Isabella Drummond Oliveira Laterza

Implicações psíquicas do carcinoma diferenciado de tireoide: ansiedade, depressão e qualidade de vida

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências
Programa de: Oncologia
Orientadora: Dr.ª Ana Amélia Fialho de Oliveira Hoff

São Paulo
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Laterza, Isabella Drummond Oliveira
Implicações psíquicas do carcinoma diferenciado de tireoide : ansiedade, depressão e qualidade de vida / Isabella Drummond Oliveira Laterza. -- São Paulo, 2016.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Oncologia.
Orientadora: Ana Amélia Fialho de Oliveira Hoff.

Descritores: 1.Neoplasias da glândula tireoide 2.Neoplasias/aspectos psicológicos 3.Depressão 4.Ansiedade 5.Qualidade de vida

USP/FM/DBD-446/16

Dedicatória

À Mãe Vera (in memoriam) ... Você se foi no meio do caminho, antes do 'nosso' sonho se realizar. Mas sei que olha por mim e vê esse momento especial. Obrigada por me ensinar, desde muito cedo, que "pode quem pensa que pode". Obrigada por todo conhecimento e cultura que você me transmitiu. À minha avó Neiva (in memoriam), minha intercessora no céu. Que nos momentos difíceis desse caminho, se fez presença concreta em mim.

À minha mãe, obrigada por tudo. Por nunca ter me deixado desistir dos meus sonhos, mesmo frente às situações 'aparentemente' impossíveis. Por ter se sacrificado para me oferecer uma educação que me fez chegar aqui.

Ao meu esposo Fausto, obrigada pela parceria, paciência, cuidado. Quanta saudade e esperas vivemos. O amor nos fez sermos um só. Minha eterna gratidão por ter dividido esse sonho comigo.

Agradecimentos

"Há sonhos que valem uma vida"

Hoje encerra-se um dos ciclos mais importantes. Foram 4 anos em São Paulo, lugar que me possibilitou um imenso crescimento pessoal e profissional.

Nesse caminho, agradeço primeiramente a Deus. Ele me deu muito mais força que eu pedi, muito mais garra do que eu imaginei possuir. Me deu o dom mais precioso neste tempo: a perseverança. Ele me segurou nessa estrada.

À minha orientadora Dra. Ana Hoff, pela oportunidade de seguir o caminho do conhecimento e da investigação científica. Obrigada pela paciência, pelo acolhimento nos momentos de dúvidas e de angústias. Minha admiração e enorme respeito.

À equipe médica e multiprofissional do Ambulatório de Endocrinologia do Icesp por ter fornecido os dados necessários para a realização da pesquisa e pelo convite aos pacientes.

Às professoras Dra. Maria Júlia Kovács e Dra. Elisa Campos, jamais imaginei ter a oportunidade de tê-las por perto. Muito obrigada por terem levado tão longe à psicologia. Às professoras Dra. Larissa Abrão e Cássia Paula, por terem me acompanhado desde a graduação, e plantado uma semente fértil que me fizeram chegar aqui. Meu carinho e gratidão.

À Karla Gaspar, obrigada por ter me ensinado a dar passos seguros rumo à oncologia.

Ao Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, lugar que me possibilitou tanto conhecimento. Ficarão sempre as lembranças dos plantões, do trabalho em equipe, dos desafios. Aos pacientes, que mesmo diante de um momento de profunda dor, partilharam suas vidas e histórias para que essa pesquisa se realizasse.

Ao Lórgio Rodriguez (coordenador do Serviço de Psicologia Hospitalar do Icesp), muito obrigada pelo zelo e cuidado; ao Serviço de Psicologia, levarei no coração as discussões de caso, partilhas, cafés. Em especial, aos psicólogos da oncologia clínica: a parceria de vocês me fez entender como se trabalha em equipe.

Aos amigos que São Paulo me deu. Muito obrigada por terem me sustentado na saudade e na distância. Helô, muito obrigada por todos os sambas, cafés, passeios pela paulista e pela amizade incondicional. Stela, Mari Meloni, Ana Cotrim, Thábata, Mari B. ,Jú, Dri, Rutinha e Karine, os dias de trabalho foram mais leves ao lado de vocês. Sinto uma saudade enorme de tudo que vivemos. Eu ganhei amigos para uma vida toda.

À Débora e Mari G., minhas companheiras de apartamento durante esses anos, obrigada pelos desabafos na madrugada, pelo companheirismo e diversões.

Aos meus amigos mineiros: Carol, Rúbia, Bia, Dani, Talles, Kalil, Rodrigo e Lucas, que de forma tão especial sempre estiveram presentes, mesmo na distância.

Agradeço à minha família, por todo apoio e incentivo. Em especial, à tia Betânia, que me possibilitou a realização desse sonho e que com seu exemplo, me fez descobrir nos estudos e nas pesquisas um mundo mágico desde criança. Ao tio Idenir e ao meu primo Matheus por todo o apoio no caminho.

Por fim, desde muito cedo, os estudos a respeito da oncologia sempre me seduziram. Por providência e cuidado de Deus esse era e é o meu caminho. Valeu a pena abraçar cada detalhe dessa estrada! Duas palavras me bastam: gratidão e saudade!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1 - Figura 01a- Frequência da sintomatologia ansiosa..... 33

ILUSTRAÇÃO 2 - Figura 01b- Frequência da sintomatologia depressiva..... 33

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perguntas relacionadas à qualidade de vida (WHOQOL-bref). 28

Tabela 02- Características sociodemográficas..... 31

Tabela 03 – Características clínicas..... 32

Tabela 04 – Ansiedade e depressão em pacientes com CDT (grupos 1 a 3) comparados com indivíduos sem CDT 34

Tabela 05 – Ansiedade em pacientes com CDT (grupos 1 a 3) e indivíduos sem CDT (controle)..... 35

Tabela 6 – Depressão em pacientes com CDT (grupos 1 a 3) e indivíduos sem CDT (controle)..... 35

Tabela 7 – Qualidade de vida em pacientes com carcinoma diferenciado da tireoide comparada a indivíduos sem carcinoma diferenciado da tireoide..... 37

Tabela 8 - Categorias identificadas na entrevista semi-dirigida (Análise de Bardin) 38

LISTA DE SIGLAS

ATA – American Thyroid Association

BRAF – gene relacionado ao carcinoma diferenciado da tireoide

CDT – Carcinoma Diferenciado de Tireoide

DF-Domínio Físico

DP- Domínio Psicológico

DRS- Domínio das Relações Sociais

DMA- Domínio Meio ambiente

FDA – Food and Drug Administration

FMUSP- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HAD – Escala de Ansiedade e Depressão

IARC – International Agency for research on cancer

ICESP- Instituto do Câncer do Estado de São Paulo

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LN - Linfonodo

PET/CT - (Tomografia por emissão de pósitrons) e CT (Tomografia computadorizada)

RET/PTC – Gene relacionado ao carcinoma diferenciado da tireoide

QV – Qualidade de Vida

QVSR – Qualidade de Vida relacionada à Saúde

RAS- Gene relacionado ao carcinoma diferenciado da tireoide

SEER- Surveillance, epidemiology and end results program of the national cancer institute

TG- Tireoglobulina

TQT- Traqueostomia

TSH – Hormônio estimulador da tireoide

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

US- Ultrassom

USP – Universidade de São Paulo

WHOQOL Bref- Escala de Qualidade de Vida

WHO – World Health Organization

LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo de instrumento auxiliar de coleta de dados.

APÊNDICE B- TCLE – Grupo pacientes.

APÊNDICE C- TCLE – Grupo controle.

ANEXOS

ANEXO A – Escala HAD

ANEXO B - Escala WHOQOL Bref

ANEXO C - Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa FMUSP

ANEXO D – Aprovação TCLE

ANEXO E – Carta de aprovação Núcleo de Pesquisa ICESP

ANEXO F- Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa FMUSP (grupo controle)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 15
1.1. Carcinoma Diferenciado de Tireoide..... 15
1.2. Aspectos psicológicos do câncer..... 17
1.2.1. Depressão em pacientes com câncer..... 19
1.2.2. Ansiedade em pacientes com câncer..... 21
1.2.3 Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer..... 22
1.2.4 Depressão, ansiedade e qualidade de vida no paciente com carcinoma diferenciado de tireoide..... 23
2. OBJETIVO..... 25
3. MATERIAL E MÉTODO..... 25
3.1 Procedimentos..... 26
3.1.1Análise de prontuário..... 26
3.1.2 Entrevista semi-dirigida..... 26
3.1.3 Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD)..... 27
3.1.4 Escala de Qualidade de vida (WHOQOL-bref) 27
3.2 Análise dos dados..... 28
4. RESULTADOS 30
4.1. Dados epidemiológicos e clínicos..... 30
4.2 Avaliação de ansiedade e depressão..... 32
4.3 Avaliação da qualidade de vida..... 35
4.3.1 Avaliação do domínio físico..... 36
4.3.2 Avaliação do domínio psicológico..... 36
4.3.3 Avaliação do domínio das relações sociais..... 36
4.3.4 Avaliação do domínio do meio ambiente..... 36
4.4 Categorização dos dados..... 37
5. DISCUSSÃO..... 41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 48
REFERÊNCIAS..... 49
APÊNDICES..... 58
ANEXOS..... 67

RESUMO

Laterza IDO. *Implicações psíquicas do carcinoma diferenciado de tireoide: ansiedade, depressão e qualidade de vida* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

O carcinoma diferenciado de tireoide (CDT) é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino, afetando mais frequentemente mulheres do que homens, em uma faixa etária de aproximadamente 25 a 65 anos. Sabe-se que o CDT está associado a um excelente prognóstico, com sobrevida de 10 anos acima de 90%. Entretanto, aproximadamente 20% dos pacientes podem apresentar ao longo dos anos recidivas locais e/ou metástases à distância. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar as implicações psíquicas (sintomas depressivos e ansiosos) e aspectos relacionados a qualidade de vida em pacientes com CDT. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantiqualitativa que incluiu 154 indivíduos. Destes, 77 são portadores de CDT em tratamento no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo que foram distribuídos em 3 grupos de acordo com a extensão da doença e resposta ao tratamento (Grupo 1: pacientes sem evidência de doença; Grupo 2: pacientes com doença local; Grupo 3: pacientes com metástase à distância). Os outros 77 participantes são indivíduos sem histórico de câncer e disfunção tireoidiana, identificados como grupo controle. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), os pacientes (N=77) foram submetidos a uma entrevista semidirigida e na análise quantitativa, os 154 indivíduos responderam a questões referentes a escalas para avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva (HAD) e para avaliação da qualidade de vida (QV) (WHOQOL-Bref). Na escala HAD, a única diferença significativa entre pacientes com CDT e grupo controle foi em relação à ansiedade que foi mais frequente em indivíduos com CDT. Na escala HAD, o número de indivíduos com ansiedade (escore $\geq$ 8) foi significativamente maior nos grupos com CDT do que em indivíduos controle; entretanto o escore médio entre os grupos não foi diferente. Em relação a escala HAD, em relação a depressão, não observamos diferenças significativas em relação a frequência e ao escore de depressão entre os grupos. Na análise da QV, foram detectadas alterações significativas nos domínios físico, psicológico e do meio ambiente entre os pacientes com CDT e indivíduos controle. Os resultados demonstram uma redução significativa da QV principalmente em pacientes com doença metastática em relação à QV global, à satisfação com a saúde e em relação ao domínio físico que engloba aspectos físicos como sono, fadiga, dor e capacidade de trabalho e de exercer as atividades do dia a dia. Em contraste aos achados da escala HAD, através do questionário WHOQOL-BREF foi observado uma redução da QV em relação ao domínio psicológico que avalia a sua satisfação com a vida, com a aparência física e com sentimentos negativos como o desespero, ansiedade e depressão, achado este que não foi restrito aos pacientes com doença metastática, mas foi observado também em pacientes dos grupos 1 e 2. De maneira interessante, frente ao domínio meio ambiente, os pacientes mostraram-se mais satisfeitos no que diz respeito à saúde pública do que em relação ao grupo controle; fato que pode estar relacionado ao serviço especializado e terciário oferecido pelo Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Os resultados obtidos demonstram que o paciente oncológico deve ser compreendido em sua totalidade. Dessa maneira, o acompanhamento psicológico em conjunto com a equipe médica, torna-se útil durante o tratamento, de modo a facilitar na elaboração do momento vivenciado de adoecimento e contribuir nas ressignificações frente à nova realidade imposta pelo câncer.

Descritores: neoplasias da glândula tireoide; neoplasias/aspectos psicológicos; depressão; ansiedade; qualidade de vida.

ABSTRACT

Laterza IDO. *Psychological implications of differentiated thyroid cancer: anxiety, depression and life quality* [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Differentiated thyroid cancer (DTC) is the most frequent endocrine neoplasia that affects more women than men within ages 25 to 65 years. Prognosis is excellent, with a survival rate above 90% at 10 years from diagnosis. However, 20% of patients can eventually evolve with recurrence either locally or at distant sites. The goal of this study is to investigate the psychosocial implications, including depressive and anxiety symptoms, related to the diagnosis and treatment of DTC and the quality of life of these patients.

This is a cross-sectional, descriptive study that included 154 individuals; 77 patients with DTC in treatment at the Instituto do Cancer do Estado de São Paulo classified into 3 groups according to disease extension and response to treatment (Group 1: DTC patients with no evidence of disease; Group 2: DTC patients with local disease; Group 3: DTC patients with distant metastases) and 77 healthy individuals identified as control group. After signing the Informed Consent, all study participants were asked to answer the HAD questionnaire to evaluate anxiety and depression and the WHOQOL-Bref questionnaire regarding quality of life. In addition, patients with DTC responded to a semi-directed interview that addressed with more freedom and in more depth their feelings towards their diagnosis and treatment.

While in the HAD questionnaire the only significant difference observed between DTC patients and controls was related to the frequency of anxiety, in the QOL analysis, significant differences were observed in 3 domains (physical, psychological and environment). In patients with metastatic disease, we observed a significant impairment of global QOL, health satisfaction and QOL related to the physical domain including sleep, fatigue, pain, ability to work and to perform routine daily activities. In contrast to the HAD scale findings, the WHOQOL-BREF questionnaire was able to detect, in all patients with DTC, a reduction in QOL related to the psychological domain that analyses their satisfaction with life and their physical appearance and feelings related to despair, anxiety and depression. Interestingly, in the environment domain, patients showed more satisfaction regarding the available public health system than controls which is likely related to the multidisciplinary and specialized care offered at the Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.

In summary, the study was able to delineate changes in QOL of DTC patients mainly in physical and psychological domains indicating the need for psychological support of these patients in each step of the treatment, from diagnosis to treatment of metastatic disease.

Descriptors: thyroid neoplasms; neoplasms/psychological aspects; anxiety; depression; quality of life.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Carcinoma Diferenciado da Tireoide

O carcinoma de tireoide é a neoplasia endócrina mais frequente e atinge mais mulheres que homens. Sua incidência tem aumentado de maneira significativa nas duas últimas décadas. Estimou-se que em 2015, no mundo, ocorreram 300 mil casos de câncer de tireoide, destes aproximadamente 63 mil casos nos Estados Unidos e 10 mil casos novos no Brasil (http://www.inca.gov.br/estimativa/2016 e http://seer.cancer.gov). Como não houve aumento da mortalidade, acredita-se que a principal causa do aumento de incidência seja o diagnóstico precoce de tumores pequenos e de baixo risco.

O câncer de tireoide divide-se em quatro tipos histológicos: papilífero, folicular, medular e anaplásico. Desses, os mais comuns são os carcinomas papilíferos (80%), seguido dos carcinomas foliculares (10-15%) e carcinomas medulares (5%). O carcinoma anaplásico é o mais agressivo e o menos frequente (< 1%). A apresentação clínica mais comum é um nódulo tireoidiano e o diagnóstico é feito a partir da avaliação ultrassonográfica e da punção aspirativa com análise citológica (Goldbert et al., 2005; Schlumberger, 1998; Haugen et al., 2016).

Os carcinomas papilíferos e foliculares, que perfazem 95% dos carcinomas de tireoide, são classificados como carcinomas diferenciados da tireoide (CDT), pois se originam de uma mesma célula (célula folicular) e são tratados de forma semelhante.

Em relação aos fatores de risco, sabe-se que um dos principais componentes associados ao CDT é a radiação ionizante, seja ela em razão de tratamentos ou mesmo ambiental. Sabe-se ainda que, caso essa exposição seja iniciada na infância, principalmente antes dos 5 anos, seu efeito carcinogênico pode ser maior. Essa relação foi observada em estudos realizados após explosões anatômicas no Japão e do acidente de Chemobyl (Inca, 2016).

Nas últimas três décadas observou-se um avanço considerável em ferramentas diagnósticas e no melhor entendimento sobre a história natural, resposta aos tratamentos e sobre a patogênese da doença resultando em melhor diagnóstico e tratamento do carcinoma diferenciado da tireoide.

O tratamento principal do CDT é a ressecção cirúrgica da tireoide (tireoidectomia) associada ou não a ressecção de linfonodos cervicais. Tratamentos complementares como a iodoterapia, a terapia de supressão do hormônio estimulador da

tireoide (TSH) através do hormônio tireoidiano e tratamento com drogas-alvo denominadas inibidores de tirosina quinase são indicados de acordo com a extensão da doença e resposta ao tratamento. (Haugen et al, 2016; Goldbert et al., 2005; Schlumberger, 1998)

O tratamento cirúrgico é extremamente importante e quando realizado de maneira adequada resulta em uma menor taxa de recidiva e de mortalidade e permite o correto estadiamento da doença auxiliando, desta maneira, na decisão sobre a necessidade de tratamentos complementares. A iodoterapia está indicada em pacientes com doença residual local e/ou metástases à distância ou com intuito adjuvante em pacientes sem evidência de doença, mas que possuam risco aumentado de recidiva. O risco de recidiva pode ser estratificado de acordo com a extensão da doença. A classificação do risco de recidiva foi inicialmente estabelecido nas diretrizes da Sociedade Americana de Tireoide publicada em 2009 e atualizada recentemente em 2016 (Haugen et al., 2016; Hoff e Lerário, 2013; Cailleux et al., 2000; Cooper et al.2009; Rosario et al., 2013).

No caso de pacientes com risco de recidiva intermediário e alto, após o tratamento cirúrgico e iodoterapia o paciente é iniciado em doses suprafisiológicas de levotiroxina para supressão do TSH. Além disso, o paciente é monitorado a cada 3-12 meses o que inclui avaliação clínica, dosagem de tireoglobulina (marcador da doença), TSH e T4 livre, ultrassonografia (US) do pescoço e outros exames radiológicos caso necessário (Haugen et al, 2016).

Em geral, o prognóstico do CDT é excelente; a sobrevida em pacientes com doença confinada a tireoide ou com envolvimento de linfonodos cervicais é maior que 98%, 10 anos após o diagnóstico. Entretanto, a sobrevida de pacientes com doença metastática é significativamente menor, 56%, 10 anos após o diagnóstico. Apesar da baixa taxa de mortalidade, aproximadamente 20% dos pacientes sem doença metastática ao diagnóstico podem desenvolver recorrência local e/ou metástases à distância. Nos casos de doença metastática irressecável e refratária ao iodo outros tratamentos como a radioterapia externa e tratamento sistêmico com quimioterapia ou inibidores de tirosina quinase podem ser necessários. Invariavelmente, estes pacientes necessitam de seguimento prolongado e de múltiplos tratamentos para controle de uma doença que é incurável (Hoff e Lerário, 2013; Haugen et al, 2016).

Um dos maiores avanços observados nos últimos anos, fruto do conhecimento profundo sobre a patogênese da doença e da importância de alterações moleculares

envolvendo genes como o *RAS, BRAF,* e *RET/PTC,* foi o desenvolvimento de drogas que inibem vias de proliferação celular importantes para a progressão tumoral como os inibidores de tirosina quinase. Drogas como o sorafenibe e o lenvatinibe foram investigadas em estudos multicêntricos, randomizados de fase III os quais demonstraram sua eficácia através do aumento da sobrevida livre de progressão e da redução do volume tumoral. Estes estudos resultaram na aprovação destes dois medicamentos por agências como o "Food and Drug Administration" nos Estados Unidos e ANVISA no Brasil. Estes medicamentos estão indicados para pacientes com doença metastática refratária ao iodo que estejam sintomáticos ou apresentam progressão significativa (Schlumberger et al,, 2015; Haugen et al, 2016; Hoff, 2015).

Apesar dos claros benefícios no controle da doença, essas drogas são associadas a inúmeros efeitos colaterais, necessitando de acompanhamento clínico cuidadoso e frequente. Mesmo frente aos avanços científicos, a busca para a identificação de novas terapias ainda é imprescindível já que o tratamento ideal será aquele associado à melhora da sobrevida global, menos efeitos adversos e, finalmente, à cura da doença (Hoff, 2015; Haugen et al., 2016).

O custo emocional destes pacientes é grande fazendo com que a avaliação e o tratamento psicológico sejam extremamente importantes.

1.2 Aspectos psicológicos do câncer

As doenças oncológicas atingem atualmente uma parte importante da população e o risco de apresentar alguma delas ao longo da vida é de aproximadamente 40%. Em contrapartida, o diagnóstico mais precoce e a disponibilidade de tratamentos mais eficazes resultaram em um aumento significativo da sobrevida e cura destes pacientes.

Entretanto, mesmo com o avanço da ciência, o câncer é ainda uma doença estigmatizada e carregada de negativismo. O adoecimento pode ser interpretado como a 'máxima do sofrimento humano', pelo fato de estar associada à possibilidade de se ter a vida interrompida (Angerami, 2012).

O significado do câncer é muito particular, dependendo de vários fatores que envolvem o momento de vida que o paciente recebe o diagnóstico, experiências passadas, preconceitos culturais e as informações obtidas pelos meios de comunicação. O paciente com doença crônica, precisa, muitas vezes, ajustar as suas aspirações, estilos de vida, mudanças que ocorrerão em sua rotina e emprego. Diante disso, alguns

transtornos como a depressão e a ansiedade podem ocorrer nesse período. A presença de "co-morbidades psicológicas" nestes doentes é elevada, sendo frequentemente acompanhada por sintomas físicos como a fadiga, a insônia, a perda de apetite, dentre outros aspectos (Garcia et al., 1996).

Sabe-se que não há uma 'forma única' de resposta psicológica à doença oncológica que se possa considerar uma "adaptação adequada". Cada paciente lida e reage com seu adoecimento de maneira muito individualizada. Contudo, alguns pacientes oncológicos que tendem a suprimir a expressão das suas emoções, podem aumentar os níveis de ansiedade e depressão e esses sintomas podem contribuir negativamente em seu tratamento (Cardoso et al., 2009). Entretanto, aqueles pacientes que utilizam estratégias focadas no problema e que procuram apoio psicológico, conseguem manter uma autoestima elevada, melhor qualidade de vida e melhor adaptação à doença oncológica.

No momento em que se descobre uma doença grave como o câncer, muitos questionamentos vêm à tona. A incerteza em relação ao futuro, o sofrimento e dor física em alguns casos, a dependência, a perda de controle sobre os acontecimentos, os efeitos secundários dos tratamentos, a recorrência da doença são alguns dos aspectos com maior impacto psicológico.

Pode-se observar que durante o processo de diagnóstico, o doente sofre de ansiedade em função dos exames em si, muitas vezes dolorosos, e dos seus resultados, carregados de expectativas. É a partir destes resultados que seu futuro se traçará, assim como suas esperanças e projetos de vida (McCaughan, et al., 2000).

Desse modo, sabe-se que:

> A vulnerabilidade psicológica que o paciente enfrenta é específica para cada indivíduo e depende, além das circunstâncias em que ela ocorre do significado pessoal atribuído à doença. O paciente é afetado pela percepção individual do impacto da doença no próprio corpo e no seu plano de vida. Engloba também a percepção do indivíduo acerca da sua capacidade em atingir objetivos futuros e manter a viabilidade de ações interpessoais. (Cardoso et al., 2009, p.2)

O tratamento também vem acompanhado de inúmeras incertezas. Na maioria das vezes, os pacientes possuem dúvidas sobre o tratamento escolhido e medo de como ele será feito, quais serão seus efeitos colaterais e de como seu organismo irá reagir ao tratamento. Assim, é muito comum que, os pacientes confrontam-se com a incerteza acerca do curso da doença e a possibilidade de morte prematura. A ideia da sua própria

morte torna-se mais ‘concreta’ e qualquer sintoma físico pode ser interpretados como um possível agravamento clínico, com repercussões sobre os níveis de ansiedade (McCaughan, et al., 2000).

Faulkner (1996) nos traz a necessidade do diálogo que o paciente precisa estabelecer com os outros frente ao seu momento de adoecimento. A comunicação que demonstra com seu meio social, familiar ou laboral acerca da doença e dos tratamentos pode contribuir ou não em relação ao seu tratamento. O sentimento de serem ‘estigmatizados pela doença’, ou o receio de provocar sofrimento nos outros, leva-os a falarem menos abertamente acerca da sua patologia.

Assim, esse “secretismo” frente a seu adoecimento pode dificultar a adaptação psicológica à doença e aumentar o isolamento. Pelo contrário, a possibilidade de diálogo permite ao doente receber o apoio emocional necessário. Muitos doentes “escolhem” um número restrito de pessoas com quem falam abertamente acerca das suas dificuldades, mostrando-se reservados a partilhar o seu sofrimento com terceiros. Alguns familiares e amigos têm dificuldade em manter com o doente um nível de contato equivalente ao que antecedia o período de doença, porque se sentem desconfortáveis em relação aos assuntos a abordar e receiam a reação do doente aos seus comentários ou receber más notícias (Cardoso et al., 2009).

Por fim, sabe-se que com a melhora efetiva do tratamento de vários tipos de câncer e consequente aumento da sobrevida, tem-se observado uma preocupação constante com os aspectos psicológicos e com a qualidade de vida de pacientes oncológicos, tanto durante como após o tratamento. Muitos pacientes, após a estabilização da doença, com o uso de “drogas-alvo”, modernos recursos para o tratamento, passam a conviver por vários anos com o câncer avançado.

Desse modo, a avaliação de fatores emocionais, em relação à depressão e ansiedade com seus respectivos impactos na qualidade de vida destes pacientes, se tornou importante para fornecer subsídios psicológicos que venham auxiliar na prevenção, adaptação emocional e social do indivíduo nas diferentes etapas do tratamento oncológico.

1.2.1 Depressão em Pacientes com Câncer

A depressão faz parte de um grupo de doenças que, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) está entre as três morbidades que agravam de maneira

significativa a qualidade de vida das pessoas. Kaplan e Sadock (2002) relatam que os sinais e sintomas da depressão incluem modificações das capacidades cognitivas, da fala e de funções vegetativas (sono, atividade sexual e outros ritmos biológicos), as quais podem levar o sujeito ao comprometimento do desempenho interpessoal, social e ocupacional, além de ser uma experiência subjetiva de grande sofrimento.

A depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral; estima-se que acometa 3% a 5% desta. Já em indivíduos doentes, incluindo pacientes com câncer, a prevalência fica entre 5% e 29%; sendo que 5% destes podem ter sintomas sugestivos de depressão maior (Blazer, 1995; Rentsch et al., 2007; Raison e Nemeroff, 2000; Katon, 2003; Bair et al. 2003; Burg et a1.2001; Anderson et al. 2001; Archer et al., 2008; Kugaya et al., 2000; Katz et al. 2004). Em portadores de câncer, a prevalência da depressão pode ser influenciada pelo tipo do tumor, pela agressividade e evolução da doença e pela presença ou não de tratamentos oncológicos eficazes. Apesar da depressão ser prevalente em indivíduos doentes, estudos clínicos mostram que apenas um terço dos casos de depressão é diagnosticado pelos clínicos e que somente 10 a 30% recebem tratamento antidepressivo adequado (Gill et al., 2000).

Dentre as características básicas do humor depressivo estão à perda de interesse ou prazer. Essa condição é relatada pelos pacientes como a presença de sentimentos de tristeza, desesperança e desvalia. O humor deprimido adquire, por vezes, uma qualidade distinta que o diferencia das emoções normais de tristeza ou de luto. Os sintomas da depressão são sentidos como uma dor emocional intensa, situação que poderá levar o paciente ao suicídio. Estudos mostram que entre os pacientes deprimidos, de 10 a 19% morrerão por suicídio ao longo da vida (Wulsin et al., 1999).

Muitos dos pacientes com câncer apresentarão algum sintoma de estresse emocional, seja no momento do diagnóstico ou posteriormente durante o tratamento. Sentimentos intensos como sensação de “choque” ou de descrença e sintomas de ansiedade, tristeza, irritabilidade, alteração do sono e mudança do apetite poderão ocorrer após o diagnóstico do câncer. Além disso, os pacientes podem ser acometidos por uma série de receios, incluindo o da incapacitação, da perda do status social, de alteração na imagem corporal e de dependência ou de perda de controle.

Uma das barreiras encontradas para o tratamento da depressão em pacientes com câncer ocorre devido a confusão entre os sintomas naturais advindos do adoecimento (tristeza ou mesmo depressão reativa) ou transtorno depressivo maior. Aproximadamente 10% a 25% dos indivíduos com câncer apresentarão, além da reação

“normal” esperada frente à doença, episódio de depressão maior e/ou de ansiedade (Croyle e Rowland, 2003; Greenberg, 2004; Simon, 2000).

O uso de escalas breves tem sido uma ferramenta útil para detectar pacientes que precisam de intervenções psicológicas e tratamento psiquiátrico. Os instrumentos mais utilizados para o *screening* de depressão em pacientes com câncer são os seguintes: General Health Questionnaire (GHQ-30); Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D); Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D); Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) e a Profile of Mood Scale (POMS-SF). A HAD foi a escala escolhida no presente estudo pois é uma das escalas mais utilizadas em pacientes com câncer e é considerada por muitos pesquisadores como o “padrão ouro” (Harter et al. 2006; Botega et al., 1995; Castro et al., 2006; Marcolino et al., 2007).

Por fim, é importante considerar a relação entre depressão e a diminuição da sobrevida dos pacientes oncológicos. Pacientes deprimidos aderem menos aos tratamentos propostos, o que tem impacto não só na qualidade de vida, mas também na sobrevida dos mesmos (Raison e Miller, 2003).

Desse modo, o reconhecimento ativo e o tratamento dos quadros depressivos e ansiosos nos pacientes oncológicos são parte essencial da abordagem a esse paciente e requer uma atenção multiprofissional, conforme discussão já apresentada.

1.2.2 - Ansiedade em Pacientes com Câncer

De acordo com Dalgalarrondo (2000), a ansiedade pode ser definida como um estado de humor desconfortável, uma apreensão negativa em relação ao futuro; uma inquietação interna desagradável; é um estado de alerta, que amplia a atenção diante de uma situação de perigo real ou imaginária. Desse modo, revela um mal-estar físico e psíquico. Dois componentes são observados frente a uma crise ansiosa: sensações fisiológicas como palpitação, suor e agitação. Ela está associada a um padrão característico de descarga do sistema nervoso autônomo, envolvendo a frequência respiratória e cardíaca, palidez cutânea, sensação de boca seca, aumento de sudorese e distúrbios musculoesqueléticos, envolvendo tremores e sensação de fraqueza (Spoerri, 2000). Além disso, no caso da ansiedade, são frequentes sintomas como insônia, tensão, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração. Porém, para a realização de um diagnóstico de uma “síndrome ansiosa” é importante verificar a intensidade dos

sintomas e seu impacto na vida do indivíduo (Dalgalarrondo, 2000; Andrade e Gorenstein, 2007; Vasconcelos et al., 2008).

A prevalência da ansiedade na população em geral varia de 5% a 20% (Dalgalarrondo, 2000; Vasconcelos et al., 2008). Grande parte dos pacientes com câncer desenvolvem sintomas ansiosos, que se relacionam com o período de espera entre o diagnóstico, cirurgia e o tratamento (Bauer, 2002). É um fenômeno natural que faz parte do nosso sistema de alarme e regula os nossos medos sendo que a sua intensidade determina a diferença entre o normal e o patológico (Spoerri, 2000). O transtorno de ajustamento ou adaptação é comum nesse período. Ele ocorre quando os recursos utilizados pelo paciente sofrem prejuízos ou entram em algum colapso; instala-se assim, um estado de ansiedade intensa, com vulnerabilidade física e psíquica.

Os sintomas ansiosos no paciente com câncer pode representar uma reação psicológica a própria doença, ao ambiente hospitalar, ou uma manifestação de transtorno de ansiedade, propriamente dita. Como, na maioria dos casos, essas circunstâncias se manifestam desde o diagnóstico até o final do tratamento, e sabe-se que esses fatores podem comprometer o sucesso do tratamento, é importante se atentar a essas questões emocionais do paciente, de modo a ajudá-lo também a melhorar frente seu tratamento clínico (Botega, 2006; Curatolo e Friedrich, 2000).

1.2.3 - Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes com Câncer

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou o termo saúde “como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1946). Porém, apenas recentemente há uma crescente preocupação não só com a frequência e a gravidade das doenças, mas também com a avaliação de medidas de impacto do adoecimento e comprometimento de outros fatores que interferem na qualidade de vida dos sujeitos.

O que significa então ter qualidade de vida? Quais dimensões estariam envolvidas e prioritariamente deveriam ser atendidas para se delinear uma vida com qualidade?

Sabe-se que o termo “qualidade de vida” tornou-se parte do senso comum. A mídia veicula esse conceito de forma indiscriminada, favorecendo uma visão genérica ou reducionista sobre o mesmo, sem o aprofundamento subjetivo que comporta. Essa dimensão, quase sempre ignorada ou com atenção reduzida, tem despertado interesse

científico e uma conscientização cada vez maior, recebendo a devida consideração numa abordagem integrada e interdisciplinar, na tentativa de soluções holísticas, voltadas para o bem-estar integral do ser humano (Nucci, 2003).

Qualidade de vida, nesse ínterim, é considerada uma das terminologias mais interdisciplinares da atualidade devido à dimensão do termo e à sua diversidade. Atualmente, são identificadas duas tendências quanto à conceituação do termo na área da saúde: QV como conceito mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). A QV apresenta, além dos aspectos associados às enfermidades e intervenções em saúde, uma acepção mais ampla, sem fazer referências a disfunções ou agravos, que são aspectos mais abordados na QVRS. (Souza, 2003).

Deste modo, Cella e Cherin (1988) salientam as diferenças relacionadas ao conceito. Para os indivíduos saudáveis, a noção de QV diz respeito a conceitos como riqueza, lazer, autonomia, liberdade, ou seja, tudo o que proporcione um cotidiano agradável. No entanto, numa pessoa com alguma enfermidade, QV é um conceito relativo. Os autores ainda definem a QVRS como sendo “a apreciação e satisfação que o doente tem com o seu funcionamento atual quando comparado com aquele que ele considera possível ou ideal” (Aaroson, 1988; Santos, 2003).

Por fim, entende-se que, na oncologia, o impacto da doença e do seu tratamento influi diretamente no estilo de vida do indivíduo. A psicologia tem como objetivo principal de sua prática promover, manter e/ou restaurar a saúde do indivíduo e identificar indicadores de QV para que se possa implementar o cuidado com o paciente.

1.2.4 Depressão, ansiedade e qualidade de vida no paciente com câncer de tireoide

Existem vários aspectos no CDT que podem resultar em ansiedade, depressão e comprometer a qualidade de vida. Além do impacto do diagnóstico, durante o tratamento, os pacientes passam por situações de stress físico e emocional. O tratamento cirúrgico pode trazer sequelas que podem impactar a qualidade de vida; incluindo o hipoparatireoidismo por ressecção das paratireoides, disfonia por lesão do nervo laríngeo recorrente e dor cervical ou fraqueza de membros superiores por lesão nervosa. Após a cirurgia, muitos dos pacientes necessitam tratamento com iodo radioativo que requer um preparo que inclui um período de hipotireoidismo; além disso, a iodoterapia pode gerar sequelas como a sialoadenite, redução ou perda da saliva e disfunções das vias lacrimais.

Após este tratamento inicial, os pacientes são submetidos a terapia de supressão do TSH e podem permanecer, por vários anos, em um estado de hipertireoidismo subclínico que pode resultar em irritabilidade, aumento da ansiedade, insônia e fadiga. Por fim, como o prognóstico destes pacientes é bom e a sobrevida é longa, muitos pacientes precisam conviver, mesmo curados, com mudanças na sua rotina e em seus hábitos para o resto de suas vidas.

O impacto psicológico do diagnóstico e tratamento do CDT é pouco investigado, principalmente quando se leva em consideração a ausência e presença de doença assim como sua extensão. Hoftijzer e colegas (2008) avaliaram os aspectos físicos, psicológicos e sociais e qualidade de vida de 153 pacientes com CDT comparando-os com indivíduos controles, identificando uma menor qualidade de vida independente do nível de TSH. Em outro estudo, pacientes com CDT foram avaliados durante a fase de supressão do TSH e durante a fase de retirada hormonal em preparo para pesquisa de corpo inteiro ou iodoterapia e foi observado redução na qualidade de vida e déficit cognitivo nestes períodos do tratamento. Outros estudos também revelaram o impacto negativo do diagnóstico de CDT na qualidade de vida (Mostouf -Moab et al., 2012; Botella-Carretero et al.,2003; Taieb et al., 2011); entretanto a avaliação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes com CDT de acordo com a extensão da doença não foi investigado.

2. OBJETIVO

- Avaliar as implicações psíquicas/ emocionais decorrentes do diagnóstico e tratamento do CDT (sintomas ansiosos e depressivos) e seu impacto na qualidade de vida em pacientes sem evidência de doença, em pacientes com resposta indeterminada ao tratamento ou com doença local e em pacientes com doença metastática.

3. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantiqualitativa da sintomatologia ansiosa e depressiva e da qualidade de vida dos pacientes considerando os seguintes domínios: o bem-estar físico, o bem-estar psicológico e os aspectos de bem-estar social.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

Critérios de inclusão: diagnóstico de carcinoma diferenciado de tireoide, tratamento com tireoidectomia total, idade acima de 18 anos e ser capaz de avaliar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: pacientes cuja gravidade clínica os impeçam de participar da pesquisa, TSH > 10 mU/mL e presença de outro diagnóstico oncológico.

Entre maio de 2014 e maio de 2015, 89 pacientes com CDT previamente tratados com tireoidectomia total, em seguimento no ambulatório de Endocrinologia do ICESP, assinaram o TCLE. Doze pacientes foram excluídos do estudo; 7 pacientes por apresentarem um TSH > 10 mU/mL no momento da entrevista e 5 pacientes com histórico de outro tumor primário. Setenta e sete pacientes

Setenta e sete pacientes foram incluídos no estudo e distribuídos em três grupos. Grupo 1 (n=36): pacientes sem evidência de doença (tireoglobulina sérica < 0,2 ng/mL e US pescoço sem alterações), grupo 2 (n=19): pacientes com evidência de doença local ou com resposta indeterminada ao tratamento (linfonodo cervical metastático confirmado por citologia ou linfonodo suspeito por US e/ou tireoglobulina sérica > 0,2 ng/mL) e grupo 3 (n=22): pacientes com metástases à distância (pulmão, ossos, fígado).

Além dos pacientes com CDT, 77 indivíduos foram incluídos no estudo como grupo controle. O grupo controle foi composto por indivíduos saudáveis, sem história de disfunção tireoidiana ou de neoplasias que trabalhavam na área administrativa do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.

3.1 PROCEDIMENTOS

Após leitura e assinatura do TCLE (apêndices B e C) os pacientes e indivíduos controle responderam a uma escala de avaliação de sintomatologia Ansiosa e Depressiva (HAD) e escala de avaliação de Qualidade de Vida denominada WHOQOL Bref (anexos A e B). Além disso, os pacientes com CDT foram submetidos à entrevista semidirigida (apêndice A).

3.1.1. Análise de Prontuário

Os dados clínicos dos pacientes relacionados ao diagnóstico, extensão da doença e tratamentos realizados foram obtidos através de informações contidas nos prontuários médicos. Os seguintes parâmetros foram investigados: data de diagnóstico, cirurgias realizadas; anatomopatológico e estadiamento, dose da iodoterapia, informações sobre radioterapia externa e/ou quimioterapia sistêmica, doses de levotiroxina, dados de exames laboratoriais e de imagem e medicamentos utilizados durante o tratamento.

3.1.2. Entrevista semidirigida

A entrevista semidirigida contém questões que permite a liberdade para que o paciente exponha suas questões e para que o pesquisador possa interromper para perguntas que esclareçam lacunas e que orientem o assunto para uma ou outra direção.

Por meio desta entrevista, a amostra foi caracterizada quanto ao sexo, idade, estado civil, grau de instrução, ocupação e número de filhos. Várias questões adicionais foram abordadas como: ter ou não ter filhos; estado atual da doença (ativa; em remissão); como o paciente encara a doença e as alternativas de tratamento como a realização de cirurgias ou eventual quimioterapia; grau de adesão ao tratamento e; avaliação do nível de informação sobre a doença.

3.1.3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

Para avaliar a ansiedade e a depressão foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, *HAD*) (anexo A). Esta escala tem a vantagem na aplicação em pacientes oncológicos por não incluir sinais e sintomas físicos que poderiam interferir na avaliação de depressão e ansiedade.

A HAD é composta por 14 questões, das quais sete são relacionadas à ansiedade (HAD-A) e sete à depressão (HAD-D). O entrevistado atribui nota de zero a três para cada uma das perguntas, perfazendo totais que podem variar de 0 a 21 em cada subescala. Pontuação de oito ou mais, tanto na subescala de ansiedade quanto na de depressão, é sugestiva de transtorno de ansiedade e de depressão, respectivamente (Zigmond et al, 1983; Andrade, 2007). A escala HAD foi validada no Brasil em uma enfermaria de clínica médica (Botega, 1995)

HADS-A

1. Eu me sinto tenso ou contraído
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga
11. Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico

HADS-D

2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas
6. Eu me sinto alegre
8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência
12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir
14. Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão/rádio

3.1.4 Escala de Qualidade de Vida Bref / WHOQOL

O WHOQOL-bref (tabela 1, anexo B) consta de 26 questões; duas questões gerais de qualidade de vida, 7 questões sobre o domínio físico, 6 questões sobre o domínio psicológico, 3 questões sobre relações sociais e 8 questões sobre o domínio meio ambiente. A versão em português apresentou características satisfatórias de

consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (Fleck et al, 1999).

Tabela 1: Perguntas relacionadas à qualidade de vida (WHOQOL-bref).

DOMÍNIOS	PERGUNTAS
Domínio Físico	Em que medida você acha que sua dor física impede que você faça o que precisa? O quanto você precisa de tratamento médico para você levar sua vida diária? Você tem energia suficiente para o seu dia a dia? Quão bem você é capaz de se locomover? Quão satisfeito você está com seu sono? Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenho para as atividades do seu dia a dia? Quão satisfeito você está com sua capacidade de trabalho?
Domínio Psicológico	O quanto você aproveita a vida? Em que medida que você acha que sua vida tem sentido? O quanto você consegue se concentrar? Você é capaz de aceitar sua aparência física? Quão satisfeito você está consigo mesmo? Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão?
Domínio **Relações Sociais**	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Quão satisfeito você está com sua vida sexual? Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
Domínio Meio Ambiente	Quão seguro você se sente em sua vida diária? Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Quão disponíveis, para você, estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Em que medida você tem oportunidade de lazer? Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora? Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?

3.2 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada de modo qualitativo e quantitativo. As variáveis qualitativas foram apresentadas pelas frequências e porcentagens e as variáveis quantitativas foram calculadas a média, mediana, desvio padrão (DP) e valores mínimo e máximo.

Associação entre as variáveis qualitativas com os grupos de estudo foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher segundo avaliação dos valores esperados. Quando comparadas as variáveis quantitativas segundo os grupos de estudo, o teste utilizado foi análise de variância (ANOVA) ou Kruskal-Wallis segundo a distribuição dos dados. Gráficos de *boxplot* foram desenhados para cada um dos domínios do WHOQOL-BREF segundo os grupos de estudo. O nível de significância adotado foi de 5%. Os dados foram analisados no software estatístico SPSS for Windows v.18 ©.

Em relação à parte qualitativa, as questões da entrevista semidirigida foram observadas através da técnica de Análise de Conteúdo ou Análise de Bardin.

Trata-se de uma avaliação qualitativa que pressupõe a análise quantitativa dos resultados, possibilitando interpretar a comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto nas entrevistas (Bardin, 2006). Tal opção se deve a que o autor é o mais citado no Brasil em pesquisas que adotam a análise de conteúdo como técnica de se trabalhar os resultados.

Na pesquisa, em suma, a análise de dados se baseou na construção de categorias para cada paciente, integrando os dados colhidos nas entrevistas e nas duas aplicações das escalas. A partir destes dados foi feito uma comparação das categorias de modo a observar as palavras que mais se repetiram nas entrevistas com os pacientes. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

4. RESULTADOS:

4.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS

A tabela 2 descreve as características sociais e demográficas dos pacientes diagnosticados com CDT e dos indivíduos do grupo controle. Dos 77 pacientes com CDT incluídos, 62 (80%) são mulheres e 15 (20%) são homens, com idade mediana de 55 anos (21-83 anos). No grupo controle (n=77), 62 (80%) são mulheres e 15 (20%) são homens com idade mediana de 46 anos (19-75 anos). Os indivíduos do grupo controle eram mais jovens e possuíam um melhor grau de escolaridade (Tabela 2).

A tabela 3 demonstra os dados clínicos dos 77 pacientes incluídos que foram divididos em 3 grupos. O grupo 1 (n=36) incluiu pacientes sem evidência de doença; o grupo 2 (n=19) incluiu pacientes com doença local ou resposta indeterminada ao tratamento; já o grupo 3 (n=22) incluiu pacientes com doença metastática (envolvimento de pulmão, fígado e/ou ossos).

Todos os pacientes foram submetidos à tireoidectomia total e 96% à iodoterapia. Observamos diferenças significativas entre os grupos em relação aos níveis de TSH, tireoglobulina, dose cumulativa de I^{131} e tempo de seguimento. De acordo com a localização e progressão da doença, os pacientes do grupo 3 foram submetidos a outros tratamentos como radioterapia externa e/ou tratamento sistêmico como inibidores de quinase incluindo sorafenibe, vandetanibe e lenvatinibe (tabela 3).

Tabela 2. Características Sócio Demográficas

Características Sócio-demográficas		Grupo controle	Grupo pacientes	Valor p
		N=77	N=77	
Sexo	Feminino	62 (80%)	62 (80%)	1,0
	Masculino	15 (20%)	15 (20%)	
Idade	Mediana	46 (19-75)	55 (21-83)	<0,05
Estado civil	Casado Divorciado Solteiro Viúvo	37 (48%) 12 (16%) 24 (31%) 4 (5%)	42 (55%) 12 (16%) 13 (17%) 10 (13%)	0,104
Escolaridade	Ensino fundamental	12 (16%)	52 (68%)	<0,05
	Ensino médio	51 (66%)	17 (22%)	
	Ensino superior	14 (18%)	8 (10%)	
Religião	Católica	40 (52%)	40 (52%)	0,534
	Evangélica	20 (26%)	22 (29%)	
	Espírita	5 (6%)	5 (6%)	
	Não possui	10 (13%)	6 (8%)	
	Outros	2 (3%)	4 (5%)	
Procedência	São Paulo	70 (91%)	72 (93%)	0,058
	Fora de São Paulo	7(9%)	5 (7%)	

* Teste Kruskal Wallis – análise de diferença entre grupos.

Tabela 3. Características Clínicas dos pacientes com carcinoma diferenciado da tireoide (CDT)

Característica		**Grupo 1 (36)**	**Grupo 2 (19)**	**Grupo 3 (22)**	**Valor p***
Tipo Histológico	Papilífero	35 (97%)	18 (95%)	18 (82%)	
	Folicular	1 (3%)	1 (5%)	4 (18%)	
Tratamentos	Tireoidectomia Total	36	19	22	
	Iodoterapia	32	19	22	
	Dose de Iodo (mCi) (Mediana)	159,5 (0-526)	205 (100-650)	475 (150-1300)	< 0,001
Outros Tratamentos	Inibidores de Quinase Radioterapia Externa	- -	- -	12 6	
TSH (0,27 a 4,20 µIU/mL) – Mediana		0,26 (0,01- 5.8)	0.02 (0,01-7,74)	0,03 (0,01-4.04)	0,002
Tireoglobulina Sérica (ng/dL) – Mediana		< 0,2 (0-1,0)	1,60 (0,0-53,6)	157,65 (1,3-45389)	<0,001
Seguimento (anos) – Mediana		3,0 (0,41-9,0)	3,0 (1-12)	4,5 (1-28)	0,04

* Teste Kruskal Wallis – análise de diferença entre grupos.

4.2 AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A HAD é uma escala de autopreenchimento e consta de sete itens para ansiedade e sete para depressão (Zigmond e Snaith, 1983). É constituída por 14 itens de múltipla escolha, dos quais sete são voltados para avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete para depressão (HAD-D). Cada item pode ser pontuado de 0 a 3, atingindo-se máximo de 21 pontos em cada subescala. Na presente pesquisa, adotaram-se os pontos de corte informados na literatura: escore indicativo de ansiedade/depressão igual ou maior que 8.

A figura 1A demonstra a frequência de pacientes com presença ou ausência de sintomas ansiosos e a Figura 1B demonstram a presença ou ausência de depressão.

Figura 1: Frequência de sintomatologia ansiosa e depressiva encontrada nos 77 pacientes com CDT usando a escala HAD

Figura 1A:

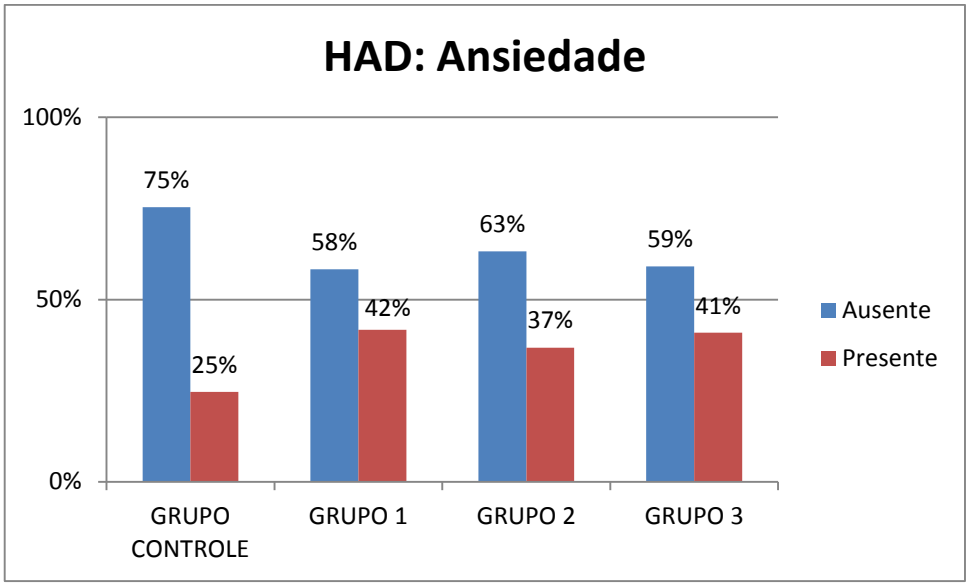
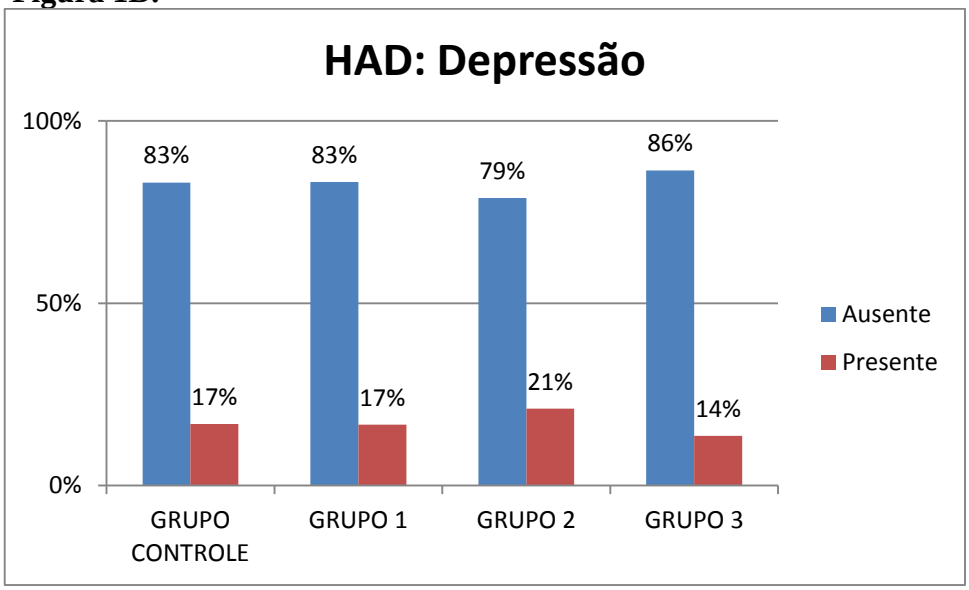


Figura 1B:



Como pode ser observado na figura 1A, a frequência de ansiedade em pacientes com CDT variou entre 37% a 42 %, significativamente maior do que a observada em indivíduos do grupo controle (p = 0,039).

Já em relação aos sintomas depressivos foi interessante observar que a frequência de depressão entre os grupos foi bem semelhante. Além da frequência de ansiedade e depressão, analisamos grau dos escores relacionados à ansiedade e depressão de cada grupo.

De acordo com Botega e colegas (1995), de 8 a 11 pontos indicam ansiedade/depressão de forma moderada e 12 a 21 pontos ansiedade/depressão de forma grave. Analisando a coorte do estudo em geral, pudemos observar que a média dos escores de todos os grupos é semelhante. De uma maneira mais detalhada, analisamos em todos os grupos o número de pacientes que apresentaram escores indicativos de ansiedade ou depressão moderada a grave e não observamos diferenças significativas mesmo em relação ao grupo de pacientes com doença metastática. Na realidade, dos 154 indivíduos investigados, sete indivíduos (4,5%) possuíam um escore sugestivo de sintoma depressivo grave; nenhum destes pertenciam ao grupo de pacientes com CDT metastático.

Tabela 4: Escores de ansiedade e depressão em pacientes com CDT (grupos 1 a 3) comparados com indivíduos sem CDT (controle).

Questionário	Controle (N = 77)	Grupo 1 (N = 36)	Grupo 2 (N = 19)	Grupo 3 (N = 22)	Valor de p
Ansiedade					
Score $\geq$ 8	25%	42%	37%	41%	0.039*
Depressão					
Score $\geq$ 8	17%	17%	21%	14%	1.000*
Ansiedade					
(Mean score $\pm$ SD)	5.54 $\pm$ 3.55	6.47 $\pm$ 4.46	6.63 $\pm$ 4.20	6.73 $\pm$ 3.64	0.601**
Depressão					
(Mean score $\pm$ SD)	4.32 $\pm$ 2.99	4.83 $\pm$ 3.62	4.79 $\pm$ 4.56	4.05 $\pm$ 3.84	0.743**

*Pearson Chi-Square test ** Kruskal Wallis Test

Tabela 5: Ansiedade em pacientes com CDT (grupos 1 a 3) e indivíduos controle.

HAD Ansiedade	Grupo 1 (n=36)	Grupo 2 (n=19)	Grupo 3 (n=22)	Controle (n=77)
0-7 (ausente)	21 (58%)	12 (63%)	13(59%)	58 (75%)
8-11 (moderada)	13 (28%)	4 (21%)	7 (32%)	14 (19%)
12-21 (grave)	5 (14%)	3 (16%)	2 (9%)	5 (6%)

Tabela 6: Depressão em pacientes com CDT (grupos 1 a 3) e indivíduos controle.

HAD Depressão	Grupo 1 (n=36)	Grupo 2 (n=19)	Grupo 3 (n=22)	Controle (n=77)
0-7 (ausente)	30 (83%)	15 (79%)	18 (83%)	65 (83%)
8-11 (moderada)	4 (15%)	3 (21%)	4 (17%)	8 (10%)
12-21 (grave)	2 (5%)	1 (5%)	0	4 (7%)

4.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

O instrumento WHOQOL-bref favoreceu uma aproximação ao conceito Qualidade de Vida (QV), com a percepção de sua abrangência subjetiva. Na totalidade, os participantes se manifestaram favoráveis ao questionário e participação na pesquisa. Este questionário contém 26 questões (Tabela 1), sendo duas questões gerais e 24 que abrangem os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O domínio físico envolve os questionamentos relacionados à dor, energia para o dia-a-dia, padrão de sono, atividades do dia-a-dia, capacidade para o trabalho e necessidade de tratamento médico para levar a vida diária. O domínio psicológico é caracterizado pelas questões que retratam o sentido da vida, modo de aproveitar a vida, concentração, aceitação da aparência física, satisfação consigo mesmo e frequência de sentimentos negativos. O domínio de relações sociais retrata as relações pessoais com os amigos, familiares e a vida sexual e o domínio meio ambiente avalia questões relacionadas à moradia, transporte, lazer e capacidade financeira.

Para interpretar as respostas dadas pelos participantes aos itens que representam estes domínios utilizou-se de um escore total que corresponde ao somatório dos itens. Em cada questão os escores variam de 1 a 5 (1 = nada, 2 = muito pouco, 3 = mais ou menos, 4 =bastante e 5 = extremamente); o escore total varia de 0-100, sendo que escores mais altos denotam uma melhor qualidade de vida. A análise entre grupos foi realizada pelos testes de kruskal-Wallis e Mann-Whitney.

Na análise comparativa entre grupo controle (N=77) e pacientes com CDT (N=77) (Tabela 7), pode-se observar uma redução significativa na qualidade de vida em relação aos domínios físico e psicológico e uma melhor percepção de QV em relação ao meio ambiente o que sugere que o processo de adoecimento possa modificar a percepção da vida com valorização de aspectos como moradia, transporte, lazer e capacidade financeira ou talvez estes fatores sejam menos importantes e deixados em segundo plano frente à possibilidade de finitude e de melhora em relação à saúde.

De maneira semelhante, no domínio relação social, apesar de não se observar diferença estatística entre os grupos controle e de pacientes, os escores foram superiores nos grupos com CDT em relação ao grupo controle, sugerindo um bom suporte familiar e relacionamento com amigos.

Na análise dos grupos 1, 2 e 3 com o grupo controle pode-se observar que as diferenças são mais significativas entre o grupo 3 (pacientes com doença metastática) e o grupo controle, especialmente em relação a QV global e a satisfação com a saúde, o que não foi observado na análise dos grupos 1 e 2 em relação ao grupo controle.

Foram feitas também análises entre os grupos com CDT já que são diferentes em relação à extensão da doença; pacientes do grupo 1 não possuem evidência de doença após tratamento cirúrgico e iodoterapia e estão potencialmente curados; pacientes do grupo 2 possuem evidência ou suspeita de doença local, a qual pode ser tratada e curável; pacientes do grupo 3 são pacientes com doença metastática e portanto, incuráveis. Apesar da extensão e do prognóstico da doença, não observamos diferenças significativas exceto em relação ao domínio físico, cujo escore está significativamente menor do que dos grupos 1 e 2 (Tabela 7).

Tabela 7: Qualidade de vida em pacientes com carcinoma diferenciado da tireoide comparada a indivíduos sem carcinoma diferenciado da tireoide.

	Controle (média ± DP)	**Grupo 1** (média ± DP)	**Grupo 2** (média ± DP)	**Grupo 3** (média ± DP)	**Valor *p*** (Grupos 1,2,3 vs. controle) ¥	**Valor *p*** (Grupo 3 vs. controle) ¥¥	**Valor *p*** (Grupo 1 vs. Grupo 3) ¥¥
Global	14.98 ±2.72	14.22 ±2.5	14.42 ±1.70	13.81 ±2.03	0.132	0.045*	0.346
Domínio Físico	72.77 ±12.19	70.33 ±12.65	65.22 ±9.73	60.38±13.62	0.001*	<0.001*	0.006*
Domínio Psicológico	70.77 ±12.19	63.65 ±12.97	64.91 ±12.75	67.99 ±9.65	0.041*	0.321	0.133
Domínio Relações Sociais	68.83 ±16.3	72.91±8.06	69.73 ±12.48	74.62±10.11	0.274	0.107	0.434
Dominio Meio Ambiente	54.13 ±12.43	63.38 ±9.89	60.52 ±9.78	63.49 ±9.71	< 0.001*	0.001*	0.538
Percepção QV	17.77 ±3.80	16.49 ±4.26	16.77 ±2.98	16.76±3.54	0.418	0.349	0.792
Satisfação com a Saúde	16.55±6.06	15.45±4.83	15.78 ±3.82	13.92 ±5.07	0.185	0.045*	0.257

¥ Teste kruskal Wallis test. ¥¥ Teste Mann-Whitney. Abreviações: QV: qualidade de vida; DP: desvio padrão.

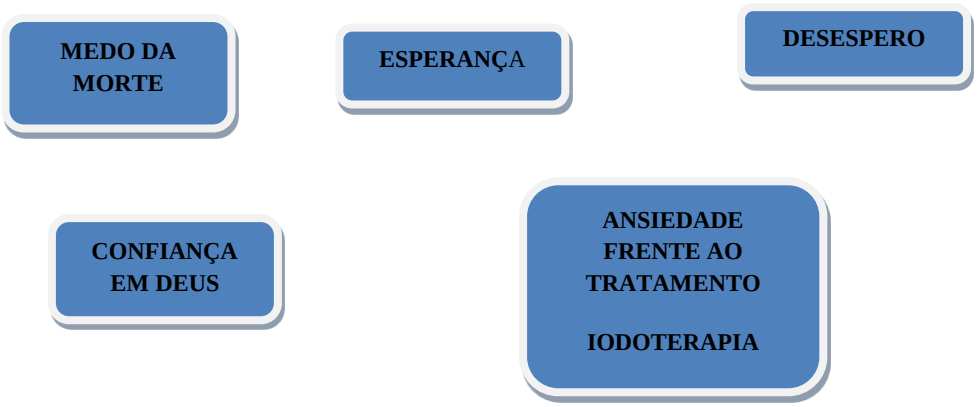
4.4 ANÁLISE DA ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA - CONSTRUÇÃO DE CATEGORIAS

Na entrevista semidirigida, as perguntas norteadoras do trabalho foram: “Você poderia comentar como foi quando descobriu que estava com o diagnóstico de câncer”? (sensações/pensamentos, o que o adoecimento parecia representar) e ”Como tem sido o tratamento em relação ao CDT?”.

Pode-se observar durante a pesquisa que, mesmo sabendo que o CDT é um dos tipos de câncer com excelente prognóstico, há um grande “estigma” do câncer propriamente dito. Em relação às falas mais observadas dos pacientes, elas são

permeadas por medos, angústias e desespero frente a um diagnóstico a princípio visto como devastador.

Na entrevista semidirigida, como os pacientes dos grupos 1 e 2 tiveram respostas muito homogêneas foi optado por agrupá-los em um grupo denominado "DTC não metastático" (n=55) e os pacientes do grupo 3 foram denominados "DTC metastático" (n=22). No grupo DTC não metastático, a partir do conteúdo do relato verbal, foi possível levantar cinco categorias mais frequentes, descritas abaixo.



A tabela 8 resume as categorias observadas nos grupos DTC não metastático e DTC metastático.

Tabela 8: Categorias identificadas na entrevista semidirigida (Análise de Bardin)

Categorias	Grupo DTC Não-Metastático (n=55)	Grupo DTC Metastático N=22
Medo da morte	22/55 (40%)	12/22 (55%)
Esperança	20/55 (36%)	9/22 (41%)
Confiança em Deus	15/55 (27%)	---
Desespero	17/55 (31%)	---
Ansiedade frente ao tratamento	10/55 (18%)	---
Frustração frente à recidiva	---	14/22 (67%)
Sequelas físicas	---	11/22 (50%)
Raiva	---	7/22 (32%)

Em relação ao impacto do diagnóstico, nos pacientes com CDT não metastático, a categoria “medo da morte” foi observada com mais frequência em 40% dos pacientes. Relatos específicos dos pacientes incluíram: “A vida deu uma virada, achei que fosse morrer”; “Fiquei muito preocupada, achando que era algo muito grave, depois fui me acalmando e vi que não era dos ‘piores’ tipos de câncer”; “Achei que fosse ficar careca, morrer, depois que vi que o meu tratamento era outro”; “Pensei que fosse morrer e deixar os meus filhos pequenos”; “Veio um baque emocional, sempre me cuidei muito, pensei que fosse em vão, que iria morrer”; “Minha vizinha tinha morrido de câncer, achei que iria acontecer o mesmo comigo”.

Após o primeiro choque inicial, a segunda categoria que mais se repetiu foi a esperança. Vinte pacientes trazem relatos de otimismo, apesar de estarem doentes. Exemplos de relatos específicos incluem: “Eu aprendi a ter confiança na equipe, suportei bem, tenho esperança que vai dar certo”; “No início foi um baque, depois vi que meu problema não é nada perto dos outros aqui, estou esperançosa”; “Hoje estou mais tranquila, o tratamento vai bem, acho que vou sair dessa”.

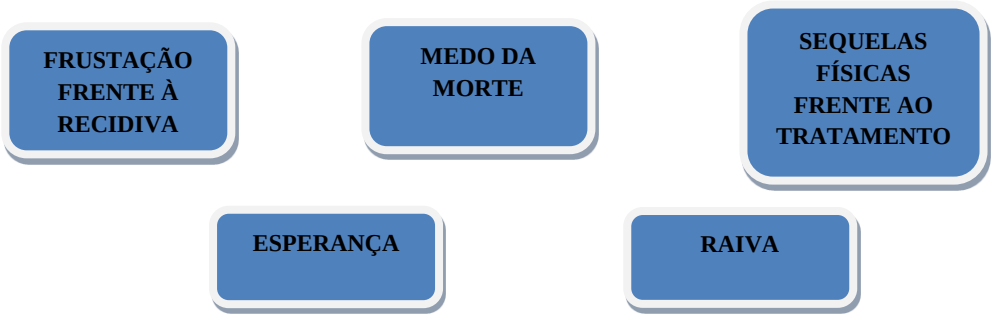
Já em relação à categoria desespero, ela apareceu dezessete vezes nos relatos (31%). “Quando soube foi péssimo, bateu um desespero total, medo de “perder o controle do meu corpo e de mim”; “Me deu um desespero de meu prognóstico ser muito ruim, o câncer é traiçoeiro”; “Entrei em choque no início, chorei muito, gritei, não acreditava que isso estava acontecendo comigo”; “Achei que não fosse superar, fiquei sem reação, paralisada”.

Em quarto lugar, o discurso da religiosidade/espiritualidade como recurso para enfrentar o tratamento aparece em ¼ das falas. Quinze pacientes referem intensa confiança em Deus para conseguirem seguir seu tratamento e obterem sucesso nele. “A minha confiança em Deus me faz acreditar que tudo vai ficar bem”; “Deixei nas mãos de Deus e deixei ele cuidar de tudo”; “Não esperava de forma nenhuma mas minha religião me ajudou muito”; “Fiquei muito triste, mas depois me lembrei que Deus estava comigo e tudo ia ficar bem”; “Na igreja todo mundo reza por mim, vou sair dessa!”.

Por fim, a categoria ansiedade frente ao tratamento foi observada em 18% dos pacientes. “Quando a doutora começou a me explicar do tratamento, queria começar logo, para tirar isso de mim”; “Achei que fosse fazer quimio e radio, depois vi que o tratamento era diferente, que era a iodo”; “Achei muito difícil no início, fazer a iodo,

ficar sozinha ‘isolada’, depois vi que era para o meu bem”; “Fiquei muito ansiosa e nervosa, não via a hora de tirar ‘isso’ de mim”.

Em relação ao grupo DTC metastático (n=22) foram observadas as seguintes categorias (tabela 8):



A categoria “frustração frente à recidiva” foi a mais frequente, observada em 63% dos pacientes. Os relatos específicos incluem: “O baque maior para mim foi quando eu descobri que o tratamento não estava dando resultado e a doença voltou”; “Eu pedi para repetir os exames, não acreditei que tinha voltado”; “São muitos anos lidando com o adoecimento e ver que recidivou foi bem difícil”; “No início eu fiquei tranquila, mas quando soube da meta meu ‘mundo’ desabou”; “A segunda vez que voltou foi pior, parece que as energias vão acabando”.

Outra categoria que se destacou consideravelmente foi o “medo da morte”, relatado por 55% dos pacientes. “Eu fiquei chocada com a progressão da doença, achei que fosse morrer”; “Pensei que fosse morrer, depois vi que poderia me recuperar”; “Eu não acreditei que era comigo, a morte foi à primeira coisa que veio na minha cabeça”; “Chorei muito, via isso como um fim...”.

A terceira categoria que surgiu no conteúdo das falas foi em relação às sequelas físicas frente ao tratamento, que se repetiu na fala de onze pacientes (50%). Essas questões dizem respeito às cirurgias mutiladoras, perda de voz, possibilidade de realização de traqueostomia, dentre outros aspectos. “Todo mundo me olha diferente por causa da cicatriz que tenho no meu pescoço”; “No início foi tranquilo, mas agora depois de três cirurgias vejo meu tratamento como mutilador, quase coloquei traqueostomia”; “Eu me sinto ‘esgotada emocionalmente’ com esse tratamento”; “Após a cirurgia fiquei muito abalado por causa da perda da voz”; “Eu tenho vergonha da minha cicatriz”.

Em quarto lugar, a esperança surge como recurso para enfrentar o tratamento. Nove pacientes (41%) trouxeram falas permeadas de otimismo e expectativas positivas. “No início tive um medo intenso, mas hoje tenho esperança de sair dessa”; “Sei que tenho muitas metas, mas tenho esperança de ver meus netos crescerem”; “Aos poucos a vida foi voltando ao normal, hoje estou mais esperançosa”.

Por fim, a categoria raiva foi repetida por sete vezes (32%). Todas essas frases giravam em torno do “Por que eu?”; as frases eram permeadas por indagações sobre os motivos que levaram esses pacientes a terem adoecido. “São muitos anos lidando com o adoecimento, dá uma raiva tanto sofrimento”; “Não sei se é Deus, se são coisas da vida, mas me pergunto por que eu”?

5. DISCUSSÃO

A doença oncológica é acompanhada de grande sofrimento psicológico que atinge o paciente. O doente enfrenta, a partir do momento da descoberta do câncer, um conjunto de mecanismos e de tarefas de adaptação à doença e seus tratamentos. O câncer é representado como um evento ameaçador, independente de qual tipo seja. O diagnóstico aumenta os sentimentos de desamparo, de perda do controle do próprio corpo.

A realização do tratamento oncológico e o impacto que ele causa nos pacientes são diversos. Sabe-se que por um lado, o doente quer usufruir de todos os recursos médicos rapidamente, tais como cirurgia, iodoterapia e tratamentos complementares, por outro, ele teme a mutilação, a dor, a apreensão quanto aos exames médicos desconhecidos; a perda da independência, além da perda dos ideais de ego: objetivos de vida e papéis sociais. Deste modo, a necessidade de um plano terapêutico global integrando os cuidados psicológicos passa a ser necessário em todos os estágios do câncer.

Em relação ao CDT, existem poucos trabalhos publicados que avaliam aspectos psicológicos como ansiedade, depressão e qualidade de vida (Crevenna et al., 2003; Giust et al., 2005; Dagan et al., 2004; Schultz et al., 2003; Tan et al., 2007).

Apesar do carcinoma diferenciado da tireoide estar associado a uma boa sobrevida, alguns pacientes permanecem com doença residual local ou metastática e necessitam de tratamento pelo resto de suas vidas. Ao mesmo tempo, pacientes curados

também necessitam de seguimento para manejo de sequelas relacionadas ao tratamento que incluem não só hipotireoidismo, mas também, em alguns casos, hipoparatireoidismo, disfonia, dor crônica, alterações das glândulas salivares e/ou lacrimais que podem impactar na qualidade de vida destes pacientes (Goldbert et al., 2005; Hoff, 2015; Schlumberger, 1998; Haugen et al, 2016).

O objetivo deste estudo foi avaliar sintomas ansiosos e depressivos e a qualidade de vida de pacientes com CDT. O estudo foi transversal e avaliou 77 pacientes em seguimento no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, 62 mulheres (80%) e 15 homens (18%), a maioria (> 90%) com carcinoma papilífero da tireoide (Tabelas 2 e 3). Com o intuito de avaliar se a extensão da doença e a resposta ao tratamento eram importantes no estado emocional e na qualidade de vida, os pacientes foram distribuídos em 3 grupos de acordo com a presença e extensão da doença. Todos os pacientes foram submetidos à cirurgia, 96% à iodoterapia e os pacientes do grupo 3 receberam tratamentos adicionais incluindo iodoterapia, radioterapia e tratamento com inibidores de quinases (Tabela 2). Além dos pacientes com CDT, foram incluídos 77 indivíduos, 62 mulheres e 15 homens, sem histórico de câncer e disfunção tireoidiana, identificados como grupo controle.

Os 154 indivíduos responderam a questões referentes a escalas para avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva (HAD) e para avaliação da qualidade de vida (QV) (WHOQOL-Bref). Além disso, os pacientes com CDT foram submetidos a uma entrevista semidirigida que avaliou mais profundamente o impacto psicológico do diagnóstico e tratamento do CDT.

O achado mais importante deste estudo foi a identificação de alta frequência de ansiedade independente da extensão da doença e a redução da qualidade de vida observada principalmente em pacientes com doença metastática.

Em relação à ansiedade, utilizamos a escala HAD para avaliar a frequência e o escore da ansiedade. Em relação à frequência de ansiedade, observamos que 37% a 42% dos pacientes com CDT, comparado a 25% no grupo controle, apresentavam um escore acima de 7 sugestivo de ansiedade. Esta frequência é semelhante ao observado no trabalho de Roerink e colaboradores, o qual observou ansiedade em 34% de pacientes com CDT e é semelhante a observada em outros tipos de câncer mais agressivos e com menor sobrevida, tais como pulmão, mama e leucemias (28%-50%) (Roerink et al., 2013; Dabrowski et al., 2007; Jaccobren et al., 2005). Apesar do estudo de Roerink e cols. incluir mais pacientes com CDT em remissão (81%) foi demonstrado a mesma

frequência de ansiedade em pacientes independente da extensão da doença, como observado em nosso estudo. Um outro achado da escala HAD foi que apesar da frequência de ansiedade em pacientes com CDT ser significativamente maior que nos controles, o escore médio de ansiedade não foi diferente entre os grupos sugerindo, que a ansiedade neste grupo de pacientes com CDT não é de forma severa. Os dados deste estudo, assim como o demonstrado na literatura, nos mostram que o paciente oncológico, independentemente da extensão e agressividade do tumor, vivencia inúmeros momentos de ansiedade em relação ao seu tratamento, em qualquer estágio da doença. Esses fatores dependem da subjetividade de cada um. Nos pacientes com CDT, estudos prévios indicam que mesmo após curados, pacientes persistem com altos níveis de ansiedade decorrentes do hipertireoidismo subclínico e de potenciais complicações decorrentes do tratamento (Roerink et al, 2013); portanto, a supressão do TSH e o hipertireoidismo subclínico podem ter contribuído com a alta frequência de ansiedade observada nesta coorte de pacientes com CDT.

Já em relação aos sintomas depressivos, sabe-se que indivíduos com câncer e outras condições médicas graves, comparados com a população geral, têm maior risco de sintomas e transtornos depressivos (Raison, 2003). Sintomas depressivos são observados em 15% a 30% de pacientes com câncer e em 3% a 10% da população em geral. A frequência da depressão varia de acordo com o tipo de tumor e estágio da doença, da presença de dor e incapacidade física e funcional e do apoio social que cada indivíduo possui. (Bastos et al., 2007; Bottino, Fraguas e Gattaz, 2009; Fanger et al., 2010; Susuki et al., 2011; Paula et al. ,2012, Berard, 1998, Botega 2006).

Em nosso estudo, através da aplicação da escala HAD, os achados em relação aos sintomas depressivos em pacientes com CDT vão de encontro à literatura. A presença de depressão foi semelhante entre os pacientes com CDT e no grupo controle, variando entre 14% a 30%. Dois estudos que avaliaram a frequência de depressão em pacientes com CDT obtiveram achados semelhantes. No estudo de Tagay e colaboradores, a população saudável (grupo controle) apresentou resultados muito semelhantes à população de pacientes com câncer de tireoide, não havendo diferença estatística entre eles (Tagay et al., 2005). Em outro estudo, pacientes com CDT em hipertireoidismo subclínico prolongado (> 10 anos) possuíam níveis semelhantes de fadiga mental e física em comparação ao grupo controle (Hoftijzer et al, 2008). Imaginava-se que, pela gravidade do quadro clínico, os pacientes metastáticos

possivelmente estariam piores emocionalmente, porém não observamos diferenças em comparação aos pacientes com doença estável ou em remissão.

É importante notar que apesar da frequência de sintomas depressivos serem semelhantes nos quatro grupos, esta frequência é maior do que a reportada na população geral, o que é compreensível nos pacientes com uma patologia como o CDT, mas uma surpresa em relação ao grupo controle. A população escolhida para o grupo controle foi de trabalhadores do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, e apesar de termos excluído profissionais que lidam diretamente com pacientes oncológicos, é possível que o ambiente de trabalho possa ter impactado no estado emocional destes indivíduos. Sabe-se que o hospital é um local de tensões, de rotina acelerada, de inúmeras emergências, em que profissionais possam ser expostos a uma vivência de angústia e sofrimento. Trata-se de um medo próprio da precariedade da existência humana, experiência revestida de dificuldades (a experiência da morte do próximo faz surgir a consciência do que seja morrer) (Gomes, 1998). Esses fatores de sofrimento poderiam afetar diretamente os colaboradores, de forma cumulativa e progressiva. Além do ambiente de trabalho, outros fatores como condições pessoais, características da personalidade e rotina do trabalho poderiam ter impactado nestes resultados. Além disso, o sujeito contemporâneo é pressionado pelo estresse do dia a dia e apresenta grande dificuldade em lidar com seus limites (Kristeva 2002). Trata-se de uma cultura marcada pela "soberania do eu". Desse modo, há hoje uma nova concepção da terminologia depressão, com adaptações do sujeito deste século. Estão disponíveis inúmeras possibilidades aos indivíduos, porém eles encontram-se perdidos, desamparados, e necessitam ter um narcisismo mantido e nutrido para que haja equilíbrio e estabilização das ansiedades e dos desejos (Esteves e Galvan, 2006).

É necessário, no entanto, se atentar ao fato de que os escores da escala HAD-D, somente sugerem possíveis sintomas depressivos, sendo importante uma avaliação mais aprofundada para o diagnóstico conciso de depressão. O adoecimento pode ocasionar um tipo de depressão denominada reativa, ou seja, o psiquismo reage frente a um sofrimento, como por exemplo, a doença, processo consideravelmente mais rápido, bem diferente da depressão clássica.

Qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Seid e Zannon, 2004, p.583). É importante considerar que os

objetivos do tratamento do câncer, mesmo frente aos avanços tecnológicos e com altos índices de cura, não podem se limitar apenas ao aumento da sobrevida, mas também na preservação da qualidade da saúde dos pacientes.

Enquanto que na escala HAD, exceto em relação à frequência de ansiedade, não se observaram diferenças significativas entre os grupos de pacientes e o grupo controle, na análise da QV pelo questionário WHOQOL-BREF, detectamos diferenças significativas nos domínios físico, psicológico e do meio ambiente entre os pacientes com CDT e indivíduos do grupo controle (Tabela 7). Os resultados demonstram uma redução significativa da QV principalmente em pacientes com doença metastática em relação à QV global, à satisfação com a saúde e em relação ao domínio físico, que engloba aspectos físicos como sono, fadiga, dor, capacidade de trabalho e de exercer as atividades do dia a dia (Tabela 7).

Além disso, em contraste aos achados da escala HAD, o questionário WHOQOL-BREF demonstrou redução da QV em relação ao domínio psicológico que avalia a satisfação com a vida e com a aparência física e a presença de sentimentos negativos como o desespero, ansiedade e depressão, achado este, que não foi restrito aos pacientes com doença metastática, mas foi observado também em pacientes dos grupos 1 e 2. Outro achado interessante foi em relação ao domínio meio ambiente; os pacientes mostraram-se mais satisfeitos no que diz respeito aos cuidados de saúde do que em relação ao grupo controle, fato que pode estar relacionado ao serviço especializado e multidisciplinar oferecido pelo Instituto do Câncer do Estado de São Paulo acarretando em um maior sentimento de segurança e bem-estar.

Poucos estudos avaliaram a QV de pacientes com CDT, o que pode estar associado à baixa mortalidade e morbidade associada a este tipo de câncer. Contudo, vários estudos demonstraram que efeitos colaterais decorrentes do tratamento cirúrgico e da iodoterapia podem ter implicações indesejáveis ao bem-estar e à qualidade de vida (Hoftijzer et al., 2008; Tagay et al., 2005). Uma das questões que envolvem o tratamento do CDT diz respeito à retirada da levotiroxina (hormônio tireoidiano) durante o preparo para a iodoterapia e para a realização de exames solicitados durante o seguimento (cintilografia de corpo inteiro e a tireoglobulina estimulada), que resulta em hipotireoidismo e tem impacto negativo, bem conhecido, na QV dos pacientes (Tagay et al., 2005). De fato, na entrevista semidirigida, que complementa os achados do questionário WHOQOL-BREF, pode-se observar que a iodoterapia foi um dos procedimentos considerados mais difíceis pelos pacientes.

Outra razão para a redução da QV em relação ao domínio físico, como mencionado previamente, é o fato dos pacientes permanecerem em hipertireoidismo subclínico prolongado, o que foi demonstrado em alguns estudos estar associado à fadiga mental e física e à menor qualidade de vida (Hoftijer et al., 2008).

Em relação aos estudos publicados sobre QV em pacientes com CDT, é importante ressaltar que este é o primeiro estudo que avalia separadamente a QV em pacientes com evidência de doença local e pacientes com doença metastática além de pacientes sem evidência de doença e potencialmente curados. De fato, o achado mais importante foi a redução da QV em pacientes com doença metastática (grupo 3), tanto do ponto de vista físico como global, não só em relação ao grupo controle mas também em relação aos grupos 1 e 2. Esta redução da QV em relação ao aspecto físico pode estar relacionada a diversos fatores que fazem parte da rotina destes pacientes que pode incluir desde sintomas decorrentes de lesões metastáticas como dor óssea, tosse e dispneia, assim como sintomas decorrentes de efeitos colaterais do tratamento cirúrgico, iodoterapia, radioterapia externa e de drogas alvo; tratamentos que apesar de serem necessários para o controle da doença podem gerar sequelas que impactam a qualidade de vida. Não foi o foco deste estudo identificar as causas específicas da redução da QV neste grupo de pacientes, mas será importante no futuro, avaliar a QV de uma maneira mais detalhada e com um maior número de pacientes com doença metastática.

Em contraste ao observado com o questionário HAD, na avaliação da QV, o grupo controle mostrou-se bem melhor emocionalmente que os outros grupos. Provavelmente neste contexto, o questionário WHOQOL-bref seja mais abrangente e capaz de avaliar melhor o impacto da doença em relação ao estado emocional de cada indivíduo. No que diz respeito aos pacientes, a experiência do tratamento em toda sua trajetória é vivenciada de forma particular por cada paciente. Sentimentos de angústias, temores, preocupações são vivenciados, desde o diagnóstico até o fim do tratamento do câncer.

O único domínio que não apresentou diferenças significativas foi o das relações sociais. De fato, percebeu-se através das falas dos pacientes, que quando acometidos pelo adoecimento, buscam mais apoio em seus familiares e ficam mais próximos de suas relações.

É importante ressaltar que cada indivíduo possui uma forma particular de operacionalizar sua avaliação sobre QV, e a avaliação de um mesmo indivíduo pode variar com o tempo, com a variação de prioridades ao longo da vida e com as

circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar. Segundo Tazaki et al. (1997) em um estudo realizado com 197 pacientes de oito centros de tratamento de câncer no Japão, com o instrumento WHOQOL-100, evidenciou resultados semelhantes. Os autores enfatizam que a avaliação pessoal a respeito da saúde nem sempre correspondeu à gravidade do quadro clínico ou ao estadiamento do tumor. Estes achados sugerem que a auto avaliação de saúde possui características subjetivas.

Já em relação aos resultados apresentados na parte qualitativa, pode-se verificar que os pacientes ao receberem o diagnóstico oncológico e no decorrer de seu tratamento, tiveram muito medo de morrer visto ao "estigma" que o câncer remete, mesmo diante de um bom prognóstico. A vivência do diagnóstico traz para os pacientes o despertar de questões existenciais frente ao sentido da vida e da morte (Westman, Bergenmar e Andersson, 2006). Apesar desses momentos mais difíceis em relação ao tratamento, muitos pacientes mostraram-se confiantes e com esperança frente a sua cura, apoiados também na religião ou em sua espiritualidade.

Outro aspecto citado pelos pacientes, principalmente o grupo de pacientes com CDT metastático, é a questão da recidiva. Ela é considerada outro momento de crise durante o tratamento oncológico, e pode ser mais devastadora que o diagnóstico inicial, pois, muitas vezes, o paciente já passou por outras experiências dolorosas e sabe o que enfrentará novamente. Os pacientes trouxeram em seu relato que a recidiva parece trazer como ideia central "uma última chance" e por isso vem carregada de raiva e revolta (Espindúla e Valle, 2001).

Os resultados obtidos neste estudo demonstram que o paciente com carcinoma diferenciado da tireoide deve ser compreendido em sua totalidade. Conclui-se assim, que a QV pode ser alterada tanto por efeitos imediatos como por consequências do tratamento em longo prazo. Apesar dos pacientes dos grupos 1 e 2 apresentarem-se melhores clinicamente, as consequências do tratamento podem impactar de forma significativa na qualidade de vida de todos os pacientes com carcinoma diferenciado da tireoide.

Diante do sofrimento psíquico representado pelo diagnóstico e tratamento do CDT, podemos verificar a importância de um trabalho constituído por médicos e psicólogos no seguimento desses pacientes. Desse modo, num espaço de acolhimento e escuta, o terapeuta deve sempre trabalhar com dados reais sobre o câncer. Quanto mais informado o paciente estiver sobre sua doença, maior será a sua capacidade de enfrentar o adoecer e mais confiança terá na equipe.

Dessa maneira, o acompanhamento psicológico em conjunto com a equipe médica, torna-se útil durante o tratamento oncológico, de modo a facilitar na elaboração do momento vivenciado de adoecimento e contribuir nas ressignificações frente à nova realidade imposta pelo câncer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, tendo em vista os avanços em ferramentas terapêuticas utilizadas no tratamento do câncer, o mesmo parece estar garantindo características de uma doença crônica, e em muitos casos, passível de cura, fazendo com que surja uma maior preocupação com a dimensão social envolvida na recuperação completa do estado de saúde e na integração do indivíduo a sociedade (Valle, 2001).

O diagnóstico da neoplasia causa um forte impacto na vida de seus portadores (Carvalho, 2002). Sabe-se que, historicamente, o câncer é visto como uma doença que leva à morte. Nesse aspecto, representa um caráter simbólico que atrela ao imaginário das pessoas diversas significações, tais como desordem, catástrofe, castigo e fatalidade (Fonseca, 1999; Peres e Santos, 2009; Tavares e Trad, 2005; Trincaus e Côrrea, 2007). De acordo, um fato nos chamou a atenção neste estudo. O medo e incerteza relacionados ao diagnóstico de câncer de tireoide, visto por muitos como mais ameno e com excelente prognóstico, mostram que o sofrimento é algo extremamente subjetivo, necessitando ser sempre cuidado e analisado, independentemente do tipo de adoecimento e seu estadiamento.

Este estudo demonstrou achados importantes em relação ao impacto emocional e à qualidade de vida de pacientes com carcinoma diferenciado de tireoide, especialmente em relação aos pacientes com doença metastática. Estes achados enfatizam a necessidade dos pacientes serem seguidos por uma equipe multidisciplinar que inclua psicólogos, assistentes sociais e médicos que sejam proativos na busca de sintomas relacionados à qualidade de vida e ao desequilíbrio emocional.

O estudo possui algumas limitações; o número relativamente pequeno de pacientes e o grupo controle que inclui funcionários do ICESP que possam estar expostos ao sofrimento de pacientes com câncer. Nossas considerações frente aos resultados encontrados são que eles podem ser reaplicados em uma amostra maior, incluindo outras instituições e abordando com maior detalhe as possíveis causas da redução de qualidade de vida observada nestes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaronson NK. Quality of life of Cancer patients, Monographseries of the European Organization for Research on Treatment of Cancer (EORTC), 1988. In: Beckman J, editor. Raven Press, New York.

Andrade L. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. In: Gorenstein (org). Revista de Psiquiatria clínica; 2007; 9:285-90.

Anderson, R. J; Freedland, K. E; Clouse, R.E.; Lutsman, P.J. – The Prevalence of Co-morbid Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 2001; 24:1069-78, 2001.

Angerami, V. A. (Org). Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Thomson Pioneira; 2012.

Almeida MQ, Hoff AO. Recent advances in the molecular pathogenesis and targeted therapies of medullary thyroid carcinoma. Curr Opin Oncol. 2012; 24(3):229-34.

Archer J, Hutchison I, Korszun A. Mood and malignancy: head and neck cancer and depression. J Oral Pathol Med. 2008; 37(5):255-70.

Bahnson, C. B. Cuestiones Psicológicas e Emocionales en Cáncer: Asistencia Psicoterapéutica del Paciente Canceroso. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S. A, 1997.

Bardin. L. Análise de conteúdo. Editora: Lisboa. 7ª Edição, 2006.

Blazer D.G.; Burchett B.; Service C.; George L.K. - The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. J Gerontology; 1995, 46(6): M210-215.

Bair MJ, Wu J, Damush TM, Sutherland JM, Kroenke K. Association of depression and anxiety alone and in combinartion with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. Psychosom Med. 2008;70(8):890-7.

Bastos LW, Tesch RS, Denardin OVP, Dias FL. Níveis de depressão em portadores de câncer de cabeça e pescoço. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2007;36(1):12-16.

Bauer S. Da ansiedade à depressão - da psicofarmacologia à psicoterapia Ericksoniana. São Paulo: Livro Pleno, 2002.

Berard RM, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment, and management. Psychooncology. 1998; 7(2):112-20.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Mood disorders among in patients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. Rev Saúde Pública. 1995;29(5):355-63.

Botega, N.J. Reação à Doença e à Hospitalização (p. 43-59). In: Botega, N. J. (org.). Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência. São Paulo: Artemed, 2002.

Botega, N.J., Furlaneto, L., Jr. & Frágoas, R.Depression. In N.J. Botega (Org.). Psychiatric practice in General Hospital: liaison and emergency (pp. 225-246), 2006. Porto Alegre: Artmed Publisher.

Bottella-Carretero, J. I.; Balsa, J.A.; Gómes-Martin,J.M ;Peromingo, R.; Huerta, L.; Carrasco, M. et al. Circulating free testosterone in obese men after bariatric surgery increases in parallel with insulin sensitivity. Journal of Endocrinological Investigation; 2013. 36: 227–232.

Bottino SM, Fráguas R, Gattaz WF. Depressão e câncer. Rev Psiq Clin. 2009; 36(3):109-15.

Brose MS, Nutting CM, Jarzab B, Elisei R, Siena S, Bastholt L; et al. Sorafenib in radioactive iodine-refractory, locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: a randomised, double-blind, phase 3 trial. Lancet; 2014. 384(9940):319-28.

Bultz BD, Holland JC. Emotional Distress in patients with cancer: The sixth vital sign. Community Oncology; 2006. 3(5): 311-314. Cardoso, G.; Luengo, A; Trancas, B; Vieira, C; Reis, D. Aspectos psicológicos do doente oncológico. Psilogos; 2009; 7(1-2): 8-18.

Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validity of the hospital anxiety and depression scale in patiens with chronic pain. Rev Bras Anestesiol 2006; 56(5):470-7.

Cailleux, A.F., Baudin, E., .Travagli, JP; Ricard M; Schlumberger, M. Is diagnostic iodine-131 scanning useful after total thyroid ablation for differentiated thyroid cancer? J Clin Endocrinol Metab. 2000;85(1):175-182.

Carvalho, V. A. Transtorno de ansiedade em pacientes com câncer. In: Carvalho, V.A. (Org). Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus; p.257-75, 2008.

Camon, V. A. A. Temas Existenciais em Psicoterapia. São Paulo: Thompson. 2003.

Canadian Strategy for Cancer Control, 2004. Disponível em: http://www.cancercontrol.org. Acesso em: 08 de Agosto de 2016.

Cella D.F. Quality of life during and after cancer treatment. In: Cherin EA, editor. Compr. Ther, 1988.

Chizzotti, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

Crevenna R, Zettinig G,Keilani M,Posch M, Schmidinger M, Pirich C,Nuhr M, Wolzt M, Quittan M, Fialka-Moser V, Dudczak R. Quality of life in patients with non-metastatic differentiated thyroid cancer under thyroxine supplementation therapy. Support Care Cancer 2003; 11:597–603.

Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al.; American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid. 2009; 19(11):1167-214.

Croyle, R.T.; Rowland, J.H. - Mood Disorders and Cancer: a National Cancer Institute Perspective. Biol Psychiatry; 2003; 54:191-4.

Curatolo, E.; Friedrich, S; Transtorno afetivo; Rev. Bras. Psiquiatr; 2000, v.22.

Dabrowski, M; Boucher, K; Ward, JH; Lovell MM; Sandre A.; Bloch, J et al. 2007 Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients. J Natt Compr Canc Netw 5: 104-11.

DaganT,Bedrin L,Horowitz Z,Chaushu G,Wolf M,Kronenberg J,Talmi YP Quality of life of well-differentiated thyroid carcinoma patients. J Laryngol Otol 2004; 118:537–542.

Dalgalarrondo P. Civilização e loucura: uma introdução à história da etnopsiquiatria. São Paulo: Lemos. 2000.

Dégi, C. L. Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical, and psychosocial factors, Support Care Cancer. 2009; 17:1101–1107.

Diniz, D. P. e Schor, N. Psiconefrologia: humanização e qualidade de vida, (p. 35-53). Barueri, SP: Manole, 2006.

Edwards BK, Howe HL, Ries LAG, Thun MJ, Rosenberg HM, Yancik R et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on the US cancer burden. *Cancer* 2002. 15; 94(10):2766-2792.

Elisei R, Schlumberger MJ, Müller SP, Schöffski P, Brose MS, Shah MH, et al. Cabozantinib in progressive medullary thyroid cancer. J Clin Oncol. 2013.;31(29):3639-46.

Espíndula, J. A.; Valle, E. R. M. do. Experiência materna diante da eminência de morte do filho com recidiva de câncer. Pediatria Moderna, v.38, n. 5, p.188-194, 2002.

Esteves, F. C.; Galvan, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. Aletheia, n.24 Canoas, 2006.

Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry. 2005. ; 58(3):175-89.

Fanger, P. C., Azevedo, R. C. S. de, Mauro, M. L. F., Lima, D. D., Gaspar, K. C., Silva, V. F. da, Botega, N. J. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: Prevalência e fatores associados. Revista da Associação Médica Brasileira, 2010; 56(2),173-178.

Faulkner A, Maguire P. Talking to cancer patients and their relatives. Oxford Uni- versity Press, 1996.

Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. J Affect. 2006, 91 (1), 7-11.

Fleck MPA, Fachel O, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(1):19-28.

Fleck, M. P. A. ; Borges, Z. N.; Bolognesia, G.; Rocha, N. S. Development of WHOQOL spirituality, religiousness and personal beliefs module. Rev. de saúde pública. 2003. 37(4):446-55.

Freud, S. Luto e melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIV, Imago, Rio de Janeiro, 2002.

Fonseca, S. M. A dialética da representação do tratamento quimioterápico para o doente oncológico: Vida versus morte. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

Fornazari, S. A.; Ferreira, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010; 26 (2), 265-272.

Garcia, H.F. Compreendendo a necessidade do paciente com câncer de receber orientações para a cirurgia: implicações da visita pré-operatório pelo enfermeiro. Revista Brasileira de Cancerologia; 1996; 45 (2), 15-26.

Graner, K. M. Pacientes em processo diagnóstico de câncer de cabeça e pescoço: aspectos psicológicos, percepções e expectativas. Dissertação de mestrado. Saúde Coletiva - FMB , UNESP, 2013.

Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness. Cochrane Database Syst Ver; 2000, 4(1).

Giusti M, Sibilla F, Cappi C, Dellepiane M,Tombesi F, Ceresola E, Augeri C, Rasore E, Minuto F. A case-controlled study on the quality of life in a cohort of patients with history of differentiated thyroid carcinoma. J Endocrinol Invest. 2005; 28:599–608.

Greenberg DB. Barriers to the treatment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr, 2004. (32):127-35.

Goldbert, L; Magagnin, S.; da Rocha, A. P; Maia, A. L.; Gross, J. L. Carcinoma Diferenciado de Tireoide: Avaliação Inicial e Acompanhamento. Arq Bras Endocrinol Metab; 2005, 49 (5): 701-710.

Gomes JR. Saúde ocupacional no hospital. Rev Paul Hosp. 1998; 22:274-6.

Haugen, B. R.; Alexander, E. K.; Bible K. C.; Doherty, G, H. Mandel, S. J.; Nikiforov, Y. E. et al., American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016, 26(1): 1-133.

Harter M, Woll S, Wunsch A, Bengel J, Reuter K. Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases.Comparison of HADS and GHQ-12. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol; 2006, 41(1):56-62.

Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. J Psychosom Res. 1989; 33(2):235-9.

Henezzel, M. de; Leloup, J. Y. A Arte de Morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. 6ªed. Petrópolis: Vozes, 1997

Hirschfeld, R. M. A; Keller, M. B; Panico, S; Arons, B. S.; Barlow, D.; Davidoff, F. et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. Jama.1997, 277(4):333-340.

Hoftijzer, K., Heemstra, K. A.; Hendrieke, C.; Eleonora, P.M.; Corssmit, A.; Klaauw, J. A et al. Quality of life in cure d patients with differentiated thyroid carcinoma. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2008. 93 (1):200-203.

Hoff, A. O. Lerário, A. M. Câncer da Tireoide – Abordagem Multidisciplinar. Indicações de Iodoterapia no carcinoma diferenciado de tireoide. A.C. Farmacêutica. 1ª Edição. p. 227-235, 2013.

Holland JC. Historical overview. In: Holland JC, Rowland JH, editors. Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. New York: Oxford University; 2001. (8)3-12.

Inca. Instituto Nacional do Cancer. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016. Acesso em: 19 de Julho de 2016.

Jaccobren PB; Donoran KA; Trask, PC; Fleiskman SB; Zabora J; Baker F et al. 2005 Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. Cancer 103: 1494-502.

Kaplan, H.I; Sadock R.M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health-care crisis. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 3-30., 1995.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2002.

Katon, W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biological Psychiatry. 2003; 54(5),p.216-226.

Kristeva, J. As Novas Doenças da Alma. Rio de Janeiro: Rocco. 2002.

Kovács, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicologia USP, 2003. 2(14), 115-167.

Kovács, M.J. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1992.

Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 10ª ed. São Paulo, Editora:Martins Fontes, 2001.

Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. Cancer. 2000, 88(12):2817-23.

Katz MR, Kopek N, Waldron J, Devins GM, Tomlinson G. Screening for depression in head and neck cancer. Psychooncology; 2004, 13(4):269-80.

Matthew J. B; Rebecca L. R; Katon, R. MD; Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity: A Literature Review Arch Intern Med.; 2003, 163(20):2433-2445.

Marcolino J.A.M, Mathias L.A.S.T, Piccinini L, Guaratini AA. Hospital anxiety and depression scales: a study on the validation of the criteria and reliability on preoperative patients. Rev Bras Anestesiol. 2007; 57(1):52-62.

Mazzaferri, E.L. Management of papillary and follicular (differentiated) thyroid cancer: new paradigms using recombinant human thyrotropin. Endocrine-Related Cancer. 2002;(9) 227–247.

McCaughan, E., Thompson, K. Information needs of cancer patients receiving chemotherapy at a day-care unit in Northern Ireland. Journal of Clinical Nursing, 2000, *9*(6): 851–858.

Monleón, M.A.B.; Espallargas, A. P. El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. Psicol. Soc. vol.22 no.2. 2010.

Mostoufi-Moab S, Barakat LP,Quality of life in adolescent patients with differentiated thyroid cancer: moving beyond survival.2012; 3453-3456.

Nascimento-Schulze, C. M. Dimensões da Dor no Câncer: Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe Editorial, p. 19-30 1997.

National Cancer Institute, SEER, Cancer Statistics Review 1975-2004; Disponível em: http://seer. cancer.gov/csr/1975_2004.

Neme, C.M.B. Manual de orientação para pacientes e familiares: abrindo portas para uma nova visão da doença oncológica e dos tratamentos. Bauru: Unesp/ Proex, 16p, 2003.

Nucci, N. Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências – Usp. Ribeirão Preto. 2003.

Paiva, L. E.; Pinotte, H.W. Câncer: Algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico. São Paulo. Acto. Bras. 1998, 8 (3), p. 125-132.

Paula, J. M; Sonob. O. e, H. M; Nicolussi, A. C; Zago, M. M. F; Sawada, N. O. Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2012; (20)2; 362-8.

Peres, R.; Santos, M. A. Personalidade e Câncer de Mama: Produção Científica em Psico-Oncologia. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2009; 25, 4, 611-620.

Rainson, C.L.; Miller, A.H. - Depression in Cancer: new Developments Regarding Diagnosis and Treatment. Biol Psychiatry. 2003, 54:283-94.

Raison CL, Nemeroff CB; Greenberg DB. Cancer and depression: prevalence, diagnosis and treatment. Home Health Care Consultant; 2000. 7:34-41.

Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, Carballeira Y, deTonnac N, Archinard M, et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. Gen Hosp Psychiatry. 2007; 29(1):25-31.

Repetto, L.; Piselli, P.; Raffaele, M.; Locateli, C. Communicating cancer diagnosis and prognosis: When the target is the elderly patient-a GIOGer study. European Journal of Cancer, 2008; 45(3):374-83.

Roerink, S.H., Ridder, M., Prins, J., Huijbers, A., Wilt, H.J., Marres, H., Netea-Maier, R.T. High level of distress in long-term survivors of thyroid carcinoma: Results of rapid screening using the distress thermometer. Acta Oncologica, 2013; 52, 128–137.

Rogerson RJ. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. Soc Sci Med. 1995; 41:373-82.

Rogers, S. M., Ahad, S. A.; Murphy, A. P. A structured review and them analysis of papers published on quality of life in head and neck cancer: 2000-2005. Oral Oncology, 2007; 43, 843-868.

Rosário, P. W; Ward, L. S; Carvalho, G.A; Graf, H; Maciel, R. M. B.; Maciel, L. M. Z. et al. Thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: update on the Brazilian consensus. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013; 57(4):240-64.

Rumsey, N., Clarke, A., White, P., Wyn-Williams, M., e Garlick, W. Altered body image: Appearance-related concerns of people with visible disfigurement. Journal of Advanced Nursing, 2004; 48, 443-453.

Santana, J. J. R. A., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. Pacientes com câncer: Enfrentamento, rede social e apoio social. Paidéia, 2008, 18(40), 371-384.

Santos C. Estudo de adaptação da escala de qualidade de vida do familiar/cuidador do doente oncológico (CQOLC). In: Ribeiro JL, editor. Revista Portuguesa de Psicossomática, 2003.

Seid EMF; Zannon CLMC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública; 2004; 20(2):300-11.

Simon, R. Variedades de depressão e a teoria de adaptação: considerações psicoterápicas. Revista de Psicologia Hospitalar, v.13, 2000.

Souza, R. A. de; Carvalho, A. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estud. psicol., 2003; (8)3: 9-15.

Spoerri T. Introdução à Psiquiatria. 8a ed. São Paulo, Atheneu, p. 107-8. 2000.

Schlumberger MJ. Papillary and follicular thyroid carcinoma.N Engl J Med. 1998; 338(5):297-306.

Schlumberger M, Tahara M, Wirth LJ, Robinson B, Brose MS, Elisei R, et al. Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory thyroid cancer. N Engl J Med; 2015. 372:621-30.

Schultz PN, Stava C, Vassilopoulou-Sellin R. Health profilesand quality of life of survivors of thyroid cancer. Head Neck 2003; 25:349 –356.

Suzuki, N; Ninomiya,M; Maruta, S. ; Hosonuma, S; Nishigaya, Y; Kobayashi, Y et al. Psychological characteristics of Japanese gynecologic cancer patients after learning the diagnosis according to the hospital anxiety and depression scale. 2011; The Journal Of Obstetrics and Gynaecology Research. (37), 7, 800-808.

Taïeb D, Baumstarck-Barrau K, Sebag F, Fortanier C, De Micco C, Loundou A et al. Heath-related quality of life in thyroid cancer patients following radioiodine ablation. Health Quality Life Outcomes 2011; 9:3. 3.

Tagay S.; Herpertz, S; Langkafel, M; Erim, Y.; Freudenberg, L.; Schöpper, N. et al. All Study Health-related quality of life, anxiety and depression in thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment.European Journal of Endocrinology, 2005; 153: 755–763.

Tan LG, Nan L, Thumboo J, Sundram F, Tan LK Health-related quality of life in thyroid cancer survivors. Laryngoscope 2008; 117:507–510.

Tavares, J. S. C.; Trad, L. A. B. Breast cancer metaphors and meanings from the perspective of five families. Cuadernos de Saúde Pública, 2005, 21, 426-435.

Tazaki M, Nakane Y, Endo T, Kakikawa F, Kano K, Kawano H et al. Results of a qualitative and field study using the WHOQOL instrument for cancer patients. Japanese J Clin Oncol.; 1997, 28(2): 134-41.

Valle, E.R.M; Psico- Oncologia Pediátrica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.

Vasconcelos, A. S.; Costa, C.; Barbosa, L. N. F.; Do transtorno de ansiedade ao câncer; 2008, Rev. SBPH v.11 n.2. Venâncio JL. Atuação do psicólogo no câncer de mama Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia; 2004, 50(1): 55-63.

Volpe, E.; Steck, J.H. Cirurgia da Tireóide e da Paratireóide. (Org). A.C. Farmacêutica, 1ª Edição. 2013.

Ward, L.S; Araújo, P.P.C; Tincani, A.J. Seguimento do Carcinoma Diferenciado da tireóide. A.C. Farmacêutica. 1ª Edição. p. 237-244, 2013.

Winnicott, R.W. A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Westman B, Bergenmar M, Andersson L. Life, illness, e death – Existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. European Journal of Oncology Nursing; 2006; 10:169–176.

Wells SA Jr, Robinson BG, Gagel RF, Dralle H, Fagin JA, Santoro M, et al. Vandetanib in patients with locally advanced or metastatic medullary thyroid cancer: a randomized, double-blind phase III trial. J Clin Oncol.; 30(2):134-41.

World Health Organization. Programme on Mental Health.2015 Acesso em 22 de junho de 2015, em http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Wulsin, L. R.; Vaillant, G. E.; Wells, V. E. A Systematic Review of the Mortality of Depression. American Psychosomatic Society, 1999.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand.; 1983, 67(6):361-7.

APÊNDICES

Apêndice A– Modelo do instrumento-auxiliar de coleta de dados

Entrevista Nº _____..

Local (Instituição): _____

Cidade e data: _____ , ____ / ____ / _____

Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min.: _____

Entrevistador: _____ Assinatura: _____

A) Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

1) Nome completo: _____
2) Endereço para contato: _____
3) Sexo: _____
4) Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ anos.
5) Profissão / Ocupação: _____ _____
6) Naturalidade: _____
7) Procedência / Há quanto tempo: _____
8) Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo: _____
9) Com quem mora: _____
10) Filhos. Idades _____
11) Religião (denominação) / Religiosidades (prática): _____

B) Tópicos sobre as vivências sob estudo relativas a aspectos da doença: *Você poderia comentar como foi quando descobriu que estava com o diagnóstico de câncer?* Conte como foram as primeiras sensações e pensamentos, o que o adoecimento parecia representar.

Como tem sido o tratamento?

Como foi a experiência de ter ficado internado (a)? (caso tenham ocorrido - Iodoterapia)

.Como é sua rede de apoio? Tem alguma religião?

Gostaria de comentar outros aspectos não conversados?

_____

C) Eventuais dados clínicos do paciente obtidos no prontuário e/ou com a equipe responsável:

Dados do Prontuário:

-Tipo de diagnóstico:

-Tipos de cirurgias realizadas:

-Realização de quimioterapia e radioterapia.

-Medicamentos utilizados no tratamento:

-Estágio da doença:

Disponível em 30/06/14
Por: LEANDRO
Pesquisa Clínica - ICESP

Apêndice B

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1.NOME:..... .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M □ F □

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO .....Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE .....

CEP:.....TELEFONE:DDD(.....).....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M □ F □

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº .....APTO: .....

BAIRRO: .....CIDADE: .....

CEP:..... TELEFONE:DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Implicações Psíquicas do Carcinoma Diferenciado de Tireoide: Ansiedade, depressão e qualidade de vida.

2. PESQUISADOR PRINCIPAL: Prof. Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff
CARGO/FUNÇÃO: Oncologista Clínico e Diretor Geral CRM Nº

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP

PESQUISADOR EXECUTANTE: Isabella Drummond Oliveira Laterza

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga CRP Nº 110364

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses.

Disponível em
30/06/14
Por: LEANDRO
Pesquisa Clínica - ICESP

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1 – Desenho do estudo e objetivos: Você está sendo convidado a participar deste estudo que tem como objetivo entender como você tem lidado com o seu adoecimento e se isso tem mudado sua rotina, seus hábitos, ou seja, como está sua qualidade de vida. Avaliaremos também como está o seu nível de ansiedade e se está sentindo-se deprimido com todas as mudanças em sua vida frente ao diagnóstico de câncer de tireoide.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros: Caso aceite participar desta pesquisa, você terá que responder dois questionários chamados , HAD e Bref / WHOQOL .No primeiro, que contém questões de como tem se sentido na última semana. O segundo avaliará sua qualidade de vida, como você está lidando com a situação atual. Além disso, responderá a algumas perguntas que eu farei para te conhecer melhor e te dar espaço para falar do que quiser.Tudo isso levará, aproximadamente, uma hora e meia. E tudo isso ocorrerá no dia em que você estiver no hospital, antes ou depois de ser atendido por algum profissional, ou ter feito algum exame.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados
A sua participação nesta pesquisa não implica em nenhum procedimento além da rotina desta instituição.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3;

Não haverá coleta de exames, nem materiais biológicos, nem será feito nenhum procedimento invasivo em você. Mas ao você se lembrar de seu adoecimento e de momentos de sua vida, você poderá ter lembranças tristes e isto te deixar chateado. Por isso, estaremos sozinhos em uma sala, nenhuma outra pessoa irá nos ouvir e a partir do que você me falar, tentarei te ajudar a lidar com as lembranças que tiver, buscando encontrar um novo olhar para a situação que foi difícil lembrar de novo.

5 – Benefícios para o participante há algum beneficio direto para o participante de pesquisa? Conforme você for pensando em momentos da sua vida e naquilo que você faria em certas situações que o questionário for perguntando, você pode ter algumas novas ideias sobre si mesmo e sobre seu adoecimento. Por causa disso, este estudo poderá ajudá-lo a se conhecer um pouco mais, ou melhor, do que você já acredita. Além disso, após serem analisadas suas respostas, poderemos te informar sobre algumas de suas habilidades e também algumas dificuldades que você tem no seu dia-a-dia.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar; - se o paciente não aceitar participar deste estudo, o que acontecerá? Caso você não queira participar desta pesquisa, não haverá qualquer prejuízo para o seu tratamento. A qualquer momento do seu tratamento, você poderá ter acompanhamento psicológico, conforme a rotina da instituição.

Disponível em
30/06/14
Por: Leandro
Pesquisa Clínica - ICESP

7 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff, que pode ser encontrado no endereço – Av. Dr. Arnaldo, 251 - Telefone: 3893-2820. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 251 – Cerqueira César – São Paulo – SP 21º andar – sala 36 – CEP: 01246-000 – tel: 3893-4401/4407 – E-mail: cep.fm@usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

09 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente; isto significa que tudo o que você me contar, eu não contarei a ninguém.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Você terá o direito de solicitar indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. As informações obtidas para esta pesquisa não serão utilizadas em nenhum outro estudo.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo :"Implicações Psíquicas do Carcinoma Diferenciado de Tireoide: Ansiedade, depressão e qualidade de vida."

Eu discuti com o profissional, responsável pela coleta dos dados, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou

Disponível em
30/06/14
Por: LEANDRO
Pesquisa Clínica - ICESP

durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assino 2 (duas) vias deste documento, as quais uma ficará com o médico e sua equipe e a outra via será entregue para mim.

_____

Assinatura do paciente/representante legal Data ___/___/___

_____

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

(para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____

Assinatura do profissional que obteve o consentimento Data ___/___/___

Disponível em
19/11/2015
Por: LEANDRO
Pesquisa Clínica - ICESP

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO
OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA

Apêndice C

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .:..... .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M □ F □
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
BAIRRO: ..... CIDADE .....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Implicações Psíquicas do Carcinoma Diferenciado de Tireoide: Ansiedade, depressão e qualidade de vida.
2. PESQUISADOR PRINCIPAL: Dra. Ana Amélia Fialho de Oliveira Hoff

CARGO/FUNÇÃO: Coordenadora do Serviço de Endocrinologia/Icesp
UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo - ICESP

PESQUISADOR EXECUTANTE: Isabella Drummond Oliveira Laterza
CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga CRP Nº 110364
UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo – ICESP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO □
RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □
4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses.

Disponível em
19/11/2015
Por: Leandro
Pesquisa Clínica - ICESP

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO
OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO GRUPO CONTROLE

Eu_____ declaro ter conhecimento sobre a pesquisa **"Implicações Psíquicas do Carcinoma Diferenciado de Tireoide: Ansiedade, depressão e qualidade de vida"** que tem como objetivo identificar as implicações psíquicas/emocionais e a qualidade de vida, decorrentes do diagnóstico e tratamento do CDT, de acordo com a extensão da doença e da presença ou ausência de doença residual após o tratamento; e que estou participando do **Grupo Controle** (com o objetivo de comparação de resultados em relação aos pacientes) para ampliar o conhecimento sobre o tema exposto.

Aceito participar voluntariamente desse estudo, sabendo que os dados coletados estarão em segredo profissional. Não existe nenhum risco relacionado com a sua participação nesta pesquisa. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não haverá coleta de exames, nem materiais biológicos.

O tempo de duração da entrevista será de 30 minutos aproximadamente. Você responderá a dois questionários, denominados HAD, que avalia a ansiedade e depressão e Bref / WHOQOL que avaliará sua qualidade de vida.

O principal investigador é Dra. Ana Amélia Fialho de Oliveira Hoff, que pode ser encontrado no endereço ***Avenida Dr. Arnaldo, 251,*** Telefone(s) 3893-2552. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 251 – CEP: 01246-000; telefones: (11) 3893-4401; (11) 3893-4407; 21º andar; sala 36; E-mail: cep.fm@usp.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao seu vínculo de trabalho com a Instituição;

Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum sujeito;
Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.
Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Disponível em
19/11/2015
Por: LEANDRO
Pesquisa Clínica - ICESP

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO
OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no meu ambiente de trabalho.

Assinatura do paciente/representante legal Data ___/___/___

Assinatura da testemunha Data ___/___/___

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ___/___/___

Anexo A: HAD

A1 Eu me sinto tenso ou contraído:
3 ( ) A maior parte do tempo
2 ( ) Boa parte do tempo
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Nunca

D2 Ainda gosto das mesmas coisas de antes
0 ( ) Sim, do mesmo jeito que antes
1 ( ) Não tanto quanto antes 2 ( ) Só um pouco
3 ( ) Já não sinto mais prazer em nada

A3 Eu sinto uma espécie de medo como se
alguma coisa ruim fosse acontecer
3 ( ) Sim, e de um jeito muito forte
2 ( ) Sim, mas não tão forte
1 ( ) Um pouco, mas isso não me preocupa
0 ( ) Não sinto nada disso

D4 Dou risadas e me divirto quando vejo
coisas engraçadas
0 ( ) Do mesmo jeito que antes
1 ( ) Atualmente um pouco menos
2 ( ) Atualmente bem menos
3 ( ) Não consigo mais

A5 Estou com a cabeça cheia de
Preocupações
3 ( ) A maior parte do tempo
2 ( ) Boa parte do tempo
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Raramente

D6 Eu me sinto alegre
3 ( ) Nunca
2 ( ) Poucas vezes
1 ( ) Muitas vezes
0 ( ) A maior parte do tempo

A7 Consigo ficar a vontade e me sentir Relaxado
0 ( ) Sim, quase sempre
1 ( ) Muitas vezes
2 ( ) Poucas vezes
3 ( ) Nunca

D8 Eu estou lento para pensar e fazer coisas
3 ( ) Quase sempre
2 ( ) Muitas vezes
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Nunca

A 9 Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago
0 ( ) Nunca
1 ( ) De vez em quando
2 ( ) Muitas vezes
3 ( ) Quase sempre

D10 Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência
3 ( ) Completamente
2 ( ) Não estou mais me cuidando como eu deveria
1 ( ) Talvez não tanto quanto antes
0 ( ) Me cuido do mesmo jeito que antes

A11 Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em nenhum lugar
3 ( ) Sim, demais
2 ( ) Bastante
1 ( ) Um pouco
0 ( ) Não me sinto assim

D12 Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir
0 ( ) Do mesmo jeito que antes
1 ( ) Um pouco menos do que antes
2 ( ) Bem menos do que antes
3 ( ) Quase nunca

A13 De repente tenho a sensação de entrar em pânico
3 ( ) A quase todo momento
2 ( ) Várias vezes
1 ( ) De vez em quando
0 ( ) Não sinto isso

D14 Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa
0 ( ) Quase sempre
1 ( ) Várias vezes
2 ( ) Poucas vezes
3 ( ) Quase nunca

ANEXO B - Escala de Qualidade de Vida Bref / WHOQOL Bref

1 Como você avaliaria sua qualidade de vida?

Muito ruim

Ruim

Nem ruim, nem boa

Boa

Muito boa

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

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

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

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

5 O quanto você aproveita a vida?

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

7 O quanto você consegue se concentrar?

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

Nada

Muito pouco

Mais ou menos

Bastante

Extremamente

10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?

Nada

Muito pouco

Médio

Muito

Completamente

11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?

Nada

Muito pouco

Médio

Muito

Completamente

12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

Nada

Muito pouco

Médio

Muito

Completamente

13 Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?

Nada

Muito pouco

Médio

Muito

Completamente

14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?

Nada

Muito pouco

Médio

Muito

Completamente

15 Quão bem você é capaz de se locomover?

Muito ruim

Ruim

Nem ruim, nem boa

Boa

Muito boa

16 Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

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

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

18 Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

19 Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

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

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

21 Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

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

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

23 Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

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

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

25 Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Muito insatisfeito

Insatisfeito

Nem satisfeito, nem insatisfeito

Satisfeito

Muito satisfeito

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

Nunca

Algumas vezes

Frequentemente

Muito frequentemente

Sempre

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

Anexo C

MEDICINA

USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **07/05/2014, APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **095/14** intitulado: **"IMPLICAÇÕES PSÍQUICAS DO CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIREOIDE: ANSIEDADE, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA."** apresentado pelo **Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octávio Frias de Oliveira."**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Paulo Marcelo Gehm Hoff
Pesquisador (a) Executante: Isabella Drummond O. Laterza

CEP-FMUSP, 09 de Maio de 2014.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo D

MEDICINA

USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 18 de Junho de 2014, **APROVOU o(s) documento(s)** abaixo mencionado(s) no Protocolo de Pesquisa nº **095/14**, intitulado: **"Implicações Psíquicas do Carcinoma Diferenciado de Tireoide: Ansiedade, depressão e qualidade de vida."** apresentado pelo **Instituto do Câncer do Estado de São Paulo "Octávio Frias de Oliveira".**

•Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.1 de 29/05/2014

Pesquisador (a) Responsável: **Paulo Marcelo Gehm Hoff**

CEP-FMUSP, 25 de Junho de 2014.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo E

INSTITUTO DO CÂNCER DO ESTADO DE SÃO PAULO
OCTAVIO FRIAS DE OLIVEIRA

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

São Paulo, 13 de março de 2014

Registro: NP 529/14

Ref. Solicitação de execução de estudo: ***Implicações psíquicas do carcinoma diferenciado de tireóide: Ansiedade, depressão e qualidade de vida***

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Paulo M. G. Hoff / Dra Isabella Drummond O. Laterza

CONSIDERAÇÕES

Estudo exploratório comparativo, descritivo com abordagem quantiqualitativa. Qualitativo, com tratamento dos dados pela análise do conteúdo ramificada na análise temática, e quantitativo, através do descritivo, com análise de procedimento estatístico.

O objetivo do estudo é identificar as implicações psíquicas e emocionais e na qualidade de vida, decorrentes do diagnóstico e tratamento do CDT, de acordo com a extensão da doença e da presença ou ausência de doença residual após o tratamento.

OBRIGAÇÕES DO PESQUISADOR

Antes do início dos procedimentos relacionados ao estudo:

- Iniciar as atividades do estudo somente após aprovação/ciência do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP para execução no ICESP segundo a Res. 466/12;
- Após aprovação do CEP, fornecer cópia da Carta de Aprovação e Relatório Final com ciência do CEP ao NP- ICESP;
- Enviar Publicação dos resultados do estudo;

Informamos que sua solicitação foi DEFERIDA.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Paulo Marcelo Gehm Hoff
Diretor Geral

Prof. Dr. Paulo M. Hoff
Diretor Geral
ICESP

Anexo F

MEDICINA

USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25 de Novembro de 2015, **APROVOU o(s) documento(s)** abaixo mencionado(s) no Protocolo de Pesquisa nº **095/14**, intitulado: **"Implicações Psíquicas do Carcinoma Diferenciado de Tireoide: Ansiedade, depressão e qualidade de vida."** apresentado pelo **ICESP.**

- **Inclusão de grupo controle**

Pesquisador (a) Responsável: **Ana Amélia Fialho de Oliveira Hoff**

CEP-FMUSP, 25 de Novembro de 2015

Profa. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina
e-mail: cep.fm@usp.br