na disposição física**, reuniram-se depoimentos que se apresentam a seguir:

“[...]eu tive menopausa quando eu tive o câncer de tireoide. Acho que isso, afetou mais a minha vida ou coincidentemente as duas coisas juntas[...] Mas eu sempre tipo fico meio atenta, por isso continuo fazendo exercício e tal. Mas é.... tá bem, eu não sei se tem haver com a tt (tireoidectomizada) ou idade.... Acho que eu tenho uma tendência, fico um pouco mais deprê...mas não chega a ser uma coisa relacionada com isso...ou eu tento não pensar...para não dar uma pirada” (**Participante 2**).

“Ó hoje eu tenho alguns indícios que me mostram quando está alterado o meu tsh ou o t3 por exemplo: a minha unha, tem época que ela fica forte, dura , bem durinha e tem época que parece um papel ela fica mole de você apertar a unha assim ó ...[...] você vai você vai percebendo alguns indícios sabe? cabelo mais ressecado né? A pele, isso a gente vai percebendo porque mexe mesmo. Memória... então, a memória eu fico me questionando se não é a idade [...], você tem aquelas crises de choro... que eu não sei se você tem eu tinha crises de choro. Eu tinha crises de choro assim do Nada Do Nada” (**Participante 5**).

A respeito da subcategoria **Preocupações com a Genética Familiar e o Câncer**, Oliveski e colaboradores (2021) discorrem em seu estudo que apesar do avanço técnico-científico, o câncer ainda vem permeado pela questão da impossibilidade de cura. O impacto do câncer em uma família resulta em sofrimento para todos os membros e tal quadro, é inflado quando o tratamento não alcança o efeito desejado, desse modo, questões relacionadas à perda, risco de morte, dependência e impotência são despertadas. Assim o exemplificam as seguintes falas:

“Foi muito difícil Daiane porque meu pai morreu com câncer na laringe, eu cuidei dele por 3 anos fazendo os curativos diretamente. E quando você é muito jovem, as pessoas falam olha, cuidado você tá você tá sem máscara, você tá você tá tendo um contato muito direto. E você leiga do jeito que era... muito jovem né... e então quando me apareceu esse nódulo que foi por acaso, eu estava aqui trabalhando no coc e uma irmã minha falou: nossa mas está com um caroço enorme, o que é isso? Tinha percebido aí corremos pro médico, foi diagnosticado fiquei muito preocupada, associei com a doença do meu pai eu fiquei um caco emocionalmente. Quando eu fui para a cirurgia, sofri muito com medo de largar o R., ele era pequenininho. então pra mim foi muito difícil o diagnóstico muito muito... “ (**Participante 5**).

“Então foi um ano.... o pedido da cirurgia, até a cirurgia demorou um pouco. E nisso surgiu muita dúvida né? A gente pesquisava

em canais, grupos e alguma coisa assim que a gente ia participando para poder ter informação” (**Participante 6**).

“[...]eu tinha muitos sintomas de hipotireoidismo, apesar das minhas taxas de medida estavam normais[...]
A medicação me regula mesmo. agora a única coisa que eu não digo que sou melhor assim igual a antes...eu não sou melhor na minha capacidade essa questão da energia[...].O Raciocínio fica mais lento, mas só isso ...que eu resignifico assim: pra quem teve um diagnóstico de câncer ...retirou um câncer, vamos dizer assim: A vida em um aspecto está melhor...algumas situações estão reguladas...em outra não. [...]. eu não diria que eu tenho uma vida pior, eu diria só isso que eu tenho menos energia física e que aí eu tive que me readaptar” (**Participante 10**).

Em vista disso, “a família tem necessidade de estar próxima ao paciente, sentir-se útil e encontrar um significado para o adoecimento e para a morte do doente” (OLIVESKY et al.,2021, p.3).

A respeito das questões relacionadas à genética familiar e à preocupação com o câncer de tireoide, apresenta-se a seguinte afirmação:

“Os fatores genéticos associados ao CT estão ligados à mutação do gene BRAF v600, considerada a alteração genética com maior incidência no câncer de tireoide. O BRAF atua ativando a via de sinalização RAS/RAF/MEK/MAPK. A ativação continuada ou inadequada dessa via de sinalização resulta na proliferação anormal das células malignas da tireoide. Aproximadamente dois terços dos carcinomas papilíferos apresentam mutação do gene BRAF, essa mutação ocorre apenas no carcinoma papilífero, que corresponde a 80% dos casos de CDT” (FERREIRA; GARCIA, 2017,p.3).

Por fim, observa-se que a média entre 5 e 10% dos casos de câncer de tireoide “têm história semelhante na família” (FERREIRA; GARCIA, 2017, p.3). Quanto às classificações do câncer, o de tipo medular vem unido a “uma síndrome genética com forte componente hereditário familiar, chamado neoplasia endócrina múltipla (NEM)” (FERREIRA; GARCIA, 2017, p.3).

Em relação à genética familiar, o estudo realizado por Pinheiro e colaboradores (2017) que investiga fatores hereditários resultantes no desenvolvimento do carcinoma tireoidiano e se existe correlação com o desenvolvimento de câncer de mama. O estudo transcorreu mediante a

análise de marcadores biológicos, ferramenta que permite a investigação e diagnóstico precoce nas famílias.

Sobre a subcategoria **Preocupação e consequência da iodoterapia** para carcinoma da tireoide, Oliveira, França e Silva, (2018, p.70) reforçam que a técnica trata de adoecimento maligno e benigno da tireoide tanto em adultos como em crianças e visa eliminar “e buscar destruir tecido remanescente, eliminar micrometástases loco regionais e metástases à distância. Para tanto, é preciso sinalizar que o radiodo produz radiação beta, que por sua vez, “servirão como pequenas “bombas”, e irão ser armazenadas no tecido da tireoide destruindo as células cancerígenas” (SUSSUARANA, ROQUE, e ALMEIDA, 2018, p.6).

Ribeiro e colaboradores (2021, p.6) ao discorrer sobre iodoterapia acrescentam que “a expectativa do método utilizado com iodoterapia leva esperança na cura da doença”. Contudo, é preciso olhar para os efeitos da iodoterapia; existem os imediatos/agudos e aqueles que assumem a forma crônica à medida que permanecem por anos junto da pessoa em tratamento. Tais efeitos podem ter maior ou menor intensidade conforme a idade e o tempo de enfrentamento do câncer, portanto “Conhecer estas reações recorrentes à iodoterapia é de extrema importância para a medicina, a fim de tentar desenvolver medidas que tragam mais conforto aos seus pacientes durante o tratamento” (SUSSUARANA, ROQUE, e ALMEIDA, 2018, p.17). Assim:

“[...]promover educação continuada sobre o tratamento do câncer de tireoide com radioiodoterapia, disponibilizar respostas para as dúvidas tanto do paciente quanto do profissional de enfermagem envolvido no tratamento e assistência, reconhecer sinais e sintomas, reações adversas que ocorrem durante o tratamento, além da aplicação das normas de biossegurança podem resultar em assistência de enfermagem assertiva e segura”(OLIVEIRA; FRANÇA; SILVA, 2018, p.71).

O procedimento, demanda internação hospitalar, e uso de iodo em forma radioativa e isolamento, representando um desafio para a instituição hospitalar e equipe multiprofissional que acolhe o paciente (OLIVEIRA; FRANÇA; SILVA, 2018). No que se refere ao período posterior ao

tratamento, é aconselhável que o paciente permaneça sem contato social durante três dias, ou que haja, pelo menos, dois metros de distância entre ele e outras pessoas como mulheres grávidas ou crianças. Quanto ao cuidado de si, recomenda-se que seja mantida a higiene e que não haja o compartilhamento dos objetos de uso pessoal, por fim, no caso de gravidez não deve ocorrer a amamentação (RIBEIRO et al.,2021). Tais questões, podem ser vislumbradas nos relatos a seguir:

“[...]eu tinha uma agitação [...] você tem que ficar isolada e como eu tinha as crianças pequenas o médico a deixou ir para casa e ficar isolada no quarto. então assim, emocionalmente é muito duro. Por que você fica isolada, as pessoas te passam a comida através da porta, você tem que ficar com saco de lixo... quando eu tomei iodo radioativo para colocar toda roupa lá né . O banheiro, só eu pude usar. Então assim, é uma é uma sensação horrível” (**Participante 5**).

“A cirurgia não foi uma coisa difícil, foi supertranquilo. eu consegui passar de boa, e não senti dores. Eu não tomei medicamento nem antes, nem depois da cirurgia... foi muito bem, mas a parte da iodoterapia foi complicado” (**Participante 11**).

No hospital, o processo de isolamento do paciente representa um desafio, pois a equipe deve ter o mínimo de contato com o paciente e, além disso, deverá usar equipamentos de segurança contra os efeitos da atividade radioativa. O quarto que o paciente permanecer em isolamento também deve ter preparo norteado pelo Conselho Nacional de Energia Nuclear (CNEN), órgão que regula e fiscaliza o exercício da Medicina Nuclear no país (OLIVEIRA; FRANÇA; SILVA, 2018).

5.2.4 Categoria relação médico paciente

Neste tópico, foram analisados e reunidos em subcategorias temas emergentes nas falas, relacionados à relação médico paciente em seus aspectos positivos e negativos: **falta de escuta ativa, a falta e o bom acolhimento, dúvidas relacionadas ao tratamento**. Com relação à falta do acolhimento por parte do profissional de saúde no momento do diagnóstico, ressalta-se a importância da reflexão sobre o modo como são

expostos os diagnósticos de desfechos negativos (DIB et al., 2022). Sobre a **Falta de Acolhimento**, apresentam-se os seguintes depoimentos:

“[...] acho esse acolhimento, meio difícil. em coisa de conhecer gente consultório aí soube de uma médica indicada, por esse cirurgião, de uma médica que ela teve. Então eu vou a ela. Eu fui. E foi boa, ela disse: o que você tá sentindo é válido. Você toma uma coisa sintética, e quando chega um momento do dia acaba. acaba e não tem nada para puxar (Participante 10).

“Olha tem algumas coisas que a gente fica meio em dúvida. porque eu fui para o cirurgião de cabeça e pescoço ele só resolveu a cirurgia. Aí você termina a cirurgia essa parte do cirurgião, ele já tem você já vai para outro aí, você vai para o endócrino. aí quando você chega no endócrino, ela também não resolve todas as suas questões e aí, já te encaminha também para medicina nuclear, que foi o meu caso”. (Participante 11):

O profissional que irá comunicar os diagnósticos de ordem complexa, como o câncer, deve ser capacitado para poder fazer a comunicação de más notícias.

E nesse contexto, a equipe multidisciplinar exerce um papel extremamente significativo: o de acolhimento (DIB et al., 2022, p.7). Sobre as problemáticas da falta de acolhimento na comunicação de más notícias, se apresentam as seguintes falas:

“Achei um absurdo receber um diagnóstico (ainda que suspeito) pela internet. Poderiam pelo menos ter o bom senso para dirimir possíveis dúvidas. Ao menos, o médico que deu tal diagnóstico ter chamado a paciente para receber este exame e direcioná-la ao médico responsável ou especialidade adequada” (Participante 7).

“[na investigação do diagnóstico] eu senti alguns sintomas e o médico não deu muita atenção.[...] Eu sentia muita fraqueza, as unhas fracas, cabelo e na região do pescoço eu engasgava muito . e também tinha um pouco de dificuldade de pescoço, e tinha que ficar com o pescoço distendido assim para respirar melhor” (Participante 8).

Nesse sentido, ao fazer a comunicação de más notícias ou do diagnóstico em questão, a equipe deve exercitar a escuta ativa, dar espaço para a manifestação de dúvidas, instrumentalizar e incluir o paciente no

processo de cuidado “[...]sempre pautados em conhecimentos científicos, enfatizando que cada ser humano é único e cada pessoa possui uma experiência individualizada” (DIB et al., 2022, p.7). Uma das participantes trouxe seu depoimento sobre o impacto de uma experiência ruim diante da comunicação de más notícias:

“[...]Aí a médica chefe chegou lá: do nada... você sabe se eu câncer era gravíssimo, né? Aí eu fiquei assim...uai, mas por que não falaram? Ficavam assim: Não é tranquilo. Ficavam apaziguando.” (**Participante 13**).

A relação entre paciente e profissional da saúde representa um tópico significativo à medida que permite destinar melhores cuidados à pessoa que enfrenta o processo de adoecimento (LIRA, CATRIB; SILVA, 2015).

Sobre a relação médico-paciente, observa-se que as reações iniciais de um médico com seus pacientes são emocionais e reveladoras do modo com que tais profissionais irão administrar tal encontro junto do processo de atendimento clínico. Neste respeito, é importante salientar que a maioria das dificuldades encontradas na relação médico-paciente são de origem emocional. Contudo, a literatura ainda não aborda detalhadamente quais são os determinantes resultantes na “dificuldade do médico em lidar com, ou compreender, suas próprias emoções e com o impacto delas em sua atividade clínica” (CASTELHANO; WAHBA, 2020, p.2). Sobre os conteúdos reunidos na subcategoria **Dúvidas**, o bom acolhimento e a relação médico-paciente, pode-se exemplificar com as seguintes falas:

“A minha sorte é que eu peguei um cirurgião muito bom, né? E ele... tá acabou sanando todas as dúvidas de como era a cirurgia e tal [...]? Quando surgiu uma dúvida, eu corria e ia perguntar para ele, né? Então assim, o cirurgião foi muito bom nessa parte. mas eu escuto caso de pessoas... que eu conheço e tal assim que não teve essa mesma sorte, né? [...] E porque assim, eu questiono muito porque eu sinto como eu te falei...eu sinto dificuldade : se eu chegar e não questionar para o médico ...perguntar tudo certinho...é...Raramente eles vão falar claramente como é” (**Participante 4**).

“Eu fui lá uns três médicos diferentes, até que senti confiança no cirurgião que me operou e que me acompanha até hoje. Ele é professor no hospital. ..Hospital de referência aqui então, ele tem toda aquela didática. Eu falo que ele consulta a gente como você tivesse dando uma aula. Ele explica... então ele assim ele deixou muito tranquila, né?” (**Participante 6**).

“Então tá tava pico muito grande na pandemia, mas aí quando deu um tempinho , eu fui para o ginecologista para fazer meus exames de rotina. E aí eu não tinha nada aparente... nada, nada, nada. Ela só me pediu uma ultrassom de tireoide. De rotina e quando eu fui fazer a ultrassom, na ultrassom, a médica já me falou: Olha você tá com tumor aqui e ele não tá com aspecto muito bom, eu vou te encaminhar agora imediatamente : você vai fazer uma pulsão [punsão] para gente analisar isso aí. não se assusta ...vai dar tudo certo. Ela me deixou tranquila, e eu mesmo desesperada...com tempo ocioso e desesperada para fazer esse exame, né?” **(Participante 11).**

Pode-se compreender a relação médico-paciente como um contexto dinâmico que demanda por diálogo e um exercício compreensivo mútuo, por parte dos envolvidos. Nesse contexto, as relações de caráter social, psicológico e emocional devem ser mais valorizadas frente aos sintomas manifestos, “pois há uma visão sistêmica da realidade em que vozes externas, entre elas o contexto social, cultural e científico, influenciam no contexto de saúde do indivíduo” (SILVA et al., 2019, p.3658). Nesse contexto relacional, é essencial que o médico seja capaz de olhar e refletir sobre sua prática frente àquele que vem em busca ajuda, haja vista que negar emoções representa um risco para o médico e o paciente, pois o modo como o profissional exerce sua análise e faz a tomada de decisão resulta em um impacto direto no paciente (CASTELHANO; WAHBA,2020, p.2). Pode-se refletir sobre a questão do impacto do acolhimento para o paciente através das seguintes falas:

“[...]pelos médicos, eu não me sentia muito acolhida. Por que eles falaram isso aí : sintase abençoadanão , dos males o menor não.... não foi nada não, esquece. Ou mesmo gente tipo próxima: ai mãe, esquece. Para! uma grande coisa tomar um remedinho todo dia” **(Participante 2).**

“[...]às vezes a gente tem que ficar procurando segundos recursos para esclarecer essas dúvidas, né? [...] E muitas vezes você pergunta, e não é respondido não. E aí fica aquela dúvida né? [...] eu sinto é que existe na área médica. Existe pouca informação para os pacientes. Então se a gente não for lá, não perguntar a gente acaba não tendo.... porque assim você vai na consulta, eles falam... se você não tiver aí perguntando tentando se informar, a informação é muito restrita, então a gente acaba ficando bem...bem pouco informado, né, assim e acaba fazendo algo

errado...um tratamento errado e acaba tendo um prejuízo...prejudicando o tratamento” (**Participante 4**).

Na subcategoria **Falta de escuta ativa**, as manifestações das participantes focam que dentre as possibilidades, para ser estabelecida uma boa relação médicopaciente, é necessário o estabelecimento da prioridade de escuta ativa da história daquele que busca por ajuda ao invés de apenas recorrer à anamnese formal. Considerando-se que o exercício da escuta permitirá que o médico possa “ressignificar seus conceitos e aprender a conviver com situações altamente angustiantes” associados ao dilema alívio e cura, que compreendem as experiências vivenciadas pelo paciente. Em suma, o elemento para haver bom andamento, é a empatia (CASTELHANO; WAHBA,2020).

O bom andamento da prática médica, depende da realização da anamnese do paciente: o reconhecimento da história do adoecimento frequentemente não é bem explorado. Com frequência, a anamnese assume um caráter de inquérito e se distancia da possibilidade de fundamentar a construção de um vínculo curativo (CAPONERO,2015).

Nesse sentido, o ato de valorizar o contato com o paciente dá bases para a construção de uma anamnese bem-feita, pois em muitos momentos, os resultados dos exames físicos tendem a ser normais. Em síntese, para a realização de uma boa anamnese é necessário que o médico disponha de tempo e dedicação, de modo que a escuta-ativa possa ser estabelecida. Para tanto, o entrevistador/médico e os demais profissionais que exercem a técnica, devem antes do atendimento examinar a si próprios com vistas a identificar problemas que possam comprometer o vínculo que está em construção: cordialidade, dedicação, atenção, interesse e flexibilidade constituem ferramentas para compreensão do discurso e acolhimento do sujeito que busca por ajuda (SOARES et al., 2014).

5.2.5 Família, trabalho e rede de apoio

Na categoria Família e rede de apoio, as entrevistadas trouxeram depoimentos acerca do apoio familiar, importância dos grupos virtuais de

apoio, acolhimento no trabalho e as facilidades e dificuldades associadas à exposição do diagnóstico do câncer no contexto social.

Nesse sentido, na subcategoria **Apoio Familiar** as participantes abordaram sobre o compartilhamento do diagnóstico com a família:

“Eu só não contei pra minha mãe, ela tinha mais de 90 anos. Ela sabe que eu operei, mas que não é câncer. Minha irmã queria eu contasse, acho que uma pessoa de 90 anos não tá pronta para dar colo. Eu não contei ela não sabe ela sabe que eu operei mas não há causa né? E além do mais, era Uma Sentença de Morte, né? Sempre foi sempre foi” (**Participante 10**).

“não mais com a minha família... fora algum amigo. Mas assim fica aquela coisa de quando você fala que é um câncer as pessoas se assustam muito. É um susto para você que recebe o diagnóstico, e um susto também para quem te rodeia. Então as pessoas... a impressão que eu tinha era que o sentimento é de: meu Deus um câncer né? E agora ? E agora é o fim!? meu Deus aconteceu com ela, entendeu?” (**Participante 11**).

“Não, é basicamente isso que eu falei assim...Eu esperei tá tudo certinho, fiz os exames a hora que eu fui no cirurgião que tava tudo certo ...que ele falou sua cirurgia vai ser tal dia. Aí sim, eu falei com a minha família. Eu senti que minha filha ficou um pouco mais preocupada, com a minha mãe eu só falei depois que já tinha passado tudo” (**Participante 12**).

“Eu tinha horror a olhar de pena. Eu venho de uma geração que o câncer é mortal, né? E meu pai perdeu a mãe... eu não lembro exatamente que câncer a minha vó morreu. E a gente, não falava câncer era um medo assim... A gente tinha um medo... tanto que eu levo uma semana antes de receber o diagnóstico, minha mãe falou assim: todo mundo tem um câncer morre...De um jeito ou de outro... então sabe criar uma geração que...Realmente também né? A gente fala de câncer ser tabu. Além de ser tabu, a gente tá falando de 40, 50 anos atrás ...Então assim não tinha né tanto conhecimento. E eu tinha horror” (**Participante 13**).

O contato com o câncer, ou o recebimento do diagnóstico da doença, colocam a pessoa em adoecimento e seus familiares, ou rede de apoio, em uma situação de fragilidade, dado o estigma que a situação em si carrega, há temor por aquele que adocece (SILVA e et al., 2020).

Receber o diagnóstico de câncer desperta angústia, considerando-se que a trajetória de tratamento, normalmente é incerta, dolorosa e se, limite de tempo claro tudo isso, ancora-se na questão da morte iminente

(BONIFÁCIO,2022) e além desse risco, ocorrem “mudanças que afetam aparência física e que acaba atingindo o aspecto emocional do indivíduo” (SILVA et al.,2020, p.47).

Medo e incerteza são os sentimentos que afetam os pacientes e suas famílias (BONIFÁCIO,2022). Para o sujeito em adoecimento, questões relacionadas à oscilação entre o dormir e o não dormir, agitação ou prostração, cansaço, sentimentos de inadequação interna, dificuldades relacionadas à concentração e pensamentos sobre morte, e até mesmo suicídio, podem ocorrer (SILVA et al.,2020). Haja vista que a ideia de morte, desperta o sentimento de vazio que nos coloca em contato com a nossa natureza finita, denunciando assim, uma de nossas maiores angústias que nos coloca em um estado de fragilidade frente àquilo que é inevitável (SILVA et al.,2022). Diante de tal situação, o apoio familiar é essencial para esse paciente que iniciará sua trajetória pela busca de ajuda e tratamento (BONIFÁCIO,2022).

Os grupos como família, rede social e religiosa daqueles que enfrentam o câncer; representa fortalecimento para a pessoa por exercerem influência positiva sobre o tratamento e, por conseguinte, minimizam os desfechos emocionais e fisiológicos negativos decorrentes do adoecimento (BONIFÁCIO,2022), apresentamse exemplos com as seguintes falas:

“[...]é o pessoal querendo me dar força porque eu tava péssima ei eu tava emocionalmente muito abalada por conta de histórico do meu pai filho pequeno eles minhas irmãs me dando força pra minha família toda” **(Participante 4)**.

“Contei a minha irmã quando comecei a ir a 4 médicos e decidir a fazer com o 5º especialista. Tenho 03 irmãos, mãe falecida e pai muito idoso. Fazer todo o trâmite sem um parente por não ter filhos e nem marido se faz obrigatório” **(Participante 6)**.

“Então...escolhi a dedo das pessoas que eu contei, né, minha mãe , meu marido... eu tenho uma filha de 12 anos, né? Eu contei para ela...explicando de uma forma muito tranquila e alguns amigos próximos...” **(Participante 12)**.

A experiência de adoecimento oncológico e seus tratamentos têm desfechos negativos de carácter físico-funcionais e biopsicossociais mesmo após o término do tratamento (CAMPOS, 2019).

O conteúdo analisado na subcategoria **Acolhimento no Trabalho** demonstra que ao analisar a demanda do afastamento laboral em decorrência da experiência com o câncer, percebe-se que a ocorrência desperta frustração, impacta a vida financeira da pessoa em processo de adoecimento e gera modificações físicas decorrentes do tratamento que podem comprometer a capacidade para o trabalho. Pode-se ainda, ter a situação laboral agravada por fatores, tais como falta de receptividade por parte dos colegas de equipe e ambiente laboral não readequado. Portanto, são essenciais o fortalecimento do ambiente familiar e o engajamento de colegas de trabalho (MAGALHÃES et al.,2020). Pode-se demonstrar tais aspectos com as seguintes falas:

“ Sim...com meus colegas de trabalho.eu compartilhei com os meus colegas de trabalho, porque eu sabia que eu ia passar por um período, né ? que eu ia passar por um período de limitações e tal .Não sabia como ia ser o período de recuperação depois da cirurgia, do tratamento. e no primeiro, momento se tive muito apoio Claro, mas depois a gente percebe assim que aquilo que eu falei, só quem passa por isso é que sabe. Então a gente ficar esquecida, fica desanimado e não dá mais conta de fazer o que dava conta de fazer antes” **(Participante 5)**.

“[...]ah foi mais assim no meu serviço, né? Ai todo mundo ficou sabendo, mas é a família mesmo” **(Participante 8)**.

“[...]e assim, não tinha como para chefe, né ficar explicando as ausências para fazer exame..., mas pouquíssimas pessoas e a maioria assim..... foi bem tranquila a recepção assim? Como é que você tá, aí? É uma doença tratável e eu já estou fazendo tudo o que tem que fazer” **(Participante 12)**.

Na questão do tratamento para o câncer, deve-se lembrar que as técnicas têm abordagens que podem vir a “[...]ser conservadoras ou radicais, e/ou radioterapia para tratamento local, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica ou imunoterapia para tratamento sistêmico” (CAMPOS, 2019, p.2). Nesse sentido, processos de reabilitação para pacientes em tratamento para o câncer incidem significativamente na melhora da qualidade de vida, uma vez que amenizam as dificuldades de retomada das atividades na vida diária e, conseqüentemente, de retomada da atividade laboral (CAMPOS, 2019).

Antes de discutirmos a respeito da subcategoria **Grupos de Apoio virtuais e o Compartilhar a Experiência do diagnóstico**, ou seja, dos grupos de apoio para pessoas com câncer, precisamos retomar os sentidos atribuídos à doença: há uma imagem de morte e de impossibilidade de cura. Tal visão, é atribuída à época em que os recursos tecnológicos existentes não eram satisfatórios e o tratamento culminava em mutilação (MARTINS, OURO, NERI, 2015).

O ciclo de descoberta do diagnóstico e tratamento; que exerce influência no sujeito que enfrenta o processo de adoecimento; demanda por estratégias de enfrentamento para a retomada da estabilidade emocional. Desse modo, é essencial haver uma rede de apoio fortalecida, pois este conjunto contribuirá no processo de enfrentamento da doença (MARTINS, OURO, NERI, 2015).

O ato de frequentar grupos de apoio, para trocas de experiências, evidencia que a comunicação e a troca de informações serve como mecanismo para alívio de tensão, construção de conhecimento e diminuição de dúvidas acerca do tema em questão e por fim, encontros de interesses em comum. A literatura aponta que o grupo de apoio tem como enfoque o fortalecimento psicoemocional diante da doença (MARTINS, OURO, NERI, 2015).

Em relação ao cenário da internet, especificamente do *Facebook*, uma ferramenta virtual reflete a “[...] multidimensionalidade dos processos comunicativos”, ou seja, como um equipamento resultante da indústria da comunicação, a rede reorganiza e permanece mediando a experiência social (SILVA, 2019, p.33).

O conceito de mediação está presente nos estudos de comunicação, contudo, também é encontrado na observação das relações de saúde e doença. Ao retomar o aspecto da comunicação, é preciso observar que o desenvolvimento de equipamentos móveis de tecnologia “[...] após a internet, modificou nossa cultura e nossa forma de percebermos o mundo e de estarmos nas relações” (SILVA, 2019, p.34). Nesse sentido, a questão da mediação na cultura não se esgota na concretização do aparelho tecnológico, pois ela assume um dimensionamento simbólico em que

múltiplos meios de comunicação se encontram e resultam na construção de relacionamentos significativos (SILVA, 2019), pode-se exemplificar com as seguintes falas:

“Eu compartilhei principalmente online pelo blog mulher radioativa, foi muito bom porque as pessoas tiveram um feedback muito bom mesmo gente que nunca tinha tido que não sabia o que que era, posso ajudar pessoas mais jovens a entenderem que dá pra viver. Não é Uma Sentença de Morte. posso ajudar pessoas mais jovens a entenderem que dá pra viver” **(Participante 2)**.

“Então foi um ano.... o pedido da cirurgia, até a cirurgia demorou um pouco. E nisso surgiu muita dúvida né? A gente pesquisava em canais, grupos e alguma coisa assim que a gente ia participando para poder ter informação” **(Participante 3)**.

“Quando eu encontrei aquele grupo [facebook]... assim tanto que eu tô lá até hoje. Faz quatro anos esse ano né, de cirurgia. e eu não consigo sair porque sempre tem assim, uma palavra de apoio e a gente também vai apoiando e ajudando aqueles que vão entrando com as mesmas dúvidas os mesmos meios que a gente tem que ir lá no início” **(Participante 6)**.

Com relação às questões de saúde e doença, dentro do campo das mídias nota-se que não são apenas os médicos que se posicionam: há leigos compartilhando suas experiências de adoecimento online. Em uma sociedade que se sustenta pelo consumo, o ato de consumir saúde e itens que prometam garantias nessa esfera da vida resulta numa tentativa de afastamento do sofrimento e da doença (SILVA, 2019).

Assim, a comunicação, em nossa época, tem um caráter estruturante e isso aumenta a “dimensão interdiscursiva, configuram-se novos regimes de discursividade” (SILVA, 2019, p.36-37). Logo, “há uma disseminação da capacidade tecnológica e a crescente divulgação de informações na Internet, sobre saúde em geral e especificamente sobre câncer, de caráter científico ou não, seja por pessoas comuns ou grupos” (SILVA, 2019, p.37). Para tanto, deve-se considerar que o compartilhamento dessas falas

configura narrativas e estas, especificamente, as compartilhadas no *Facebook*:

[...] funcionam como aconselhamentos e orientações que indicam (ou prescrevem) comportamentos e situações exemplares (por aqueles que enfrentaram, superaram ou estão superando doenças). Como tais, eles podem ser seguidos por aqueles que procuram conquistar uma vida saudável e feliz, confiando e estando seguros em si mesmos, sendo responsáveis por suas próprias vidas, apesar de toda a aleatoriedade do mundo (SILVA, 2019, p.105).

Nesse sentido, as narrativas constituem uma “[..]característica essencialmente humana[...]”, destacando-se que estas assumem o papel de mediar os elos entre sujeito e o grupo. Em vista disso, é possível alcançar compreensão dos fenômenos e experiências cotidianas (LINCK et al.,2008). Como ação, engloba “um movimento do presente para o passado no qual a descrição de ações e acontecimentos possibilitam refletir sobre si mesmo para se autocompreender e explicar-se” (GROSSMAN; CARDOSO,2006).

Portanto, as narrativas em saúde possibilitam a compreensão dos modos de como a atenção em saúde atinge os pacientes e assim, pode-se alcançar a percepção geral do que é saúde para esses indivíduos e a partir disso, pode-se eleger as prioridades frente ao processo de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

O acesso à rede mediante um *click do mouse* permite a troca de experiências sobre a doença vivenciada por inúmeras pessoas. Quando a experiência de câncer é compartilhada, forma-se um espaço para difusão de sentidos do ser/estar doente, onde “os sentidos atribuídos à experiência que circulam nas redes sociais estão em constante negociação e transformação com seus interlocutores”. Tudo isso em um notebook ou celular, superando limites de ordem geográfica. (SILVA, 2019, p.38).

5.2.6 Categoria Qualidade de vida e estresse

Na categoria Qualidade de vida e estresse, são apresentados os significados próprios das participantes quanto aos temas discutidos, saber

coletivo, percepção da qualidade de vida antes do diagnóstico e do estresse e a pandemia.

Os conceitos de qualidade de vida e estresse, apesar de serem distintos, vêm sendo estudados em contextos relacionados à experiência de adoecimento, nas relações de trabalho e com menor expressão, junto a populações saudáveis (MOELLER, 2018).

O ser humano “[...] é um personagem considerado na relação com os problemas da saúde-doença” (TURATO, 2018, p. 228). A experiência de adoecimento resulta no despertar de um estado de angústia e ansiedade. Deste modo, a compreensão e valorização de tais experiências, pode suprir o espaço entre os sentimentos e significações atribuídos pelos pacientes diante das contingências trazidas pelas alterações entre os estados de saúde e doença (TURATO, 2018).

No senso comum, estresse vem significar os estados de irritação, nervoso ou impaciência diante de situações tensionais. Já no dicionário, estresse vem para designar “[...]um estado físico e psicológico provocado por agressões que excitam e perturbam emocionalmente o indivíduo, levando o organismo a um nível de tensão e desequilíbrio” (OLIVESKI, 2019, p.13).

Hans Selye em 1936, fez as primeiras considerações acerca do estresse como estado que impulsiona alterações bioquímicas no corpo, fato que pode ser precursor para o desenvolvimento de doenças. O estresse provém da “Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que se caracteriza como uma resposta do organismo às situações adversas, sendo uma reação natural de defesa” para referir aos esforços do organismo diante da ocorrência que exige adaptação” (OLIVESKI, 2019, p.13). Podese evidenciar tais conceitos com a seguinte fala:

“[...]que antes eu sentia muito mais estresse. Tanto que não sabia nem de onde vinha, Ai eu acho que tinha haver com as questões dos hormônios, embora os resultados numéricos apontavam para a normalidade que não existia. não existia essa normalidade, Então eu fui tentando... buscando com essas ajudas todas... acupuntura, yoga, ginástica, caminhada tudo a ginástica. A consciência do limite, e como lidar com esse limite” (**Participante 10**).

Estresse corresponde a uma condição que produz mudanças não específicas no organismo. As mudanças em questão, ocorrem em três fases: “alerta, resistência e exaustão” (MOELLER, 2018, p.26). O estresse vem do desequilíbrio entre aquele que realiza a agressão e a capacidade do agredido em suportar o estímulo. As manifestações sintomáticas do estresse, nem sempre podem ocorrer de modo simultâneo, logo, é importante que seus efeitos sejam minimizados para não ocorrerem desfechos negativos (MOELLER, 2018). Exemplifica-se com as falas:

“Eu preciso descansar preciso tirar o pé do acelerador, né?”. Estresse eu entendo que é quando você tá muito cansada mentalmente, uma raiva muito grande e que você não consegue ver possibilidades para poder discernir, qual caminho tomar **(Participante 12)**.

“Estresse é quando você alcança o nível de cansaço de que ...aquilo começa a prejudicar em todos os sentidos” **(Participante 13)**.

Atribuir o significado de estressor a uma determinada circunstância, implica em percebê-la como tal, a partir disso, poderemos regular “o impacto dos eventos sobre o indivíduo, tornando-o vulnerável ou não, ao extrapolar ou não suas habilidades de enfrentamento” gerando mecanismos para qualificar se o perigo é de fato real.

“(MOELLER, 2018, p.26). Exemplifica-se a seguir:

[...]esse adoecimento também contribuiu para meu estresse, E com tal a minha qualidade vida, passa muito por isso porque parece que não consigo controlar a parte da Saúde”. **(Participante 1)**.

“Então o fato de ter adoecido me levou mais a meditar, a cuidar mais dessa parte espiritual da coisa” **(Participante 3)**.

“Eu vou falar mais na questão da saúde, né? Quando você recebe diagnóstico de câncer então o nome já assusta” **(Participante 4)**.

“O diagnóstico foi o máximo do estresse....ver aquilo lá estampado, escrito, são momentos na vida que a gente não consegue administrar as emoções” **(Participante 10)**.

Com relação à qualidade de vida, podemos compreender o conceito como evidência de harmonia entre as esferas que compõe a vida humana, saúde, trabalho, lazer, sexo, família e desenvolvimento espiritual. Nesse sentido, representa uma busca constante no contexto humano, logo, também depende de fatores de ordem coletiva, ambiental e cultural, evidenciando assim, os modos como vivem e se organizam os grupos humanos (OLIVESKI, 2019, p.15). Isso pode ser evidenciado na seguinte fala:

“Qualidade de vida, é você ter saúde e poder usufruir de atendimento né? na área da saúde, educação e poder participar de um lazer né? Então assim você ter uma é uma qualidade para você poder viver tranquilo, né”? **(Participante 4)**.

A respeito dos significados pessoais de qualidade de vida, Souto (2019) acrescenta haver dificuldade em estabelecer um significado universal do conceito. Há pessoas que relacionam a qualidade de vida ao bem-estar material e aspectos de saúde econômica, assim, perdas nessas esferas são impulsionadoras de estresse resultantes em um mecanismo para desenvolvimento de doenças como hipertensão ou diabetes. Contudo, o mesmo não ocorreria se o sujeito em questão, tomasse como atributo para se ter qualidade de vida, o bom relacionamento familiar :

“consequentemente os danos causados por esta ideia seriam dificilmente diagnosticados como decorrentes” (SOUTO, 2019, p.3).

Tais premissas, podem ser evidenciadas na seguinte fala:

“[...]você ter disposição e energia para resolver a vida para poder trabalhar , para ter uma...ahmmm... se você tiver uma boa alimentação, e uma boa qualidade de sono, eu acho que você pode melhorar sua qualidade de vida”. **(Participante 2)**.

É importante sinalizar que no campo dos determinantes da qualidade de vida, uma esfera que muitas vezes não recebe a devida análise é a que olha para as

“condições de vida de um cidadão” nesse contexto. Por exemplo, elementos como a poluição comprometem o cotidiano das pessoas a medida que a qualidade do “sono é prejudicada, o medo estarrecedor, a

respiração dificultada, o estado de alerta se tornam constante e a tranquilidade é violada”. Quando ocorre um prejuízo contínuo à qualidade de vida, o resultado envolve um maior índice de pessoas adoecidas, fato que pode ser a “má qualidade de vida, a qual está se travestindo de bem-estar econômico no Brasil” (SOUTO, 2019, p.4). Pode-se evidenciar isso com as seguintes falas:

“[...]a qualidade de vida é você dormir oito horas...eu acho que o sono é fundamental coisa que eu não consigo fazer. **(Participante 5)**).

“E como eu falei era essa sensação de cansaço, desânimo, tristeza, né? Isso tudo é que era muito grande, às vezes a ansiedade [...]Só fechando hoje eu consigo entender que muita coisa do que eu sentia atrás que era essa falta de Diagnóstico, vinha disso dessa discussão, né? [...]E essa coisa... certa tristeza, angústia essa falta de vontade e parecia que minha perna pesava mil quilos, eu não tinha vontade de fazer muita coisa, né?” **(Participante 12)**.

A respeito dos processos de adoecimento, vale acrescentar que o “[...]interesse na qualidade de vida de pacientes com várias neoplasias, dados sobre pacientes com câncer de tireoide são raros. Há sim necessidade de abordar questões de QVRS em pacientes com câncer de tireoide” (CREVENNA et al.,2008).

Como determinante de qualidade de vida, a percepção que o paciente tem de sua doença interfere nos modos de como este sujeito irá responder às demandas trazidas pela doença. Os pacientes constroem uma “representação cognitiva e uma reação emocional à doença, integrando informações de estímulo interno e externo à doença pré-existente” (HIRSH et al., 2009, p.460), pode -se exemplificar com uma fala da subcategoria **Percepção da qualidade de antes do diagnóstico:**

“Olha eu entendo qualidade vida é você ter uma vida saudável... sem... sem... sem sintomas, sem dor com energia e disposição que é uma coisa que eu acho que é doença Tira um pouco” **(Participante 13)**.

As representações cognitivas sobre a doença, podem ser caracterizadas em cinco categorias: identidade, causa, consequência, duração e controle. Tais itens, quando analisados, refletem a percepção do

paciente sobre sua doença e isso, associa-se à qualidade de vida no que tange à saúde (HIRSH et al., 2009, p.460).

No que concerne à subcategoria **Estresse e Pandemia**, destaca-se que em relação aos significados coletivos do estresse, tem-se comumente a ideia de que ele está associado à percepção de desfechos negativos resultantes em desconforto. Contudo, em contextos diferentes, esta concepção pode ganhar conotação positiva:

“motivado por causas internas ou externas, torna-se importante minimizar seus efeitos para que não se tornem deletérios, seja por ações ou programas de educação e promoção da saúde” (MOELLER, 2018, p.26).

Emprega-se o termo *distress* para significar o sofrimento psicossocial do sujeito que enfrenta o câncer. Esse conceito atribui significado adequado para questões relacionadas a “[...]medo, raiva, ressentimento, agressividade, depressão, extrapolam a capacidade de controle, tornando o estresse negativo um problema para o indivíduo com câncer, sobrepondo, substancialmente, sua capacidade de enfrentamento de situações difíceis” (SILVA et al.,2020, p.53). Nesse contexto, sujeitos em adoecimento e família sofrem com estresse diante das demandas geradas pela doença (BONIFÁCIO, 2022).

Por conseguinte, receber o diagnóstico do câncer envolve um processo estressante, pois irá demandar a reinserção da pessoa que enfrenta a doença no cotidiano, é necessário também cuidado em saúde mental e nesse contexto, família ou cuidadores são fontes de apoio essenciais para o enfrentamento da doença (BONIFÁCIO, 2022).

Para tanto, podemos resgatar aqui a importância de se refletir sobre processos de acolhimento como uma estratégia de enfrentamento do adoecimento crônico. No Brasil, a questão do acolhimento é uma das ferramentas norteadoras da Política Nacional de Humanização (PNH), e diz respeito a uma atitude ética que depende da escuta ativa do sujeito usuário do serviço de saúde; é ativa à medida que reconhece o paciente como protagonista de sua saúde e do adoecer, tornando-o responsável pela “resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher

é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde” (BRASIL, 2008, p.1).

A Política Nacional de Humanização no Sistema único de Saúde foi implantada em 2004 e sustenta-se no princípio de acolhimento como “forma a atender todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo o usuário e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários” (BRASIL, 2006, p.21).

Ao inserir o trabalhador em saúde frente ao cuidado, tem-se um espaço reflexivo: pode-se modificar práticas em saúde à medida que se incluem usuário e seus familiares no sistema: “um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si” (BRASIL, 2013, p.5).

À vista disso, o acolhimento do sujeito em tratamento é eficaz no sentido de auxiliar na redução de sentimentos não satisfatórios relacionados à experiência de adoecimento. A postura acolhedora permite a expressividade dos sentimentos, dessa forma, é uma ferramenta significativa frente ao enfrentamento da doença. Somado a isso, a comunicação clara e a escuta ativa permitem “um olhar empático para a família [...] a fim de que esse período ocorra de forma menos dolorosa” (ARAÚJO et al., 2021, p.11).

A respeito das limitações deste estudo, sinaliza-se que a coleta de dados virtual, apesar de atingir um grande contingente de indivíduos, não alcança à todas as populações, como, por exemplo, mulheres com menor escolaridade, tendo em conta que nem todas têm acesso ou sabem operar um mecanismo de informação o Facebook. Contudo, essa limitação pode ser minimizada pelos dados qualitativos colhidos e a análise do material.

6. CONCLUSÃO

Iniciamos este estudo considerando o perfil de mulheres com 45 anos de idade ou mais, que foram submetidas à tireoidectomia total, que possuam qualquer tipo de carcinoma tireoidiano e/ou estejam em situação de remissão oncológica como critérios para participação nessa pesquisa. Ao término deste estudo, contamos com 60 respondentes nas escalas ThyPro-39 e a Escala de estresse percebido (PSS-10).

Constatamos que a presença de sintomas relacionados à fadiga, problemas cognitivos, fatores emocionais, ansiedade, depressão. Há também uma correlação forte entre idade em meio às mulheres mais idosas e os domínios da PSS-10 e dimensões do ThyPro-39, com predominância de ansiedade, depressão e fatores emocionais conforme o aumento da idade. Na amostra, temos a prevalência do carcinoma de tipo papilífero. Assim, ao estabelecer a correlação com os domínios do ThyPro-39 e a (PSS-10), observamos a predominância de sintomas de ansiedade e hipotireoidismo, sinalizando que há relação entre a percepção da qualidade de vida e o nível de estresse das mulheres avaliadas.

Na análise qualitativa, contamos com 13 respondentes. Foram construídas seis categorias de conteúdo: “condição de saúde e pandemia”, “vida cotidiana e diagnóstico”, “pós-tireoidectomia e autopercepção da qualidade de vida e estresse”. Diante das análises, destacamos: há necessidade que a pessoa diante do processo do adoecer desenvolva estratégias para enfrentamento a pandemia e o tratamento do câncer com o intuito de alcançar o restabelecimento do bem-estar biopsicossocial. As participantes exemplificaram algumas estratégias: prática de atividade física; mesmo diante da indisposição; a cuidados com a alimentação que, em conjunto,

representam um mecanismo de prevenção para o agravamento das condições pré-existentes.

Junto disso, há a demanda de terem de lidar com o impacto de receber o diagnóstico do câncer e isso, envolve entrar em contato com estereótipos enraizados na coletividade que tomam a doença como fatal e seus estigmas de incapacitação. Aqui, emergem dificuldades relacionadas à relação médico-paciente há situações vivenciadas que mostram fragmentação do cuidado no sentido de que mesmo após a cirurgia, há necessidade de ir em busca de ajuda em diversos profissionais, falta de acolhimento e de escuta ativa que resultam na prevalência de dúvidas sobre o diagnóstico e o autocuidado.. Outra dificuldade relacionada à relação médico-paciente, está na questão da comunicação de más-notícias. O recebimento do diagnóstico vem associado à falta de inclusão do paciente no processo: o sujeito é reduzido ao diagnóstico e não é instrumentalizado para exercitar o cuidado de si; há uma predominância de uma relação curativa ao invés da preventiva.

Em suma, uma das possíveis estratégias de enfrentamento para auxílio do paciente tireoidectomizado; diante das adversidades da relação médico paciente, na retomada da vida diária e nos processos de adaptação; está na questão do modo adequado de acolher as angústias do paciente crônico. O acolhimento dessas contingências possibilita ao paciente crônico reapropriar-se de seus sentidos de vida e exercitar o autocuidado diante da realidade imposta pela doença crônica

Diante de tais achados, confirmamos a hipótese de que existem modificações na relação da percepção da qualidade de vida e estresse no cotidiano da mulher com mais de quarenta e cinco anos de idade, relacionadas ao período posterior a tireoidectomia total.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.S.L ; SANTOS, J. VASCONCELOS, T.C. Expectativas de pacientes no préoperatório em relação à intervenção cirúrgica. **Temas em Saúde- FIP**, n.3, p.191209,2019. ISSN 2447-2131

ARAÚJO, C. F.; CUNHA, J. X. P. da; MENDES, L. dos S.; BIONDO, C. S. Acolhimento à família de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [S. l.], v. 95, n. 34, p. e-021063, 2021. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1014. Disponível em: <http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1014>. Acesso em: 8 fev. 2023.

BARBOSA, F. W.; SIQUEIRA DE ARAÚJO REIS, G.; PINTO, A. S. B. Impactos da tireoidectomia na qualidade de vida de pacientes que foram submetidos à cirurgia. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. e210880, 2021. Disponível em: <https://www.recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/880>. Acesso em: 25 jan. 2022.

BĂRBUȘ, E., et al. Quality of life in thyroid cancer patients: a literature review. **Clujul Medical**. v.90, n.2, p. 147-153, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28559697/>. Acesso em 14 jul.2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2021.

BATISTA, J.V.A. **Adaptação à doença crônica: O caso das doenças autoimunes**. Dissertação (MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Portugal, 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88103/2/168724.pdf>. Acesso em 15 Jan.2023.

BONIFÁCIO, J.L.F. **Enfrentamentos do câncer em família: estudo de revisão**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em enfermagem). Escola de Ciências Sociais da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2022. 32f.

Disponível

em:

<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4470/1/TCC%20Jhenef%20er%2013-06-22%20final.pdf>. Acesso em 25 Jan.2023.

BOSCOLI, S. de S. ; PEREIRA, I. R. P. D. .; SEGALLA, M. R. R. C. ; CASTRO, E. M. de . Carcinoma Anaplásico de Tireoide em uma Paciente Jovem: Relato de Caso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 68, n. 2, p. e-051860, 2022.

BRASIL, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Dicas em saúde : Acolhimento. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em 29 Jan.2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso 29 Jan.2023

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer “José Alencar Gomes da Silva [Internet]. Rio de Janeiro: Inca; 2018/2010. Rio de Janeiro: Câncer de tireoide; 2018; [cerca de 10 p.]. Disponível: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-tireoide>>. Acesso em 12. Jul.2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência nacional de vigilância sanitária (ANVISA). RESOLUÇÃO DA - RDC Nº 23, DE 24 DE ABRIL DE 2013. Dispõe sobre o teor de iodo no sal destinado ao consumo humano e dá outras providências.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/res0023_23_04_2013.html. Acesso em 25 Jan.2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Deficiência de iodo. Disponível em :<https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/iodo> . Acesso em 25 Jan.2023.

BRASIL, Sociedade Brasileira de endocrinologia e Metabologia. São Paulo: taxas de câncer de tireoide são altas [Internet]. São Paulo: SBEM ; 2018/2020. São Paulo: taxas de câncer de tireoide são altas; 2018 [cerca de 10 p.]. Disponível: <https://www.sbemsp.org.br/para-o-publico/noticias/191-sao-paulo-taxas-de-cancerde-tireoide-sao-altas>. Acesso em 20 Jul.2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.110 p.

CAPONERO, R. **A comunicação médico-paciente no tratamento oncológico: um guia para profissionais de saúde, portadores de câncer e seus familiares.**- São Paulo: MG Editores ,2015.

CASTELLANOS, M.P.C. Cronicidade: questões e conceitos formulados pelos estudos qualitativos de ciências sociais em saúde. **In: Cronicidade[e-book]: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais** / Organizadores: Marcelo E. P. Castellanos, Leny Alves Bomfim Trad, Maria Salete Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão. – Fortaleza: EdUECE, 2015, p.156-192.

CASTELHANO, L. M., & WAHBA, L. L. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** n. 23, p. 85-98, 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170341>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CECON, R.F.; SCHNEIDER, I.J.C. **Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19.** Disponível em:< <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/136/160/146+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 16 jul.2020.

CHAKER, L., BIANCO, A. C., JONKLAAS, J., & PEETERS, R. P. Hypothyroidism. **Lancet** (London, England), n. 390, v.10101, p. 1550–1562, 2017. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30703-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30703-1)>.Acesso em 22Jul.2022.

CREVENNA, R., et al. Quality of life in patients with non-metastatic differentiated thyroid cancer under thyroxine supplementation therapy. **Supportive Care in Cancer.** v. 11(9), 597–603. Disponível em: doi:10.1007/s00520-003-0474-4 . Acesso em 25 de Jul.2020.

DIB, R. V.; GOMES, A. M. T. .; RAMOS, R. de S. .; FRANÇA, L. C. M.; PAES, L. da S.; FLEURY, M. L. de O. . Pacientes com Câncer e suas Representações Sociais sobre a Doença: Impactos e Enfrentamentos do Diagnóstico. **Revista Brasileira de Cancerologia, [S. l.]**, v. 68, n. 3, p. e–061935, 2022. DOI: 10.32635/2176-

9745.RBC.2022v68n3.1935. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1935>. Acesso em: 18 jan. 2023.

DING, D.C. et al. Thyroid cancer risk in women with infertility and association with fertility medications in Taiwan. **CANCER**. v.125, n.10, 2019. DOI: Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.31964>. Acesso em 25 jan.2022.

FAKIH, F.; RENNÓ, V. Suplementação de selênio em indivíduos portadores de tireoidite de Hashimoto. **Brazilian Journal of Natural Sciences**, v. 4, n. 2, p. E1492021, 1-6., 2021. Disponível em: <https://bjns.com.br/index.php/BJNS/article/view/149>. Acesso em: 25 jan. 2022.

FELIX, L.D.A. et al. Análise epidemiológica dos cânceres mais incidentes na população idosa brasileira segundo as estimativas de novos casos para o ano de 2020. *In: Congeru | 1º Congresso Online de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG*. v.1, n.1, 2020, Manhuaçu, MG: 2020.

FERREIRA, F.C.; COSTA, S.H.N.; COSTA, I.R. Prevalência de disfunções tireoidianas em pacientes atendidos no Laboratório Clínico do Hospital da Polícia Militar do Estado de Goiás no período de 2015 a 2016. **Rev. Bras. Anal. Clin.** v.50, n.1, 2018.p. 57-64. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/prevalencia-de-disfuncoes-tireoidianas-em-pacientes-atendidos-no-laboratorio-clinico-do-hospital-da-policia-militar-doestado-de-goias-no-periodo-de-2015-2016/>. Acesso em 20 jan.2021.

FERREIRA, R.L.Z; GARCIA , E.S.G.F.G . Incidência do câncer de tireoide em mulheres brasileiras: uma revisão bibliográfica. Disponível em: <http://repositorio.unis.edu.br/bitstream/prefix/326/1/regina.pdf>. Acesso em 07 set.2022.

FREITAS, J.C. **Validação do questionário THYPRO-39 BR e desenvolvimento de aplicativo para avaliar a qualidade de vida em pacientes com doenças da tireoide**. 2021. 82f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médico-Cirúrgicas, da Universidade Federal do Ceará, Ceará, 2021.

FURINO, F.O., et al. Quality of life assessment of individuals with well-differentiated thyroid carcinoma using WHOQOL-100. **Cogitare Enferm.** v.22, n.3: e52038, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52038>. Acesso em 22Jan2022.

GASPAR, K.C. Câncer, oncologia e pesquisa. *In: ANGEMARI, V.A . Psicologia da*

Saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Cenage Learning, 2019. p.81-85.

GOU, J., et al. "Health-related quality-of-life assessment in surgical patients with papillary thyroid carcinoma: A single-center analysis from Mainland China. **Medicine**, v. 96, n.38, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28930844/>. Acesso em 10 jun.2020.

GIASSI, Karina. **Ensaio clínico randomizado para comparação da administração matutina versus noturna da levotiroxina no controle de hipotireoidismo em idosos.** 2020. 52 f.: il. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Endocrinologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

GIUSTI, M; et al. . Evaluation of Quality of Life in Patients with Differentiated Thyroid Cancer by Means of the Thyroid-Specific Patient-Reported Outcome Questionnaire: A 5-Year Longitudinal Study. **Eur Thyroid J**, v.9,n.5,2020 . Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7548839/>. Acesso em 07 Set.2022.

GROSSMAN E., CARDOSO M.H.C.A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. n. 30, v.1, p. 6-14, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010055022006000100002>. Acesso em 02 ago.2020.

HIRSCH, D., et al. Illness Perception in Patients with Differentiated Epithelial Cell Thyroid Cancer. **Thyroid**, v.19, n.5, p. 459–465, 2009. Disponível em: [doi:10.1089/thy.2008.0360](https://doi.org/10.1089/thy.2008.0360) . Acesso em 10 Jul.2020.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2020.

JODELET, D. Abordagem psicossociológica sobre ameaças e seus usos sociais. **Revista Sociedade e Estado**. v.34 ,n.1 Janeiro/Abril 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/9RKx5XjMDb98qHWfDrnDVxQ/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20no%C3%A7%C3%A3o%20de%20amea%C3%A7a%20est%C3%A1,%20C%20pavor%2C%20terror%2C%20susto.&text=Estresse%2C%20medo%2C%20pavor%20etc.,com%20algum%20risco%20ou%20perigo>. Acesso em 10 Jul.2021.

KIM, H.O; LEE, S.M; SEO, G.H Association Between Pregnancy Outcomes and Radioactive Iodine Treatment After Thyroidectomy Among Women With

Thyroid Cancer, **JAMA Intern Med**, v. 180, n. 1, p. 54-61, 2020. Disponível em:
doi:10.1001/jamainternmed.2019.4644 Acesso em: 20 jan. 2023.

LAHA, D; NILUBOL, N.; BOUFRAQECH, M. New Therapies for Advanced Thyroid Cancer. **Front. Endocrinol.**v.11, n.82. 2020. DOI: Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2020.00082/full>. Acesso em 22 jan.2022.

LIRA, G.V.; CATRIB, A.M.F; CATRIB, R.M.S . Cronicidade e cuidados de saúde: uma abordagem fenomenológica de investigação . In: **Cronicidade[e-book]: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais** / Organizadores: Marcelo E. P. Castellanos, Leny Alves Bomfim Trad, Maria Salete Bessa Jorge, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão. – Fortaleza: EdUECE, 2015, p.156-192.

LEONELLI, L.B. et al. **Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Rev. bras. epidemiol. v.20, n.02, 2017. DOI: Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20n2/286-298/#:~:text=O%20EP%20%C3%A9%20dado%20pela,tradu%C3%A7%C3%A3o%20e%20valida%C3%A7%C3%A3o%20para%20idosos>. Acesso em 31 jan.2022.

LUFT, C.B., et al. Versão Brasileira da Escala de Estresse percebido: tradução e validação para idosos. **Saúde Pública**, n.41, v.4, 2007. DOI: Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bgpXDHZXQXNqVS8JLnLdLhr/?lang=pt>. Acesso em 10 mar.2021.

MARTINS, A. R. B.; OURO, T. A. do; NERI, M. Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de Apoio para mulheres com câncer de mama. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 131-151, jun. 2015 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582015000100007&lng=pt&nrm=iso. acessos em 01 fev. 2023.

MANIAKAS, A., DAVIES, L., ZAFEREO, M.E . Thyroid Disease Around the World. **Otolaryngologic Clinics of North America**. v.51,n.3, p.631-642, Jun, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29548512/>. Acesso em 18 jul.2021.

MCINTYREA, I.C. et al., Quality of life in differentiated thyroid câncer. **International Journal of Surgery**. v.50, p.133-136, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919117314930?via%3Dihub>. Acesso em 26 jan.2021.

MOINI J, PEREIRA K, SAMSAM M. **Chapter 11 : Global impact of thyroid disorders. Epidemiology of Thyroid Disorders** [Internet]. p. 243-

256,2020. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818500-1.00011-6>. Disponível em:
[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128185001000116?](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128185001000116?via%3Dihub)
via%3Dihub. Acesso em 10 ago.2020.

MOELLER, M.D. **Avaliação da percepção da qualidade de vida e estresse de gestores de uma instituição de ensino superior pública do RS**. Dissertação (mestrado em Saúde e Desenvolvimento Humano) Universidade La Salle, Canoas, 2018 .

MILES, A.; et al. **Using prosocial behavior to safeguard mental health and foster emotional well-being during the COVID-19 pandemic: A registered report protocol for a randomized trial**. PLoS One, v. 16, n. 1, p. e0245865, Jan. 2021.

Doi: 10.1371/journal.pone.0245865 Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33503045/>. Acesso em 10 Jul.2021.

MUNKERJEE, S. **O imperador de todos os males: uma biografia do câncer**; Tradução Berilo Vargas. -1ª ed.-São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

NERVO, A. et al. **Quality of Life during Treatment with Lenvatinib for Thyroid Cancer: The Patients' Perspective beyond the Medical Evaluation**. Eur Thyroid. v. 10, n.1, 2021, p.65–71; doi: 10.1159/000508186. Disponível em:

OLIVEIRA, A. L. S; CABRAL, M.S. **Perfil dos hormônios tireoidianos de mulheres acima de 50 anos atendidas em um laboratório de referência de Serrinha-BA**. Rev. Bras. Anal. Clin; v.52, n.3, p. 238-242, 2020.

OLIVEIRA, J.K.C, et al. **Hipotireoidismo subclínico na terceira idade: tratar ou observar?** Geriatr Gerontol Aging. v.6, n.1, p.93-103, 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v6n1a12.pdf>. Acesso em 10 Jul.2020.

OLIVEIRA, M. M. de .; PINHEIRO FRANÇA, R. A. .; REDA DA SILVA, E. . **Contribuições para a assistência ao paciente com câncer de tireoide submetido à radioiodoterapia**. Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem, [S. l.], v. 8, n. 23, p. 68–81, 2018. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2018.8.23.68-

OLIVESKI, C. C., et al. (2021). **Experiência de famílias frente ao adoecimento por câncer em cuidados paliativos**. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 30 , 2021 30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-066>. Acesso em 07 Fev. 2023.

OLIVESKI, P. **O estresse e seus impactos no ambiente de trabalho e na qualidade de vida**. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2019. 20f. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/psicologia/files/2019/10/Priscila-OliveskiTCC-Imprimir-CD.pdf>. Acesso em 03Fev.2023.

PINHEIRO M., et al. S. **Variante HABP2 p.G534E em pacientes com história familiar de câncer de tireoide e mama** . *Oncotarget*. v.8, n.25, p.40896-40905, 2017. Disponível em <https://www.oncotarget.com/article/16639/>. Acesso em 03Fev.2023.

PRAMONO, L.A. **COVID-19 and Thyroid Diseases: How the Pandemic Situation Affects Thyroid Disease Patients?** *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*. v.35, n.2, p.155-157. Jul.2020. Disponível em: <https://aseanendocrinejournal.org/index.php/JAFES/article/view/>. Acesso em 02 jul.2021.

REIS, J. R. S. dos; ANDRADE, L. G. de. **Acompanhamento farmacêutico de pacientes com distúrbio na glândula da tireoide**. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 753–765, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2278>. Acesso em: 22 jan. 2022.

REIS, L.C.M., et al. **A influência do Zinco, Selênio e Iodo na suplementação alimentar em pessoas com Hipotireoidismo**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, e268101623719, 2021. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23719>. Acesso em: 25 Jan.2023.

RIBEIRO, L.M.C, et al. **Iodoterapia para pacientes com hipertireoidismo causado por doença de graves**. *Revista Encontro X*; v.5, n.4; 2021. Disponível em: http://www.revistaencontrox.com.br/_files/ugd/6be001_32b501f331c14a999bec99a6dc90e593.pdf. Acesso em 23 Jan.2023.

RODRIGUES, L.F. **A redução da fadiga oncológica através do Exercício físico**. *Rev Bras Fisiol Exerc*, v.18, n.1, p. 51-57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/rbfe.v18i1.2879>. Acesso em 25 Jan.2023.

ROUGEMONT, F. **Hormônios e o “aprimoramento natural” do corpo: a personalização do processo de envelhecimento na medicina anti-aging**. *Saúde Soc*. São Paulo, v.29, n.1, e190918, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11154-020-09615-z>. Acesso em: 18 Jan.2023,

SCAPPATICCIO, L., et al. **Impact of COVID-19 on the thyroid gland: an update**. *Reviews in endocrine & metabolic disorders* . Advance online

publication, n.22, 22 , p. 803–815 , 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11154-020-09615-z>. Acesso em 07 Set.2021.

SCHMIDT, B., et al. **Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19)**. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 37, Maio. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em 03 Aug.2020.

SILVA, G.A.F , et al. **Teoria Balintiana e a relação médico-paciente. Braz. J. Hea.Rev.**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3657-3666jul./aug. 2019. Disponível em: DOI:10.34119/bjhrv2n4-129. Acesso em 26 jan.2022.

SILVA, G.S., et al. **O apoio familiar no tratamento do paciente oncológico: uma revisão narrativa**. SAJES – Revista da Saúde da AJES, Juína/MT, v. 6, n. 12, p. 46 – 58, Jul/Dez. 2020.

SILVA, L.I.S. **Abordagem Nutricional na Função da Tiróide**. Revisão temática. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto Porto, 2018. Disponível em: <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/115050/2/281123.pdf>. Acesso em 25 Jan.2023.

SILVA, L.S.G. **Câncer de mama e visibilidade: narrativas autobiográficas no Facebook**. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2019, 145f.

SILVA, M.R.O. **Psicologia e Fenomenologia: sentir e re-significar o olhar da pessoa idosa amazônica diante do diagnóstico de câncer**. 1.ed.- Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.124 p.

SILVA, N.K.C , et al. **Avaliação dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse em pacientes com carcinoma diferenciado da tireoide**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n.5, p.23128-23137 sep./oct. 2021

SILVA, N.M., et al. **Idosos em Tratamento Quimioterápico: Relação entre Nível de Estresse, Sintomas Depressivos e Esperança. Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.35, e35. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/sc5TYywWzhtpJLMKdPDLp4j/?lang=pt>. Acesso em 26 jan.2022.

SOARES, L.M.G.; VIDALE, L.F.; COSTA; T.R. **Armadilhas no diagnóstico do carcinoma papilífero associado a hipertireoidismo: relato de caso. Revista IberoAmericana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE**. São Paulo, v.7.n.7. jul.2021. Disponível em:

<https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/1725/711>. Acesso em 15 jan.2021.

SOUTO, C.N. **Qualidade de Vida e Doenças Crônicas: Possíveis Relações**. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 3, n. 4, p. 8169-8196jul./aug.. 2020. Disponível em: DOI:10.34119/bjhrv3n4-077. Acesso em 28 Jan.2023.

SOUZA, V.R.G.; MARZIALE, M.H.P.; SILVA, G.T.R.; NASCIMENTO, P.L. **Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ**. n.34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631> Acesso em 01 mar.2022.

SOUZA, B.G. et al. **A prática do exercício físico em mulheres com hipotireoidismo**. REVISTA ELETRÔNICA DE TRABALHOS ACADÊMICOS - UNIVERSO/GOIÂNIA. v.3, n.5, 2018. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=view &path%5B%5D=6549>. Acesso em 25 Jan. 2023.

SCAPPATICCIO, L., et al. **Impact of COVID-19 on the thyroid gland: an update**. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*: Springer Link. p. 1–13, Nov. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11154-020-09615-z>. Acesso em 02 Jul.2021.

SMITH, S., et al. **I know I'm not invincible': An interpretative phenomenological analysis of thyroid cancer in young people**. *British journal of health psychology*. v.23, n.2, p.352–370, Mai, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29356226/>. Acesso em 20 Jul.2020.

SHIN, H.H; LEE, S.Y. **Experiences of Korean patients with thyroid cancer receiving radioactive iodine therapy after total thyroidectomy**. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. v .9, n.3, p. 161-166, 2022. Disponível em : [https://apjon.org/article/S2347-5625\(21\)00116-5/fulltext](https://apjon.org/article/S2347-5625(21)00116-5/fulltext) Acesso em 20 Jan .2023.

SOARES, M.O.M, et al. **Reflexões contemporâneas sobre anamnese na visão do estudante de medicina. Pesquisa**. *Rev. bras. educ. med.* n.38 , v.3, Set .2014 . Disponível em : <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300005>. Acesso em 05 Nov.2021.

SUSSUARANA, A.C; ROQUE, J.C.; ALMEIDA, G.C. **Iodoterapia e seus Efeitos Colaterais no Tratamento de Neoplasia de Tireoide**. REVISTA FIMCA, v. 5 , n. 1 , 2018.

TAVARES, F.S., et al. Envelhecimento tireoidiano: Aspectos fisiológicos e patológicos.

.Revista Interciência. v.34, n.10, Out.2009. Disponível em:

<https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2018/01/684-GOMES-5.pdf>. Acesso em 27 Set.2021.

TELES, E.S; CRUZ, J.M.P; CRUZ, A.C.M. **Impacto da COVID-19 no diagnóstico e tratamento do câncer urológico: uma revisão da literatura**. An Fac Med Olinda, Recife, 2022; v.5 , 2, p. 36-39.

THE 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. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K). Acesso em 06 Jan.2023.

TURATO,E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6.ed.-Petrópolis, RJ:Vozes, 2013.

WATT, T. et al. **Cross-cultural validity of the thyroid-specific quality-of-life patient-reported outcome measure, ThyPro-39**. Quality of Life Research, v. 24, n. 3, p. 769–780, mar. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25194574/>. Acesso em 23 jan.2022.

YUE, W.W., et al. **Quality of Life and Cost-Effectiveness of Radiofrequency Ablation versus Open Surgery for Benign Thyroid Nodules: a retrospective cohort study**. Scientific reports. China. v. 6, nov.2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27883069/> Acesso em 10 jul.2021.

ZHANG, Y., et al. **Thyroid dysfunction may be associated with poor outcomes in patients with COVID-19**. Molecular and cellular endocrinology, China, v.521, e.111097, fev. 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.mce.2020.111097>. Acesso em 10 jul.2022.

8. ANEXOS

8. 1. Anexo 1- Instrumento ThyPro-39

Questionário da Qualidade de Vida para Pacientes com Doença da tireoide

-ThyPRO-39br-

Este questionário é sobre como a sua doença da tireoide tem afetado a sua vida.

Por favor responda a cada questão marcando “X” na resposta que melhor se adequa a você. Se você não tem a certeza sobre como responder, por favor dê a melhor resposta que puder.

A primeira seção do questionário é sobre sintomas, cansaço, memória, humor e saúde.

Por favor baseie as suas respostas em como você tem se sentido em geral durante as últimas 4 semanas.

1. As primeiras questões são sobre os sintomas

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
1A	Teve a sensação de inchaço no pescoço?					
1C	Sentiu algum aperto na sua garganta?					
1H	Sentiu desconforto ao engolir?					
1L	Teve tremores nas mãos?					
1M	Teve tendência para transpirar bastante?					
1N	Teve palpitações (batimentos rápidos do coração)?					
1Q	Esteve sensível ao frio?					
1T	Teve mal-estar no estômago?					
1W	Teve a sensação de secura ou “areia” nos olhos?					
1X	Teve visão debilitada?					
1BB	Esteve muito sensível à luz?					
1CC	Teve mãos ou pés inchados?					
1DD	Teve pele seca?					
1EE	Teve coceira na pele?					

2. As questões seguintes são sobre cansaço

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
2A	Esteve cansado(a)?					
2C	Teve dificuldade em se motivar para fazer alguma coisa?					

3. A questão seguinte é sobre sua vitalidade

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
3B	Sentiu-se com energia?					

4. As questões seguintes são sobre memória e concentração

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
4A	Teve dificuldade de se lembrar das coisas?					
4B	Teve raciocínio lento ou pouco claro?					
4F	Teve dificuldade em concentrar-se?					

5. As questões seguintes são sobre nervosismos e tensão

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
5B	Sentiu medo ou ansiedade?					
5C	Sentiu-se tenso(a)?					
5E	Sentiu-se pouco à vontade?					

6. As questões seguintes são sobre o bem-estar psicológico

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
6A	Sentiu-se triste?					
6E	Sentiu-se infeliz?					
6G	Teve autoconfiança?					

7. As questões seguintes são sobre ter dificuldade em lidar com situações ou ter mudanças de humor

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
7C	Reparou que facilmente se sentia estressado(a)?					
7D	Teve alterações de humor?					
7H	Sentiu-se no controle da sua vida?					

O restante do questionário é sobre como a sua doença da tireoide pode ter afetado vários aspectos da sua vida

8. As questões que se seguem são sobre as suas relações com outras pessoas

	Durante as últimas 4 semanas, a sua doença da tireoide fez sentir que você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
8A	Teve dificuldade em estar junto de outras pessoas (por exemplo, marido/esposa, crianças, namorado(a), amigos ou outros)					
8B	Era um fardo ou um problema para outras pessoas?					
8C	Teve conflito com outras pessoas?					

9. As questões seguintes são sobre suas atividades diárias

	Durante as últimas 4 semanas, a sua doença da tireoide fez sentir que você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
9A	Teve dificuldade em administrar a sua vida diária?					
9C	Não é capaz de participar da vida que o/a rodeia?					
9E	Sente-se como se tudo demorasse mais tempo para fazer?					

11. As doenças da tireoide (ou o seu tratamento) podem afetar a sua aparência. (Por exemplo, por causar inchaço do pescoço, face, mãos ou pés inchados, ou mudanças de peso ou nos olhos).

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
11A	Sentiu que a sua doença da tireoide afetou sua aparência (por exemplo, inchaço do pescoço, mudanças nos olhos, mudanças no peso)?					
11D	Sentiu-se aborrecido(a) por outras pessoas olharem para você?					
11E	A sua doença da tireoide influenciou a escolha das roupas que você usa?					

12. A questão final é sobre até que ponto a sua doença da tireoide o/a afetou de um modo geral durante as últimas 4 semanas.

	Durante as últimas quatro semanas você	Não	Um pouco	Às vezes	Bastante	Muito
12	Sentiu que a sua doença da tireoide teve um efeito negativo na sua qualidade de vida?					

8.2. Anexo 2: Escala de Estresse Percebido – versão 10 (PSS-10)

As questões nesta escala são a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente?

(considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?

(considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?

(considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha fazer?

(considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle?

(considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca [1].Quase Nunca [2].Às Vezes [3].Pouco Frequente [4] Muito Frequente

8.3. Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, de uma pesquisa científica intitulada “PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DO ESTRESSE EM MULHERES COM HIPOTIREODISMO CRÔNICO PÓS TIREOIDECTOMIA TOTAL:

UM ESTUDO QUANTITATIVO-QUALITATIVO”, cujo objetivo é “ Avaliar QV e Estresse em pessoas com hipotireoidismo, especificamente em mulheres que foram tireoidectomizadas”.

Para ter uma cópia deste TCLE você deverá imprimi-lo, ou deverá gerar uma cópia em pdf para guardá-lo em seu computador. Você também poderá solicitar ao pesquisador responsável pelo estudo uma versão deste documento a qualquer momento por email.

Caso você não queira participar, não há problema algum. Você não precisa me explicar por que, e não haverá nenhum tipo de punição por isso. Você tem todo o direito de não querer participar do estudo, basta selecionar a opção correspondente no final desta página.

Para confirmar sua participação você precisará ler este documento inteiro e depois selecionar a opção correspondente no final dele.

Este documento se chama TCLE (Termo de Consentimento livre e esclarecido). Nele estão contidas as principais informações sobre o estudo, objetivos, metodologias, riscos e benefícios, dentre outras informações.

A pesquisa será realizada por meio de um questionário online, constituído por “49” perguntas: compostas por 10 perguntas da Escala de Percepção de Estresse-10 (PSS-10) e ThyPro-39- com 39 perguntas. Estima-se que você precisará de aproximadamente **“20 minutos para responder o questionário”**.

Além disso, a pesquisa prevê um segundo momento para que você possa falar sobre suas percepções de saúde. E caso escolha participar **da entrevista com 11 perguntas abertas, o tempo necessário será de 01h30 minutos**. O roteiro da entrevista compreende temas acerca da experiência de adoecimento tireoidiano no sentido de conhecer sua: vivência de cuidado e autocuidado na pandemia; descoberta do diagnóstico; sobre o

acolhimento de suas queixas e dúvidas; sua rotina diária; compartilhamento da experiência de adoecimento e do diagnóstico; adaptação ao medicamento e percepção dos significados de qualidade de vida e estresse. Nesse momento, é necessária sua autorização para a gravação da entrevista e isso contribuirá para o processo de transcrição dos dados que irão compor esta pesquisa.

Caso haja alguma pergunta que a sra. não se sinta à vontade para responder, não haverá penalidade.

A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa.

O questionário estará disponível para ser respondido entre os dias ___/___ e ___/___ de 2020.

Você não será remunerado, visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário.

Caso decida desistir da pesquisa, você poderá interromper o questionário e sair do estudo a qualquer momento, sem nenhuma restrição ou punição.

RISCOS E AS MEDIDAS MITIGATÓRIAS ESTUDO.

Caso ocorra, desconfortos relacionados à retomada da vivência de experiências que possam ter sido desconfortáveis, o participante pode retirar sua participação do estudo;

BENEFÍCIOS DO ESTUDO.

Construção de conhecimento acerca da percepção da qualidade de vida e estresse do paciente com adoecimento tireoidiano.

Escuta ativa dos sujeitos em processo de adoecimento.

FORMA DE DEVOLUTIVA AOS PARTICIPANTES E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.

Compartilhar uma síntese da dissertação nos grupos de apoio envolvidos

Os pesquisadores garantem e se comprometem com o sigilo e a confidencialidade de todas as informações fornecidas por você para este estudo. Da mesma forma, o tratamento dos dados coletados seguirá as determinações da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei 13.709/18).

É garantido a você o direito a ressarcimento em caso de despesas comprovadamente relacionadas à sua participação no estudo, bem como, ao direito a indenização em caso de danos nos termos da lei.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o qual é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria

(área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.

Para contatar um dos pesquisadores da pesquisa, você poderá encaminhar um e-mail, a qualquer momento:

Nome, e-mail do Pesquisador Responsável:

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi, email: forlandi@ufscar.br

Pesquisador assistente:

Daiane Baldo Apolinário, email: daiane.baldo@estudante.ufscar.br

Eu, concordo em participar voluntariamente do presente estudo como participante. O pesquisador me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa, o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. O pesquisador me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Fui informado também que devo imprimir ou gerar um pdf do TCLE para ter a minha cópia do TCLE e que posso solicitar uma versão dele via e-mail para os pesquisadores.

8.4. Anexo 4: Check-List COREQ

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa
 Nº do item Tópico Perguntas/Descrição do Guia
 Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade

Características pessoais	
1	Entrevistador/facilitador Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?
2	Credenciais Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.
3	Ocupação Qual a ocupação desses autores na época do estudo?
4	Gênero O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?
5	Experiência e treinamento Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?
Relacionamento com os participantes	
6	Relacionamento estabelecido Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.
8	Características do entrevistador Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.
Domínio 2: Conceito do estudo	
Estrutura teórica	
9	Orientação metodológica e teoria Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.
Seleção de participantes	
10	Amostragem Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.
11	Método de abordagem Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.
12	Tamanho da amostra Quantos participantes foram incluídos no estudo?
13	Não participação Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?
Cenário	
14	Cenário da coleta de dados Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.
15	Presença de não participantes

Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?
16 Descrição da amostra Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.
Coleta de dados
17 Guia da entrevista Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?
18 Repetição de entrevistas Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?
19 Gravação audiovisual A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?
20 Notas de campo As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?
21 Duração Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?
22 Saturação de dados A saturação de dados foi discutida?
23 Devolução de transcrições As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?
Domínio 3: Análise e resultados
Análise de dados
24 Número de codificadores de dados Quantos foram os codificadores de dados?
25 Descrição da árvore de codificação Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?
26 Derivação de temas Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?
27 Software Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?
28 Verificação do participante Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?
Relatório
29 Citações apresentadas As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.
30 Dados e resultados consistentes Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?
31 Clareza dos principais temas Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?
32 Clareza de temas secundários Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Entrevista individual

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- a) Iniciais:
- b) Escolarização:
- c) Idade:
- d) Estado civil:
- e) Tipo de diagnóstico:
- f) Gênero/
- g) Identificação de gênero:
- h) Tempo de tratamento:
- i) Teve COVID-19?
- j) Foi submetida a iodoterapia?

Ao pensar sobre seu momento de vida após o diagnóstico do hipotireoidismo:

1. Como a sra. se sente atualmente nesse momento da pandemia?
2. Como está sua rotina de cuidado e autocuidado com o hipotireoidismo durante a pandemia?
3. Como foi a descoberta do diagnóstico para a sra.? A sra. conseguiu sanar suas dúvidas quanto ao diagnóstico?
4. A sra. sente que suas queixas e dúvidas são acolhidas em sua totalidade?
5. Como a sra. se sentia antes do diagnóstico hipotireoidismo ?
6. Como está sua vida no dia-a-dia?
7. A sra. compartilhou a descoberta do hipotireoidismo com alguém fora de seu círculo familiar? Como foi o impacto dessa troca para o/a sr/sra.?
8. A sra. se sente mais saudável com a inserção do medicamento em sua rotina?
9. O que a sra. entende por qualidade de vida?
10. E estresse?
11. A sra. consegue refletir sobre esses conceitos antes e depois relacionado a sua experiência com o processo de adoecimento?