



PUC GOIÁS



**MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**IMPLICAÇÕES DO CÂNCER DE TIREÓIDE NA QUALIDADE DE
VIDA DE INDIVÍDUOS QUE FAZEM TRATAMENTO COM
IODO-131 E SEUS FAMILIARES**

SONIA CARVALHO NUNES

**GOIÂNIA
2011**



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**IMPLICAÇÕES DO CÂNCER DE TIREÓIDE NA QUALIDADE DE
VIDA DE INDIVÍDUOS QUE FAZEM TRATAMENTO COM
IODO-131 E SEUS FAMILIARES**

SONIA CARVALHO NUNES

Orientador: Prof^o Dr. Sibelius Lellis Vieira
Co-orientador: Prof^o Dr. Luc Marcel A. Vandenberghe

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**GOIÂNIA
2011**

N972i Nunes, Sonia Carvalho.
Implicações do câncer de tireóide na qualidade de vida de indivíduos que fazem tratamento com iodo-131 e seus familiares / Sonia Carvalho Nunes. – 2011.
102 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2011.

“Orientador: Prof^o. Dr. Sibelius Lellis Vieira”.

“Co-orientador: Prof^o Dr. Luc Marcel A. Vandenberghe”.

1. Tireóide – câncer – pacientes – tratamento – qualidade de vida. 2. Radioterapia – pacientes – qualidade de vida. 3. Medicina nuclear. I. Título.

CDU: 616.441:616-006.6(043.3)



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 13 DE MAIO DE 2011 E CONSIDERADA
_____ PELA BANCA EXAMINADORA:

1) _____
Dr. Sibelius Lellis Vieira/ PUC Goiás (Presidente/Orientador)

2) _____
Dr. Luc Marcel A. Vandenberghe/ PUC Goiás (Co-orientador)

3) _____
Dr. Francisco A. P. Osório/ PUC Goiás (Membro)

4) _____
Dr. Maira Barberi/PUC Goiás (Membro)

DEDICATÓRIA

A Deus

Pela minha vida, pela minha família, pelo meu esposo, pela minha saúde e por todas as oportunidades que surgiram no decorrer da minha vida acadêmica.

Aos meus pais Manoel Januário de Sousa Nunes e Maria Lourdes de Carvalho Nunes.

Agradeço por tudo que vocês fizeram por mim, pelo amor, pelo respeito, pela dedicação, pelo incentivo para estudar sempre mesmo com todas as dificuldades que passamos juntos e que sempre me incentivaram. Obrigado por tudo! Amo vocês!

Ao meu querido esposo Antonio Carlos Chaves Machado

Eu te agradeço pela paciência que teve comigo no decorrer desse curso, pelo incentivo para que eu continuasse estudando e não desistisse, pelo amor, pela dedicação. Eu te amo muito!

Aos meus irmãos Januário de Carvalho Nunes e Diana Carvalho Nunes

Ao meu irmão, também professor universitário, ciente de todas as dificuldades passadas nessa profissão, grande incentivador meu. A minha irmã, uma das minhas melhores amigas, grande incentivadora aos meus estudos e crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Orientador

Professor Dr. Sibelius Lellis Vieira: Obrigada pelo incentivo à pesquisa, pela disposição e competência.

Co-orientador

Professor Dr. Luc Marcel A. Vandenberghe: Obrigada pela atenção, sua competência, sugestões, compromisso e incentivo.

Diretor do CEBRAMEN, Dr. Omar Carneiro Filho

Pela liberação do Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular para campo de pesquisa e pela confiança e incentivo para a realização desse trabalho.

Físico Nuclear responsável pelo CEBRAMEN

Ao mestre e doutorando Francisco de Araújo pelo apoio, sugestões, incentivo e confiança nessa pesquisa. Muito obrigada!

Aos pacientes e acompanhantes

Meus agradecimentos a todos os pacientes e acompanhantes do CEBRAMEN que entenderam e se disponibilizaram a participar da pesquisa mesmo passando por momentos difíceis.

Aos funcionários do CEBRAMEN

A todos os funcionários do CEBRAMEN que contribuíram com esse projeto.

FAPEG

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás por ter acreditado nesse projeto e ter concedido a bolsa de estudos.

“ Se você quer ser feliz...
... por uma hora, tire um cochilo.
... por um dia, vá pescar.
... por um mês, case-se.
... por um ano, receba uma herança.
... pela vida toda, ajude alguém.”

Martin Seligman

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida de pacientes e acompanhantes que fazem tratamento de Câncer Diferenciado da Tireóide utilizando radioiodoterapia com Iodo-131. Tem o intuito de identificar e associar os principais fatores que interferem na qualidade de vida tanto do paciente como do acompanhante no decorrer do tratamento. A população de estudo foi constituída de 56 indivíduos, dentre eles 32 portadores do Câncer Diferenciado da Tireóide e 24 acompanhantes dos mesmos. Entre os acompanhantes estão: filhos, pais, esposo (a), amigos e outros parentes. Foram aplicados dois questionários fechados, sendo o primeiro referente as variáveis sociodemográficas e estilo de vida, e o segundo referente a instrumento específico da Organização Mundial de Saúde (OMS), para avaliação da qualidade de vida, denominado WHOQOL-bref. O estudo foi realizado no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia-GO, no período de setembro a dezembro de 2010. Foram utilizadas duas abordagens metodológicas: uma quantitativa com a organização dos resultados dos questionários, em forma de porcentagem representado nas tabelas, e a outra qualitativa, utilizando a *Grounded Theory* para a interpretação dos relatos dos acompanhantes e pacientes antes e após a internação no quarto terapêutico. A partir do relato dos participantes, dos resultados dos questionários que foram aplicados e dos memorandos que foram construídos no decorrer da pesquisa e utilizando a *Grounded Theory* foram identificadas as principais categorias que interferem na qualidade de vida tanto dos pacientes como de seus acompanhantes. As principais categorias encontradas foram: elementos adversos no contexto do tratamento, impacto emocional de diagnostico e tratamento, problemas de enfrentamento e elementos que o favorecem. Além disso, tanto os pacientes como acompanhantes apresentaram sugestões no decorrer do tratamento, que na opinião deles poderia melhorar a qualidade de vida. A análise quantitativa mostrou que a maioria dos pacientes e acompanhantes estão satisfeitos com a qualidade de vida. Os resultados são discutidos com a intenção de compreender melhor a perspectiva do paciente e do acompanhante sobre os fatores que podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida, com o intuito de amenizar os problemas que surgiram no decorrer do tratamento.

Palavras-chave: Qualidade de vida, tratamento, enfrentamento.

ABSTRACT

This study has the goal to evaluate the quality of life of patients and companions who are treated with Iodine-131, in other words radiotherapy. In order to identify and associate the main factors that affect quality of life for both patients and the companion during the treatment. The study population consisted of 56 individuals, among them 32 are carriers of Differentiated Thyroid Cancer and 24 companions of the patients are among the companions are: children, spouse (a), other relatives and friends. Were administered two questionnaires, the first refers to the sociodemographic and lifestyle variables, and the second by the specific instrument of the World Health Organization (WHO) to assess quality of life, called WHOQOL-bref. The study was conducted at the Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia-Go, in the period September to December 2010. It was used two methodological approaches: a quantitative relationship to the organization of the questionnaire results in percentage form represented in tables, and other qualitative study using Grounded Theory for interpreting the reports of caregivers and patients before and after hospitalization in the therapeutic room. From the participants' reports, of the results of questionnaires that were applied and understandings that were built during the research, using Grounded Theory, it was identified the major categories that affect the quality of life of both patients and their carers. The main categories found were: adverse elements in the context of treatment, emotional impact of diagnosis and treatment, problems of coping and coping factors that favor. Furthermore, both patients and companions presented suggestions during treatment that in their opinion would improve the quality of life. The quantitative analysis revealed that most patients and caregivers are satisfied with the quality of life. The results are discussed with the intention of better understanding the perspective of the patient and companion on the factors that may help to improve the quality of life, in order to mitigate the problems that appeared during treatment.

Keywords: quality of life, treatment, coping.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
GLOSSÁRIO	x
LISTA DE FIGURAS	xii
LISTA DE TABELAS	xiii
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	18
2.1. Objetivo geral	18
2.2. Objetivos específicos	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1. Medicina nuclear	19
3.2. Rejeitos radioativos e proteção ao meio ambiente	29
3.3. Qualidade de vida	33
4. MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1. Casuística	36
4.2. Histórico do CEBRAMEN	36
4.3. Quarto terapêutico	38
4.4. Procedimento	40
4.5. Aplicação e interpretação do WHOQOL-Bref	42
4.6. Construção de categorias passo a passo	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
5.1. Eixo 1 – Elementos adversos no contexto do tratamento	45
5.2. Eixo 2 – Impacto emocional de diagnóstico e tratamento	46
5.3. Eixo 3 – Problemas de enfrentamento	48
5.4. Eixo 4 – Elementos que favorecem o enfrentamento	50
5.5. Eixo 5 – Sugestões e opinião dos participantes sobre o tratamento	51
5.6. Avaliação dos resultados sócio-demográfico	52
5.7. Resultados quantitativos (WHOQOL-bref)	58
5.7.1 Qualidade de vida dos pacientes	58
5.7.2. Qualidade de vida dos acompanhantes	67

6. CONCLUSÃO	76
7. REFERÊNCIAS.....	79
ANEXOS	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCG: Associação de Combate ao Câncer em Goiás

CEBRAMEN: Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular

CDT: Câncer Diferenciado da Tireóide

CNEN: Comissão Nacional de Energia Nuclear

FAPEG: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás

ICRP: *International Commission on Radiological Protection*

INCA: Instituto Nacional de Câncer.

IOEs: Indivíduos Ocupacionalmente Exposto

NCPR: *National Council on Radiation Protection and Measurements*

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCI: Pesquisa de Corpo Inteiro

PET: *Pósitron Emission Tomography*

QV: Qualidade de Vida

SBEM: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.

SPECT: *Single Photon Emission Computed Tomography*

SUS: Sistema Único de Saúde

UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

US: Ultrassonografia

GLOSSÁRIO

Atividade: grandeza utilizada para expressar a quantidade de um material radioativo. Representa o número de transformações que os átomos de um elemento químico sofrem num determinado intervalo de tempo.

Ci/m³: Concentração de iodo por m³.

Contaminação: presença indesejável de materiais radioativos em pessoas, materiais, meios ou locais.

Dose Ablativa: Dose utilizada para a ablação (cirurgia com ação de extrair, extirpar uma parte do corpo) usando radioisótopos.

Exposição: ato ou condição de estar submetido à radiação ionizante.

Fonte de radiação (ou simplesmente fonte): aparelho ou material que emite ou é capaz de emitir radiação ionizante.

Gray (Gy): é a unidade utilizada para expressar dose absorvida no sistema internacional (SI), que corresponde a 100 rad (1 joule de energia para 1 kg de massa).

Gama-câmara: é uma câmara de cintilação, que utiliza a radiação gama para obtenção de imagens.

Hipotiroidismo: conjunto de sinais e sintomas decorrentes da diminuição dos hormônios da tireóide.

Marcador Radioativo – é uma substância orgânica que transporta o material radioativo para o órgão desejado, sendo utilizado para obtenção de imagens para diagnóstico.

Material Radioativo: material que contém substâncias emissoras de radiação ionizante.

Partícula ALFA (α): é um núcleo atômico de hélio em cujo interior coexistem dois prótons e dois neutrons e da eletrosfera foram retirados dois elétrons. Portanto, a partícula alfa tem carga positiva, +2 em unidades atômicas de carga, e 4 unidades de massa atômica.

Partícula BETA (β): é um elétron ou positron emitido de um núcleo em certos tipos de desintegrações radioativas.

Radiação ionizante (ou simplesmente radiação): qualquer partícula ou radiação eletromagnética que, ao interagir com a matéria, ioniza direta ou indiretamente seus átomos ou moléculas.

Radiofármacos: substância radioativa cujas propriedades físicas, químicas e biológicas fazem com que seja apropriada para uso em seres humanos.

Radiofármacos marcados: São fármacos marcados com radionuclídeos emissores gama ou beta, utilizados na Medicina para diagnósticos e terapias.

Radioatividade: propriedade de certos elementos de sofrerem transições nucleares espontaneamente, com emissão de radiação ionizante.

Radioativo: qualidade do material, substância ou fonte emissores de radiação ionizante.

Radionuclídeo ou Radioisótopo: é um nuclídeo emissor de radiação, sendo que um nuclídeo, é o nome dado a um núcleo caracterizado por um número atômico (Z) e um número de massa (A).

Raios GAMA (γ): radiações eletromagnéticas de ondas muito curtas, de origem nuclear, emitidas tanto durante transições como na fissão e na desintegração radioativa.

Raios X: são radiações eletromagnéticas que possuem comprimento de onda muito maior que a luz visível. São produzidas por transições de elétrons atômicas, são semelhantes aos raios gama mas possuem, em geral, menor energia.

Recidiva: Reaparecimento de uma doença ou de um sintoma, após período de cura mais ou menos longo; recorrência.

Rejeito radioativo (ou simplesmente rejeito): qualquer material resultante de atividades humanas, que contenha radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados na norma CNEN-NE-6.02: "Licenciamento de Instalações Radiativas", e para o qual a reutilização é imprópria ou não prevista.

Serviço de Medicina Nuclear: instalação médica específica para aplicação de radiofármacos em pacientes, para propósitos terapêuticos e/ou diagnóstico.

Tireoidectomia: é o procedimento cirúrgico de escolha no tratamento do Câncer Diferenciado da Tireóide para a retirada da glândula.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Atividade administrada nos 32 pacientes que fizeram o tratamento no CEBRAMEN.....	28
FIGURA 2. Atendimentos que foram feitos pelo CEBRAMEN.	38
FIGURA 3. Quarto Terapêutico do CEBRAMEN	39
FIGURA 4. Quarto Terapêutico Tradicional	40
FIGURAS 5 e 6. Resultados encontrados antes e após a internação do paciente quando foram questionados sobre a Qualidade de Vida.	62
FIGURAS 7 e 8. Resultados encontrados antes e após a internação quando os pacientes foram questionados sobre os sentimentos negativos.	63
FIGURAS 8 e 9. Resultados encontrados antes e após a internação quando os pacientes foram questionados sobre as relações pessoais.	65
FIGURAS 10 e 11. Avaliação da Qualidade de Vida pelo acompanhante do paciente antes e após a internação.....	70
FIGURAS 12 e 13. Resultados antes e após a internação quando os acompanhantes foram questionados sobre os sentimentos negativos.	72
FIGURAS 14 e 15. Resultados encontrados antes e após a internação do paciente quando os acompanhantes foram questionados sobre as relações pessoais	73

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Alimentos permitidos e não permitidos na dieta pobre em iodo.	23
TABELA 2. Instruções médicas e de radioproteção para pacientes submetidos à terapia com iodo-131.....	32
TABELA 3. Caracterização sócio – demográfico dos pacientes (n = 32) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO, no período de setembro a dezembro de 2010.....	53
TABELA 4 Caracterização do estilo de vida dos pacientes, (n = 32) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO no período de setembro a dezembro de 2010.....	55
TABELA 5. Caracterização sócio – demográfico dos acompanhantes dos pacientes (n = 24) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO, no período de setembro a dezembro de 2010.	56
TABELA 6. Caracterização do estilo de vida dos acompanhantes dos pacientes, (n = 24) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO no período de setembro a dezembro de 2010.	58
TABELA 7. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do paciente antes da internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.	58
TABELA 8. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do paciente após a internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.	60
TABELA 9. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do acompanhante do paciente antes da internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.	67
TABELA 10. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do acompanhante do paciente após à internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.....	69

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma das principais causas de mortalidade em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) estimou que, se não for definida uma política pública bem elaborada para esta área, 84 milhões de pessoas poderão morrer de câncer no período compreendido entre 2005 e 2015. O câncer é definido pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2010) como um grupo de doenças que se caracterizam pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. Pode ser causado por fatores externos (substâncias químicas, irradiação e vírus) e internos (hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas). Sendo uma doença não transmissível, muitos tipos de câncer têm grande possibilidade de cura quando diagnosticados precocemente (INCA, 2010).

O Câncer da Tireóide ou carcinoma tireoidiano é uma forma relativamente comum de doença maligna. Apesar de ser um tipo de câncer pouco conhecido pela população, a incidência da doença aumentou 10% na última década. Em compensação, o número de mortes relacionados ao carcinoma tireoidiano diminuiu. Cerca de 85% dos pacientes com doença diagnosticada e tratada em estágio inicial apresentam grandes chances de cura, com possibilidades de levar uma vida normal. Em alguns casos, após o tratamento o Câncer de Tireóide pode reaparecer ou se espalhar por outras partes do corpo. Por causa do risco de reincidência da doença, os médicos recomendam um acompanhamento regular por meio de exames periódicos (SBEM, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), pesquisas científicas mostram que a exposição à

radioatividade (a irradiação) externa, na cabeça ou no pescoço, pode provocar o Câncer da Tireóide (SBEM, 2006). Pessoas expostas à radiação, como em terapias com Raios-X, entre as décadas de 20 e 60 apresentam maior risco de desenvolver o carcinoma da tireóide. Esta premissa confirma um dos fatores que podem ocasionar o desenvolvimento do câncer segundo o INCA (2010).

O câncer de tireóide é um tumor que se desenvolve na glândula tireóide. Essas lesões ou tumores na tireóide podem ser únicos ou múltiplos. Quando únicos, são denominados nódulos isolados ou únicos e quando múltiplos, formam o bócio multinodular. Esses nódulos são causados por diversos fatores: tumores benignos, tumores malignos, cistos, doenças inflamatórias na tireóide e bócio nodular. Quase sempre, o câncer de tireóide se desenvolve lentamente. O câncer de tireóide é mais comum em pacientes que sofreram algum tipo de radiação na cabeça ou pescoço. O primeiro sintoma costuma ser o aparecimento de um ou de mais nódulos indolores no pescoço com crescimento lento e gradativo.

A descoberta do nódulo muitas vezes é feita pelo próprio paciente ao tocar a região cervical e perceber alguma protuberância ou nódulo. Assim como o câncer de mama que atinge na sua maioria mulheres acima de 35 anos, o câncer de tireóide também atinge principalmente homens e mulheres entre 25 e 65 anos, sendo três vezes mais frequente em mulheres (SBEM, 2009). Quando o indivíduo identifica algo diferente é importante procurar uma assistência médica adequada, pois quanto mais cedo for diagnosticado, maior a possibilidade de cura (SBEM, 2006).

O diagnóstico de Câncer da Tireóide, tanto para o paciente como

para os seus familiares e amigos, traz muitas dúvidas e inseguranças em relação ao tratamento, gerando assim expectativas, ansiedade e sofrimento. Com base nos estudos de Kovács e Quintana (Kovács, 1998; Quintana *et al.*, 1999), o diagnóstico de câncer ainda é visto como sentença de morte e está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas, tanto para mulheres quanto para homens. Todos esses fatores podem influenciar na qualidade de vida tanto dos pacientes portadores do câncer da tireóide como de seus familiares.

O tratamento do Câncer de Tireóide envolve várias etapas, após a primeira etapa, que é a cirurgia, o paciente é encaminhado para a segunda, tratamento com iodo radioativo, chamado de radioiodoterapia. Neste procedimento é utilizado o iodo-131, usado na terapia do controle dos carcinomas diferenciados da glândula tireóide. O objetivo deste tratamento é combater as células cancerígenas presentes na tireóide e destruir, através da radiação beta (β) emitida pelo iodo-131, as funções destas células restantes após a cirurgia (INCA, 2002).

As condições físicas, biológicas e psíquicas dos pacientes encaminhados para tratamento com iodo radioativo são abaladas, tendo em vista principalmente a supressão do hormônio tireoideano e a dieta pobre em iodo, durante quatro semanas antes da internação. A retirada do hormônio leva o paciente à condição de hipotireoidismo. Os sinais e sintomas mais comuns do hipotireoidismo são: a fadiga, o desânimo, os movimentos lentos, o discreto aumento de peso ou a dificuldade para perdê-lo, a sonolência diurna, a intolerância ao frio, a memória fraca, a irregularidade menstrual (e em casos mais graves até infertilidade), as dores, as câibras musculares, os cabelos e pele

secos, a queda de cabelos, as unhas fracas, a prisão de ventre, a depressão, a irritabilidade, e o rosto e as mãos inchados. Este quadro muitas vezes é um agravante que vem afetar a qualidade de vida do paciente, e muito provavelmente a de seus familiares (SBEM, 2005).

Este trabalho apresenta uma análise e avaliação da qualidade de vida dos pacientes e de seus acompanhantes. A avaliação da qualidade de vida do paciente é muito utilizada e reconhecida como importante área do conhecimento científico porque perpassa o conceito de saúde além da satisfação e bem estares do paciente. A utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida permite uma avaliação mais objetiva do impacto global das doenças crônicas, como o câncer de tireóide, na vida dos pacientes e seus acompanhantes.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida do paciente que faz tratamento com radioiodoterapia e seus familiares, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular (CEBRAMEN), em Goiânia – Go, no período de setembro a dezembro de 2010.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos pacientes com câncer de tireóide segundo as variáveis sociodemográficas.
- Analisar as opiniões dos pacientes, familiares e acompanhantes (quando for o caso), sobre a radioiodoterapia.
- Avaliar a qualidade de vida da população estudada, segundo a perspectiva dos pacientes com câncer de tireóide, familiares e os possíveis acompanhantes dos pacientes, utilizando o instrumento de avaliação WHOQOL-Bref e fundamentado na *grounded theory*.
- Analisar as associações entre as variáveis estudadas e a qualidade de vida.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Medicina nuclear

A história da Medicina Nuclear iniciada no final do século XIX se confunde com as descobertas da física nuclear. Cientistas de diversas áreas como: a Química, a Física, a Matemática, a Medicina, a Farmacologia e a Engenharia contribuíram efetivamente para o desenvolvimento desta especialidade médica. A descoberta dos Raios-X em 1895, por Wilhelm Conrad Roentgen, gerou uma contribuição representativa para o progresso da ciência médica e mereceu o Prêmio Nobel em 1901. Quatro meses depois, Henri Becquerel descobriu a radioatividade natural e em 1913, Georg D. Hevesy introduziu o conceito de marcador radioativo, que também garantiu um Prêmio Nobel, no ano de 1943. Este conceito mantém-se atual e é o princípio da prática da Medicina Nuclear (Almeida, 2000).

Os expoentes mais significativos foram George Hevesy (1885-1996), Pierre Curie (1859-1906) e Marie Curie (1867-1934). Em 1950, o primeiro mapeador retilíneo foi construído por Benedict Cassen e posteriormente modificado por David Kuhl, em 1952. O primeiro scanner de corpo inteiro foi desenvolvido pelo físico H. Anger, em 1951. Na década de 60, uma série de diferentes versões de câmaras de cintilação foram propostas. No entanto, o refinamento e a sofisticação da Medicina Nuclear começaram nos anos 70, com a utilização de cristais com diâmetros maiores e com a técnica de emissão tomográfica proposta por Dave Khull, em 1971. Nessa mesma época, o físico, George Hounsfield introduziu a técnica de tomografia computadorizada. No final

dos anos 70, gama câmaras tomográficas do tipo SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*) são desenvolvidas por R. Jaszczak e começam a se tornar populares nos diversos serviços de Medicina Nuclear. Em 1971, Ter-Pogossian desenvolve as câmaras de PET (*Pósitron Emission Tomography*) (Castro, 2000).

A Medicina Nuclear é uma especialidade médica relacionada a imagiologia que se ocupa das técnicas de imagem, diagnóstico e terapêutica utilizando emissores de radiação gama (γ) e beta (β), os quais permitem observar o estado fisiológico dos tecidos de forma não invasiva, pela marcação de moléculas participantes nesses processos fisiológicos, com marcadores radioativos. A detecção localizada de raios (γ) com uma gama-câmara permite formar imagens ou filmes que informam sobre o estado funcional dos órgãos. A emissão de partículas alfa (α) ou beta (β), de alta energia, podem ser terapeuticamente úteis, em pequenas doses, para destruir células ou estruturas (Castro, 2000).

Diversos radioisótopos artificiais foram incorporados à medicina e são usados na terapêutica, no diagnóstico e nos acompanhamentos clínicos de várias especialidades. Dentre eles pode-se citar o tecnécio-99-metaestável, o radionuclídeo artificial ideal para a gama-câmara que reage com muitos tipos de moléculas orgânicas, o que permite que seja utilizado como radiofármacos e o tálio-201, com propriedades químicas semelhantes às do potássio, tendo sido utilizado durante muitos anos para imagiologia cardíaca. Entretanto, sua aplicação vem diminuindo devido aos novos radiofármacos marcados como tecnécio-99m e gálio-67. Estes radiofármacos possuem propriedades semelhantes às do ferro,

são emissores gama de média energia, utilizados em estudos de infecção em oncologia. Além dos anteriores, existe o Índio-111, emissor gama de média energia e o xenônio-133 e criptônio-81 metaestável, gases nobres radioativos que podem ser usados na cintilografia de ventilação pulmonar, o iodo-123, utilizado apenas na obtenção de imagem, emissor gama (γ) e o iodo-131, importante também nos diagnósticos por imagem, em função da sua linha de emissão gama (γ) de 364 keV, e principalmente na terapia da tireóide devido a emissão de partículas beta (β), com meia vida de 8,04 dias (Rissato, 2007).

Desde 1950, o radioisótopo iodo-131 (iodo radioativo) é um dos radionuclídeos mais utilizados, tanto para diagnóstico como para tratamento na Medicina Nuclear, considerado “traçador universal”, tendo sido primeiro radionuclídeo aprovado para uso nos Estados Unidos, pelo Conselho Nacional de Monitoramento e Proteção Radioativa (National Council on Radiation Protection and Measurements- NCPR 1982), em 23 de novembro de 1951, na forma de iodeto de sódio. Como descrito por Oliveira (1987 *apud* NASCIMENTO, 1996, pg. 5), o iodo-131, é o radionuclídeo utilizado na Medicina Nuclear para cintilografia da tireóide, rastreamento de metástases de origem tireoideana, terapêutica de hipertireoidismo, doses ablativas e terapêuticas para tratamento de câncer diferenciado da tireóide (CDT) (Rissato, 2007).

Young e Cols (1983) reconheceram o valor do tratamento combinado para CDT, cirurgia seguida de tratamento com iodo-131 e hormônios da tireóide, quando observaram que o índice de recidiva havia diminuído intensamente após a utilização dessa prática. A terapia com iodo-131, baseada na concentração do iodo radioativo no tecido tireoideano, tem por objetivo a eliminação completa dos

restos de tireóide, que ainda permanecem após a cirurgia (dose ablativa), ou a eliminação das metástases funcionantes, sejam elas loco-regionais ou distantes (dose terapêutica) (Rissato, 2007).

O câncer da tireóide tem possibilidade de cura com boa resposta ao tratamento, pois apresenta evolução lenta, o que não descarta a existência de óbitos pela patologia, que vêm diminuindo gradativamente, devido a diagnósticos precoces e tratamentos mais adequados, minimizando o aparecimento de metástases. A radioiodoterapia é, como nome já diz, a terapia com iodo radioativo. O iodo radioativo é usado na terapia do controle dos carcinomas diferenciados da glândula tireóide. O objetivo deste tratamento de combate às células cancerígenas presentes na tireóide é destruir, através da radiação beta (β) emitida pelo iodo-131, as funções destas células que ainda restaram após a cirurgia (tireodectomia parcial) (INCA, 2002). Embora a radiação seja utilizada para tratamento não há dúvida de que ela possa trazer malefícios as pessoas que estão expostas a ela.

Para este tipo de terapia é necessária a internação do paciente. Esta internação, além do melhor controle clínico, permite que se aguarde a eliminação e diminuição da radiação emitida pelo iodo ingerido, evitando assim que outros indivíduos sejam irradiados desnecessariamente ou se contaminem acidentalmente. O requisito básico que justifica a internação é a aplicação do iodo-131 com atividade acima de 1,11 Gigabecquerel (G bq) (30 millicurie), conforme norma estabelecida pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN, 1996).

As normas que regem a biosegurança em função do decaimento, do

radioisótopo iodo-131 decorrente da emissão de radiações devem ser consideradas quanto às precauções e procedimentos utilizados pelos profissionais de Medicina Nuclear da unidade de internação, por pacientes e pelos parentes (acompanhantes) dos pacientes e profissionais atuantes (IOEs) diretamente na unidade de internação, durante um período de tempo superior a 24h, com o intuito de minimizar a exposição e possíveis contaminações das pessoas que convivem com este paciente durante e após a internação.

Nas últimas décadas, a dieta pobre em iodo (30 a 50µg/dia) vem sendo utilizada antes da terapia (Maia *et al.*, 2007). Segundo o Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular (CEBRAMEN), os pacientes devem seguir a dieta representada na tabela 1, pelo menos 15 dias antes da internação. (CEBRAMEN, 2010). Além disso, algumas recomendações adicionais devem ser seguidas tais como: evitar produtos e alimentos que contenham iodo, tintura de cabelos, batons, esmaltes, bases de unha, bronzeadores, curativos em povidine ou soluções iodadas, polivitamínicos, exames radiográficos com contraste iodado, banhos de mar, xaropes para tosse, anti-gripais ou qualquer outro produto que contenha iodo. A Tabela 1 descreve as recomendações.

Tabela 1. Alimentos permitidos e não permitidos na dieta pobre em iodo recomendada no preparo de pacientes que se submetem à terapia com iodo-131.

	NÃO PERMITIDO	PERMITIDO
SAL	Sal iodado, salgadinhos, batata frita industrializada.	Sal não iodado.
PEIXES	Peixes, frutos do mar, camarão, ostras e algas.	Peixes de água doce (pintado, tucunaré, truta, salmão).
LATICÍNIOS	Leite, sorvete, queijo, requeijão, iogurte, leite de soja, tofu.	Leite em pó desnatado, margarina sem sal.
CARNES	Carne defumada, carne de sol, caldo de carne, embutidos ou carne industrializada (bacon, salsicha, lingüiça, frios, presunto, mortadela, salame).	Carnes frescas de aves, porco e boi.

Continua...

OVOS MOLHOS	E	Gema de ovo, maionese, molho de soja.	Clara de ovo, ervas, óleo, azeite, vinagre.
FRUTAS		Frutas enlatadas ou em calda, frutas secas salgadas (ex: nozes e amendoim).	Frutas frescas e sucos, frutas secas sem sal (amendoim, nozes, castanhas).
VEGETAIS		Enlatados e conservas (azeitonas, pickles, cogumelo), agrião, aipo, couve de Bruxelas, repolho.	Alface, batata sem casca, beterraba, cebola, cenoura, cogumelo fresco, ervilhas, nabo, pepino, tomate, vagem.
PÃES, MASSAS, CEREAIS GRÃOS	E	Pães industrializados, pizza, cereais em caixas (ex: Sucrilhos, Cornflakes). Farinha de mandioca.	Pão caseiro, pão francês, bolacha integral ou cream cracker, macarrão e massa sem ovos, arroz, aveia, cevada, farinha, feijão, milho, trigo.
DOCES		Doces com gema de ovo, chocolate, leite.	Açúcar, mel, geléia, balas (exceto balas vermelhas).
BEBIDAS		Café instantâneo ou solúvel, chás industrializados e refrigerantes tipo cola.	Água, café de filtro, sucos e chás naturais.

No tratamento do câncer de tireóide, após a primeira etapa, que é a cirurgia, o paciente é encaminhado para a segunda etapa que é o tratamento com o iodo radioativo para ablação (extirpação, retirada) dos restos tireoidianos e a eliminação das metástases funcionantes. Nesta etapa, após receber o material radioativo, o paciente é imediatamente internado por 24 a 48h, em um quarto com banheiro exclusivo (quarto terapêutico), isoladamente ou compartilhando o ambiente com outra pessoa que fará o mesmo tratamento. Este quarto terapêutico é isolado dos demais ambientes, e os pacientes aí internados só poderão comunicar com seus familiares e os Indivíduos Ocupacionalmente Exposto (IOEs) através de um sistema de áudio e interfones. Ficam também a disposição dos pacientes revistas, um aparelho de TV com canais fechados e Internet, para entretenimento durante a internação (Quarto Terapêutico do CEBRAMEN). Mesmo assim, observa-se que surge uma situação de medo, ansiedade, angústia, preocupação, tanto no paciente, quanto nos seus familiares

ou acompanhantes. Estas situações que o paciente vive durante algumas semanas antes do tratamento e muitas vezes durante o período de internação em parte são decorrentes da supressão dos hormônios tireoideanos. Este quadro agrava-se mais quando temos apenas um paciente por internação. De qualquer modo, é grande a expectativa no enfrentamento do tratamento antes da internação, durante e após a liberação do paciente que vai para casa conviver com seus familiares e com a sociedade como um todo. Mesmo existindo normas de segurança para o tratamento com o iodo-131, ainda existem algumas medidas que o paciente deve tomar após a liberação do quarto de internação para não colocar em risco a vida de outras pessoas e a sua própria recuperação.

De acordo com Xavier *et al*, (1998), os profissionais envolvidos na administração de doses terapêuticas ou na supervisão dos pacientes deverão seguir as instruções:

- “Instruir os pacientes internados quanto a procedimentos de radioproteção necessários, relativos aos rejeitos e ao uso das instalações sanitárias.
- Manter papel absorvente e recipiente para rejeitos no quarto com paciente internado, durante a sua permanência.
- Instruir por escrito os eventuais visitantes autorizados quanto aos riscos envolvidos e quanto a procedimentos de radioproteção.
- Instruir por escrito os pacientes a serem liberados quanto a procedimentos de radioproteção a serem seguidos em sua residência.
- Monitorar vestimentas pessoais, roupas de cama e de banho de pacientes internados que foram submetidos a doses terapêuticas, antes de encaminhá-las à lavanderia.
- No caso de presença de contaminação, acondicionar as roupas em sacos plásticos, armazená-las em local com blindagem (concreto baritado, placas de chumbo adicionados à parede) até que decaiam a níveis aceitáveis e possam ser lavadas.
- Após a desocupação do quarto onde for feita a aplicação terapêutica, todos os materiais que serviram de cobertura para objetos deverão ser removidos e colocados em

recipientes apropriados, forrados com sacos plásticos, segregando-se o material contaminado.

- Os recipientes com material contaminado deverão ser transferidos para área de descontaminação ou de armazenamento de rejeitos.”

Alguns objetos são descontaminados e reaproveitados dentre eles podemos citar: celulares, óculos, toalhas, chinelos, edredons, ou alguns utensílios domésticos utilizados após o período de descontaminação (CEBRAMEN, 2010).

Antes da internação o paciente assina um termo de consentimento informado. Nesse termo, o Médico e o Supervisor de Radioproteção informam que o tratamento implica em exposição à radiação, com eventuais complicações descritas e que o benefício do tratamento supera qualquer eventual risco adicional. Dentre as orientações as mulheres precisam apresentar o Beta HCG para exclusão de gravidez, pois o iodo-131 pode acarretar danos ao feto e não devem amamentar por um período de 96 horas após a dose, pois o material radioativo pode ser secretado no leite materno. Todos os pacientes recebem doses acima de 30 mCi e ficam internados para proteger as demais pessoas da irradiação pelo material radioativo do corpo do paciente. São orientados a não manter relações sexuais por um período de sete dias e também evitar contato com mulheres grávidas, idosos e crianças nesse tempo.

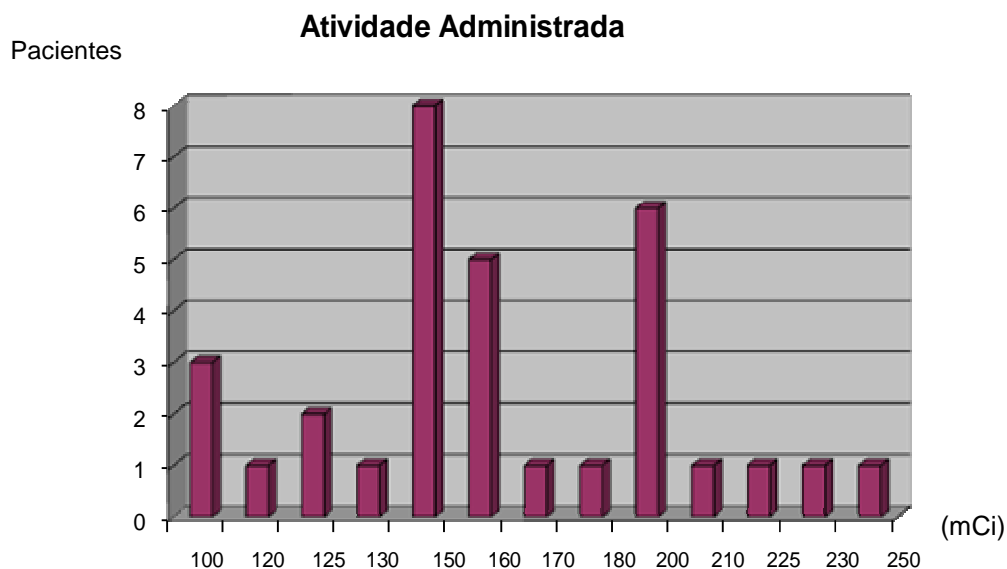
Segundo Willians (1998), as eventuais complicações que podem surgir com a ingestão do iodo-131 são: discreta dor na região cervical (região do pescoço) que pode ser observada em decorrência da inflamação do remanescente tireoidiano; deficiência para salivar, náuseas ou vômitos. De acordo com Willegaignon *et. al* (2006), o tratamento com o iodo-131 tem sido associado a complicações tais como: alterações gonadal, menopausa precoce, dano

permanente às glândulas salivares e conjuntivite recorrente, além do risco potencial de desenvolver um novo câncer. É de suma importância que todos estes aspectos sejam considerados e esclarecidos para os pacientes na definição da terapia, logo após a cirurgia. Os pacientes recebem as orientações do físico, após a ingestão do iodo-131 em forma de cápsula ou líquido e quando sentem dificuldade para salivar devem pingar limão embaixo da língua e cuspir em seguida, pois parte do material radioativo fica concentrado nas glândulas salivares.

Segundo Willegaignon *et al*, (2009) ainda não existe uma dose de iodo-131 ideal para ser administrada na ablação dos restos tireoidianos para o tratamento do câncer de tireóide. De acordo com Maia *et al* (2007), uma radiação (cuja dose absorvida for de 300 Gy), é suficiente para promover a ablação completa (excisão) de remanescentes tireoidianos, sendo possível alcançá-la com a administração de uma atividade de 30mCi quando o tecido pós-cirúrgico possuir massa inferior a 2 g. Segundo Willegaignon *et al* (2009), usando a captação de iodo-131 em leito tireoidiano para medida de tecido residual, confirmam que na presença de remanescentes discretos, 30mCi é realmente eficaz, especialmente se a captação for menor que 2%. Esta atividade, que dispensa a internação do paciente, é interessante em alguns casos selecionados, tais como os de pacientes de baixo risco, submetidos à tireoidectomia total e com pequenos tecidos remanescentes. Já atividades de 200 mCi ou acima disso, quando não se dispõe da dosimetria, exigem certo cuidado, principalmente em idosos e pacientes com metástases pulmonares difusas, situações em que se ultrapassa a atividade máxima tolerada. Alguns autores sugerem que, mesmo em pacientes com

metástases distantes, a atividade administrada por vez não deve ser superior a 100 mCi. Para pacientes de alto risco, recomenda-se atividades de 100 ou 150 mCi de iodo-131 na terapia inicial, dose de 200 mCi acima ficariam restritas aos pacientes com metástases distantes (Maia *et al.*, 2007). A Figura 1 representa a atividade administrada nos 32 pacientes que fizeram tratamento no CEBRAMEN no período compreendido entre 05 de setembro a 30 dezembro de 2010.

Figura 1 - Atividade administrada nos 32 pacientes que fizeram o tratamento no CEBRAMEN.



Fonte: CEBRAMEN – 05 de setembro a 30 dezembro de 2010.

A eficácia do tratamento, está no cumprimento rigoroso do paciente quanto a dieta pobre de iodo, a supressão do medicamento levotiroxina e principalmente no acerto da dose pelo médico. Estes pacientes tem um pior prognóstico com uma sobrevida em torno de 65% em 10 anos, sendo que os Carcinomas Papilíferos são de 95% e, Foliculares 85% (Blumhart *et al.*, 1999).

3.2 Rejeitos radioativos e proteção ao meio ambiente

Com o desenvolvimento tecnológico, após a revolução industrial a utilização de radiações ionizantes nos serviços de saúde tem aumentado de forma significativa sendo usada em atividades dos setores da medicina e de pesquisa biomédica, tais como (CNEN, 1996):

- “Medicina (incluindo medicina veterinária);
- Medicina nuclear para fins terapêuticos e de diagnóstico;
- Radioterapia;
- Desenvolvimento e marcação de compostos radio-marcados;
- Estudos de caminhos metabólicos e (ou toxicológicos associados a diversos compostos, como drogas). O uso de animais pode estar envolvido, resultando em resíduos de excretas, carcaças e materiais de forração;
- Desenvolvimento de processos clínicos e aplicações de compostos preparados (por exemplo: radiofármacos);
- Pesquisa básica no campo da biologia em universidades e laboratórios.”

Mesmo lidando com materiais perigosos, o homem pode fazer uso da radiação ionizante com o objetivo de beneficiar a sociedade, pois com a utilização dos radioisótopos nos centros de saúde os diagnósticos e as terapias estão se tornando mais eficazes (CNEN, 2005).

No quarto terapêutico, no período em que o paciente fica internado para o tratamento com o iodo-131, são gerados resíduos com concentrações de atividade acima dos limites de isenção concedidos pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, estabelecidos na norma CNEN-NE- 6.05 (“Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radioativas”). Estes rejeitos recebem o nome de rejeitos radioativos. Segundo a CNEN, os rejeitos radioativos (ou simplesmente rejeito) são quaisquer materiais resultante de atividades humanas,

que contenha radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados na norma CNEN-NE 6.02 (“Licenciamento de Instalações Radiativas), e para o qual a reutilização é imprópria ou não prevista. Estes rejeitos devem ser tratados segundo a normatização para que não seja colocado em risco a vida das pessoas que trabalham no CEBRAMEN e também dos acompanhantes dos pacientes, evitando assim problemas de contaminação e exposição para os indivíduos e o meio ambiente. De acordo com Thompson (2001), é de suma importância a proteção do ambiente de internação, em concordância com a legislação vigente, no sentido de minimizar a contaminação individual e do meio ambiente.

Segundo Thompson (2001) e Driver (2001), passada as 24 horas da administração da dose terapêutica, de 35% a 75% do iodo-131 é eliminado pelas excretas dos pacientes através da urina, fezes, suor, saliva e em alguns casos vômito. Os rejeitos são eliminados nas primeiras 48 horas, após a ingestão da dose, sendo cerca de 80% a 90% pela urina, 3,6% pelo suor e apenas de 1% a 3% pelas fezes (Willegaigon, 2006).

O material radioativo (rejeitos oriundos de serviço de medicina nuclear) era depositado em fossas sépticas adequadas e interligadas. Cada fossa após o preenchimento era isolada para decaimento até que a atividade dos rejeitos radioativos atingissem uma atividade compatível com a radioatividade natural da região. Após o decaimento estes resíduos eram então lançados no esgoto comum. Enquanto o material da primeira fossa após o enchimento ficava isolado da fonte geradora de resíduos para decaimento, este material era desviado para uma fossa reserva.

Atualmente todos os rejeitos oriundos desta atividade médica são lançados diretamente no esgoto comum, tendo em vista que a atividade específica (Ci/m^3), é muito baixa e dentro dos padrões de exigências da norma CNEN-NE-6.05, subitem 5.7.3.

O destino dos rejeitos radioativos gerados pelas excretas desses pacientes é a rede de esgoto. De acordo com a normatização (CNEN-NE-3.5), este lançamento só pode ser feito em municípios que possuam estação de tratamento de rede de esgoto. As antigas fossas de contenção associadas em séries com dispositivos para transferência de materiais em decaimento de um compartimento a outro até que os rejeitos ali depositados atingissem níveis compatíveis com a radiação natural do local depositado, deixaram de existir em decorrência da liberação da CNEN, para lançamento direto na rede de esgoto, desde que obedecido o item 5.7(Eliminação) e os sub-itens 5.7.2 e 5.7.3, da Norma; **CNEN-NE-6.05** – “GERÊNCIA DE REJEITOS RADIOATIVOS EM INSTALAÇÕES RADIATIVAS”.

Segundo Willegaignon et al,(2009), em recente pesquisa realizada pela Universidade de Medicina de São Paulo, não foi constatado nenhum impacto radiológico ao meio ambiente ou aos familiares de pacientes tratados com radioiodoterapia com doses de 100 a 150 mCi, sendo obedecidas todas as normas de segurança de radioproteção o iodo-131 não gera impactos ao meio ambiente e aos seus familiares. As instruções médicas e de radioproteção para pacientes submetidos à terapia com iodo-131 se encontram na Tabela 2.

Tabela 2 - Instruções médicas e de radioproteção para pacientes submetidos à terapia com iodo-131 (Maia, 2007).

Quarto	<ul style="list-style-type: none"> • Dormir sozinho em quarto separado, no mínimo por três dias.
Contato com outros indivíduos	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o contato próximo com mulheres grávidas, crianças e menores de 18 anos. • Evitar contatos por períodos prolongados com adultos acima de 18 anos. • Evitar contatos pessoais com membros da família ou outros indivíduos, salvo aqueles relacionados aos cuidados do bem-estar do paciente. • Evitar relações conjugais.
Banheiro	<ul style="list-style-type: none"> • Se possível, utilize banheiro separado dos demais membros da família. • Procure urinar com frequência. • Urine dentro do vaso sanitário sem deixar pingar urina no chão. Caso isso ocorra, lavar o local com detergente ou outro produto de limpeza. • Se possível, utilize papel higiênico que possa ser jogado no vaso sanitário. • Dê de duas a três descargas após a utilização do vaso sanitário. • Ao escovar os dentes, cuspa bem dentro da pia e deixe escorrer bastante água. • Os homens devem, se possível, urinar sentados durante este período para evitar respingar urina fora do vaso sanitário. • Caso exista um único banheiro para toda a família, utilize protetor sanitário e mantenha o ambiente sempre limpo. • Todos os membros da família devem lavar as mãos após utilizarem o banheiro.
Cozinha	<ul style="list-style-type: none"> • Os pacientes devem evitar manusear ou preparar alimentos para outras pessoas, a não ser que seja para seu próprio consumo. • Devem ser separados talheres e pratos para uso exclusivo do paciente durante esse período, sendo a limpeza desses utensílios realizada pelo próprio paciente. • Lavar em separado os utensílios do paciente dos demais utensílios da família. • Os pacientes devem evitar deixar sobras de alimentos sólidos ou líquidos.
Roupas	<ul style="list-style-type: none"> • As roupas utilizadas pelo paciente podem ser lavadas em qualquer momento após sua utilização. • Devem ser lavadas em separado das demais roupas do paciente que não foram utilizadas por ele durante este período, bem como deve ser evitado lavar as roupas do paciente junto com as roupas dos demais membros da família. • Não há necessidade de jogar a roupa fora, e não é necessário fazer nenhum procedimento especial durante a lavagem das roupas.
Transportes	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar pegar ônibus, metrô, trem ou qualquer outro meio de transporte coletivo. • Evitar voar de avião (comercial ou particular). • Evitar viagens longas, acompanhado de outras pessoas.

3.3 Qualidade de vida

No âmbito da ciência, a cada dia fala-se mais em qualidade de vida, relacionando várias áreas do conhecimento tais como a saúde, a educação, o meio ambiente e as tecnologias. Segundo Rufino Netto (1994), qualidade de vida (QV) boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Não existe um conceito único e aceito universalmente do que seja qualidade de vida. Alguns estudos sobre qualidade de vida buscam conceituar e outros avaliam a QV de acordo com a percepção da população em estudo (Zatta *et al.*, 2009).

A avaliação da QV vem se tornando cada vez mais utilizada para medir o impacto geral de doenças na vida dos indivíduos. A avaliação da QV do paciente é reconhecida como importante área do conhecimento científico, em razão do conceito de QV se interpor ao de saúde como satisfação e bem-estar nos âmbitos físico, psíquico, socioeconômico e cultural. A utilização de instrumentos de avaliação da QV permite avaliação mais objetiva do impacto global das doenças crônicas, como o câncer de tireóide, na vida dos pacientes e seus acompanhantes (familiares). Tal avaliação tem a vantagem de incluir aspectos subjetivos geralmente não abordados por outros critérios de avaliação (Fleck, 2000).

Muitos fatores podem influenciar na qualidade de vida do paciente com CDT e dos acompanhantes. Entre esses estão a idade, o gênero, o conhecimento sobre a doença, o tamanho do tumor, o tipo de assistência, o tipo

de tratamento, a presença de complicações, o nível social, os fatores psicológicos e a educação. Quanto mais graves forem as complicações de um paciente com CDT, pior tende a ser sua qualidade de vida.

Os instrumentos que avaliam a QV surgiram por meio de iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de encontrar meios para mensurar e proporcionar melhorias na qualidade de vida da população. A ausência de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida per se fez com que a OMS constituísse um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com o objetivo de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo dentro de uma perspectiva transcultural (Coelho, 2003; Seidl *et al.*, 2004). Assim, o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (Minayo *et al.*, 2000).

Entre os principais instrumentos gerais de medida de qualidade de vida temos: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro é composto por 100 questões que avaliam seis domínios: físico, psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A versão em português desses questionários está disponível no Brasil, no Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Hospital das Clínicas do Paraná. (Minayo *et*

al., 2000). A versão abreviada do WHOQOL é a proposta para avaliação da qualidade de vida deste estudo.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Casuística

Participaram do presente projeto um total de 56 indivíduos divididos em dois grupos, sendo 32 pacientes que fizeram tratamento com o iodo-131, por serem portadores do Câncer Diferenciado da Tireóide e 24 acompanhantes dentre eles podemos citar: amigos, irmãos e cônjuge. Todos os participantes, sem exceção, fizeram o tratamento com radioiodoterapia no CEBRAMEN, no período de 05 setembro a 30 dezembro de 2010. Dos 32 pacientes, 29 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Em relação aos 24 acompanhantes, 10 são do sexo feminino e 14 do sexo masculino.

O trabalho foi realizado após a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, CEP/ACCG 043/10 (Anexo 4). Para apresentação do projeto ao CEP/ACCG foram apresentados os documentos de acordo com as exigências do comitê de ética em pesquisa (Anexo 6).

4.2. Histórico do CEBRAMEN

O Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular – CEBRAMEN foi fundado em 01 de setembro de 2005 pelo empresário e médico Dr. Omar Carneiro Filho. Está localizado à Rua 242, nº 670 – Setor Universitário, Goiânia-Go.

É um serviço que realiza todos os procedimentos da área de medicina nuclear e imagem molecular tais como o diagnóstico e a cirurgia

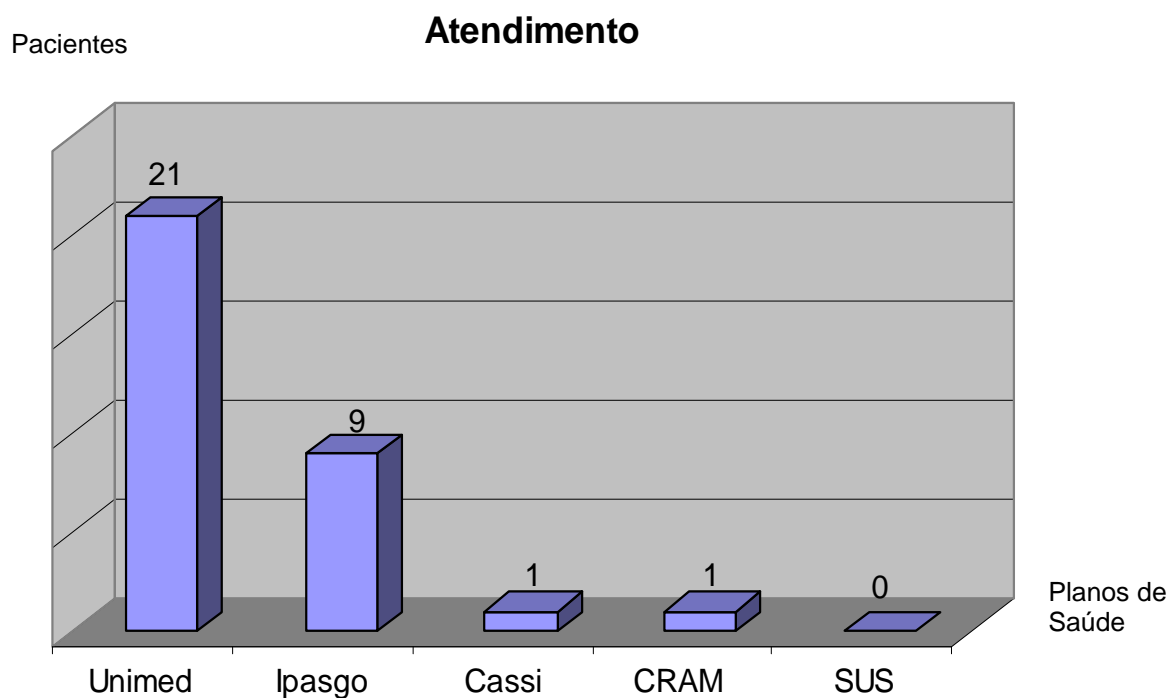
radioguiada, inclusive tratamentos com isótopos radioativos.

Está equipado com Câmaras de Cintilação de duas cabeças de última geração, equipamentos para a execução de Tomografias por Emissão de Póstron (PET/CT) para os diagnósticos.

Realiza tratamentos com isótopos radioativos a nível ambulatorial de Hipertireoidismo, Sinovectomia, Hepatocarcinoma, Linfomas NH e Paliativo de dores ósseas, além do tratamento de câncer de tireóide, nos processos ablativos de tecidos remanescentes, e metástase após cirurgia da glândula, com internação em quarto terapêutico.

Este serviço possui dois quartos terapêuticos conforme ilustrado na Figura 3, com dois leitos em cada quarto, separados por biombo de chumbo. O diferencial em relação aos quartos tradicionais é que estes estão equipados com cama box, frigobar, TV LCD, DVD, notebook, internet, circuito interno de TV com voz e imagem para comunicação do interno com a equipe de radioproteção, médico e seus parentes, controle de climatização, além de eficientes soluções para reduzir a exposição à radiação como ductos que conduzem roupas e restos alimentares para fora dos quartos minimizando o contato indevido com a radiação. Todos os quartos terapêuticos dispõem de banheiros com impermeabilização rigorosa dos pisos.

O CEBRAMEN não realiza atendimento pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Todos os 32 pacientes foram atendidos por planos de saúde. A Figura 2 representa os atendimentos que foram realizados pelo CEBRAMEN no período de 05 de setembro a 30 dezembro de 2010.

Figura 2 - atendimentos que foram feitos pelo CEBRAMEN

Fonte: CEBRAMEN – 05 de setembro a 30 dezembro de 2010.

4.3. Quarto terapêutico

Quando o paciente realiza uma tireoidectomia total, procedimento cirúrgico de escolha no tratamento do Câncer Diferenciado da Tireóide para a retirada da glândula, é indicado o tratamento com iodo-131, por ser um elemento radioativo, o indivíduo é considerado uma fonte radioativa, pois o seu corpo emitirá radiação gama proveniente do decaimento do iodo-131. Nesta situação, o paciente é encaminhado para a internação no quarto específico para este tipo de tratamento, chamado de quarto terapêutico. Este quarto possui paredes e portas revestidas de chumbo com a função de blindar a radiação gama emitida pelo iodo-131, as normas de segurança e radioproteção são estabelecidas pela CNEN (2005) e

descritas no artigo 3.01 (Carvalho, 2007). A Figura 3, ilustra o Quarto Terapêutico do CEBRAMEN.



Figura 3 - Quarto Terapêutico do CEBRAMEN

Antes da internação no quarto terapêutico do CEBRAMEN os pacientes recebem todas as instruções por parte do físico sobre o tratamento e como devem se comportar durante e após à internação. Dentre os procedimentos para a eliminação do iodo-131 no período da internação os pacientes são orientados a pingar algumas gotas de limão próximo a glândula salivar (debaixo da língua) para estimular o processo de salivação e também ingerir muito líquido, tomar vários banhos com o objetivo de eliminar o material radioativo que fica concentrado nas glândulas salivares e no corpo do paciente. Adotando esses procedimentos o paciente tem chances de receber alta após 48 horas da ingestão do iodo-131. Quando o paciente recebe alta do CEBRAMEN, algumas instruções devem ser seguidas durante 7 dias após a alta com o intuito de minimizar os efeitos da radiação emitida pelo material radioativo e que ainda não foi eliminado pelo organismo do paciente. Este critério de sete dias foi escolhido respeitando o processo natural de excreção do material radioativo quase que total (85 %) que é

de aproximadamente 5 dias conforme a publicação de nº 94 da *International Commission on Radiological Protection (ICRP)* (2004).

A Figura 4 ilustra um quarto terapêutico tradicional que encontramos na maioria dos centros que trabalham com radioiodoterapia no Brasil.



Figura 4 - Quarto Terapêutico Tradicional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ).

4.4. Procedimento

A coleta de dados foi realizada após a sensibilização do grupo sobre o trabalho. No momento da internação no quarto terapêutico os pacientes e seus acompanhantes foram orientados sobre a importância da pesquisa pelo físico que acompanha a internação dos pacientes e pela mestrandia. Os dados foram coletados por meio de dois questionários fechados, sendo o primeiro com as variáveis sociodemográficas, estilo de vida (Anexo 1) e o segundo aborda questões relacionadas à qualidade de vida, dividida em quatro domínios: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais, utilizando o instrumento WHOQOL-bref (*World Health Organization Quality of Life* da Organização Mundial de Saúde (Anexo 2). O sigilo absoluto é uma prerrogativa do entrevistado, desta forma

foram utilizadas siglas para maior segurança como: E1 (entrevistado um), E2 (entrevistado dois) e assim sucessivamente. O questionário WHOQOL-bref foi aplicado no paciente e em seu acompanhante antes da internação e após uma semana quando o paciente retorna para o CEBRAMEN para realização do exame de pesquisa de corpo inteiro (PCI). Além de responder o questionário, no decorrer das entrevistas, os pacientes e seus acompanhantes relatavam como estava sendo lidar com o Câncer Diferenciado da Tireóide e o que sentiram quando descobriram a doença. Os mesmos responderam a perguntas improvisadas feitas pela pesquisadora. De acordo com as respostas dadas pelos participantes surgiram novas perguntas.

Para este projeto foi escolhida uma amostragem teórica, que é um tipo de amostragem usada na teoria fundamentada na qual o pesquisador visa desenvolver as propriedades das suas categorias ou, teorias em desenvolvimento, e não testar amostras de populações selecionadas de forma aleatória ou de distribuições representativas de uma determinada população. Com a utilização da amostragem teórica, o pesquisador busca pessoas, eventos ou informações para esclarecer e definir os limites e a relevância das categorias (Charmaz, 2006). Desta forma não se pretende uma amostragem representativa, pois a prioridade é analisar os dados de forma qualitativa. O quantitativo de 56 indivíduos é um número aceitável em muitos trabalhos usando a *Grounded Theory*, porém não constitui um critério único (Suddaby, 2006). Segundo Charmaz (2003), se for necessário, o pesquisador poderá continuar incluindo participantes além do número previsto, obtendo dados suficientes para gerar uma teoria que atenda aos objetivos, respondendo as questões da pesquisa proposta.

As anotações obtidas no decorrer das entrevistas no momento da internação foram transcritas e interpretadas de acordo com a *Grounded Theory* na sua vertente construtivista (Charmaz, 2003). O conteúdo do relato dos pacientes e de seus acompanhantes foi analisado descritivamente através da análise do conteúdo, favorecendo a ênfase nos processos vivenciais que esclarecem as questões da pesquisa, tentando retratar a opinião dos participantes em relação ao tratamento com radioiodoterapia.

No decorrer do trabalho de campo foram excluídos os pacientes que não tinham condição de fazer a leitura e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 3), porque estavam sem óculos. Esses foram para a internação sem os óculos com receio de que se estes se contaminassem ficariam entre os objetos destinados para o depósito de rejeitos radioativos para decaimento, como acontecem na maioria dos serviços deste tipo de tratamento. Relataram que tinham receio de retornar para casa com os óculos que haviam sido usados no quarto terapêutico.

4.5 Aplicação e interpretação do WHOQOL-Bref

A aplicação do questionário WHOQOL-Bref foi realizada antes da internação do paciente no quarto terapêutico. No momento em que paciente e acompanhante estavam no quarto recebendo as instruções para o tratamento, após as orientações passadas pelo físico nuclear tanto os pacientes como os seus acompanhantes foram convidados a participar da pesquisa como voluntários, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Quando os pacientes recebem alta do quarto terapêutico, após uma

semana eles retornam para o CEBRAMEN, para realização de exames de rotina. Nesse momento na sala de espera os pacientes e acompanhantes responderam o questionário WHOQOL-Bref após a internação e fizeram relatos de como se sentiram no quarto terapêutico e também fizeram uma avaliação oral do tratamento. Os acompanhantes relataram os momentos que consideraram mais difíceis antes, durante e após a internação.

Os dados dos questionários foram tabulados e seus resultados foram representados em forma de porcentagem. A interpretação dos dados do questionário foi realizada através da literatura pesquisada e a interpretação dos relatos dos pacientes com o auxílio da *Grounded Theory*.

4.6. Construção de categorias passo a passo

As categorias foram construídas de acordo com os relatos dos pacientes e de seus acompanhantes no decorrer das entrevistas e da organização dos dados coletados. Foram criadas unidades de sentido que identificam a informação contida nos dados coletados e que foram importantes para responder as questões da pesquisa, tentando atender os objetivos propostos.

Para cada unidade de sentido foi estabelecido um código conceitual. Segundo Charmaz (2006), a codificação qualitativa é um processo de definição sobre o conteúdo dos dados, é a primeira etapa analítica. Codificar significa nomear segmentos de dados com uma classificação que, simultaneamente, categoriza, resume e representa cada parte dos dados, sendo a codificação a primeira etapa para o pesquisador passar dos enunciados reais presentes nos dados coletados à elaboração das interpretações analíticas, com o objetivo de

produzir uma versão interpretativa que tem início com a codificação e que elucida a vida estudada Charmaz (2006).

A segunda etapa na codificação é a codificação focalizada. Nessa etapa os códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais que os gerados pela codificação qualitativa inicial (Glaser, 1978). A codificação focalizada significa utilizar os códigos que foram encontrados inicialmente e que são mais significativos ou mais freqüentes para analisar detalhadamente os montantes de dados coletados.

O último passo envolve a organização dos códigos focados de acordo com suas relações, semelhanças e divergências, em conceitos mais amplos de maior abstração. Para cada conceito abstrato no final da pesquisa foi atribuído um nome que representasse os códigos que o uniu, usado como categoria fundamentada nos dados. Com a organização das categorias e os dados coletados, foi possível construir um modelo que respondesse as questões da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

No decorrer do trabalho de integração conceitual das categorias foram encontrados grandes eixos. Estes foram usados para organizar o texto dos resultados apresentados (Charmaz, 2003). De acordo com os relatos dos pacientes no decorrer das entrevistas foram construídos os seguintes eixos: elementos adversos no contexto do tratamento, impacto emocional de diagnóstico e tratamento, problemas de enfrentamento e elementos que favorecem o enfrentamento.

5.1. Eixo 1 – Elementos adversos no contexto do tratamento

Os pacientes E2, E15, E18, E25, E27 e E32 relataram, no decorrer das entrevistas que as restrições do medicamento (levotiroxina) e de contato físico geram emoções negativas e limitações cognitivas. Com isso, os mesmos sentem saudade da vida normal. Para esses pacientes o tratamento gera sofrimento. Segundo Charmaz (2006), o status moral do sofrimento carrega padrões de decoro e de dignidade. A pessoa tem de cumprir esses padrões ou sofrer as consequências. No entanto, os padrões são normalmente pressupostos e relativos ao grupo e à experiência prévia. Sendo assim, invocar os padrões de um grupo pode alienar o outro. No caso do tratamento do Câncer Diferenciado da Tireóide, o sofrimento que é relatado pelas restrições do medicamento e de contato físico são fundamentais para a cura do paciente e a exposição desnecessária à radiação pode gerar outros problemas aos seus acompanhantes e familiares.

Para os pacientes citados acima, uma das dificuldades do

tratamento é o isolamento no quarto terapêutico e as restrições que devem ser cumpridas depois da alta. A paciente E2 disse: “*Estou morrendo de saudades do meu filho. Ele tem dez anos, gostaria muito de poder abraçar e beijar ele hoje mesmo*”. A paciente E25 disse: “*Tenho um filho de dois anos e meio. Não queria ficar longe do meu filho*”. Já os outros pacientes E15, E18, E27 e E32 relataram que além da restrição de contato físico com os filhos, parentes e amigos eles também sentem saudade de levar uma vida normal.

Frederickson (2009) aborda em seu trabalho que o contato com ambientes naturais trazem benefícios para pessoas que ficam internadas em hospitais. Ela faz uma referência usando o seguinte exemplo: “O tempo de internação num hospital depende de se a janela dá ou não para o verde?” Estudos mostram que as pessoas podem se colocar em trajetórias de cura, passando mais tempo ao ar livre, em contato com a natureza, ao invés de ficarem isoladas em casa (Frederickson, 2009). No caso do tratamento no quarto terapêutico, as pessoas não tem como visualizar um ambiente natural, pois as janelas dos quartos ficam lacradas e por isso para muitos pacientes o período de 48 horas se torna algo distante da vida normal.

De acordo com Kaplan (2001) dependendo do que se vê ou se olha através de uma janela pode se provar numerosas oportunidades para o reestabelecimento e a cura.

5.2. Eixo 2 – Impacto emocional de diagnóstico e tratamento

Os pacientes E1, E2, E3, E26, E27, E30 e E32 relataram no decorrer das entrevistas que o diagnóstico grave surge inesperadamente. Com isso, eles

iniciam o tratamento e passam por momentos difíceis antes, durante e após a cirurgia. Como o tratamento gera sintomas físicos e a maioria não tem conhecimento do procedimento que é realizado no quarto terapêutico, os mesmos relatam a necessidade do acompanhamento psicológico.

A paciente E2 disse: *“Eu não gostei da dieta que tive que fazer, antes da internação para a ingestão do Iodo-131. Estou fazendo o tratamento a dois meses, fiz a cirurgia, descobri o meu problema com exames de rotina. Sinto muito cansaço, fraqueza, unhas quebradiças, queda de cabelo, depressão. Não tenho vontade de fazer nada. A falta do hormônio me deixa aérea, deprimida, sem vontade de fazer nada. Preciso de um acompanhamento psicológico.”* Já a paciente E1 relata: *“É muito importante a presença de um psicólogo quando estamos fazendo este tipo de tratamento”*. Para a paciente E3 o diagnóstico de câncer também surgiu de forma inesperada: *“Com exames de rotina através de uma ultrassonografia da tireóide, descobri que estava com um tumor do tamanho de um limão grande. Passei por duas cirurgias em uma semana. Os médicos me abriram duas vezes. Depois da cirurgia no quarto, tive convulsões. Como estava internada na enfermaria, as colegas de quarto me ajudaram muito pedindo assistência para as enfermeiras. Ninguém sabe o que é um nódulo, um câncer. Só a pessoa que tem o problema. Pra mim está sendo muito difícil! Tenho 32 anos e não faço mais nada na minha vida. Há dois meses descobri a doença, eu era vaidosa demais perdi toda a vaidade. Não consigo mais trabalhar, estudar, ler, não consigo me concentrar. É muito difícil enfrentar um tratamento de câncer de tireóide”*. Os outros pacientes E26, E27 e E30 relataram que descobriram a doença através de exames de rotina e que a presença de um psicólogo no centro

de internação é de suma importância, tanto para os pacientes como para os acompanhantes. Já a paciente E32 disse: *“Eu não sentia nada. Nunca tive nenhum efeito colateral. Sempre confiei nos médicos, fiz a primeira e a segunda cirurgia por estética. Senti um caroço no pescoço que estava crescendo e aquilo me incomodava fisicamente. Fiz uma cirurgia na minha cidade em Buriti Alegre e a outra em Itumbiara. Estou super revoltada com as cicatrizes, só na terceira cirurgia aqui em Goiânia que descobri que estava com câncer. Desde o primeiro nódulo tem dois anos que faço tratamento.”*

De acordo com a literatura pesquisada (Kovács, 1998; Neme, 1999; Medeiros, 2002) o acompanhamento psicológico, realizado através da psicoterapia de apoio é considerado um tratamento eficaz para auxiliar o paciente na recuperação da sua auto-estima, amenizando o sofrimento provocado pelo tratamento, que altera o estilo de vida tanto do paciente como dos seus familiares.

5.3. Eixo 3 – Problemas de enfrentamento

Os pacientes E2, E3, E16, E22, E27, E28 e E32, manifestaram, no decorrer da pesquisa, as dificuldades para aceitar a doença e o tratamento e alguns que já fizeram o tratamento uma vez, estão fazendo pela segunda e outros pela terceira vez a dificuldade de aceitar a não eficácia do tratamento. Com esses impactos do tratamento, eles sentem a necessidade de um acompanhamento psicológico antes, durante e após a internação.

A paciente E22 relata no momento da internação: *“Não tenho dúvidas sobre o tratamento, fiz esse mesmo procedimento em 2009. Pensei que seria uma única vez e agora estou aqui de novo.”* Já a paciente E28 diz: *“Eu já fiz*

esse tratamento duas vezes. Acho que o iodo-131 não faz nenhum efeito no meu organismo". O paciente E27 foi acompanhado pela mãe e a mesma fez alguns relatos: "Meu filho está muito ansioso. Hoje vomitou várias vezes. Está com o estômago ruim, disse que não vai comer a alimentação que é servida aqui. Ele já fez esse tratamento uma vez após a cirurgia e agora passou pela segunda cirurgia e está aqui de novo para tomar o iodo-131. Ele disse que nunca mais queria voltar aqui e agora tem que fazer o tratamento novamente, não tem nem um ano que ele esteve internado aqui. Ele teve paralisia facial depois da segunda cirurgia. Hoje faz fisioterapia, mas o que mais incomoda são as cicatrizes. Apesar de todos os problemas, ele tenta levar a vida normalmente: estuda, participa de congressos, namora. Mas diante da doença fica calado e eu como mãe fico muito preocupada. Quando ele ficou internado pela primeira vez, não existiam essas orientações que o físico fez hoje sobre o tratamento. Além da orientação do físico acho importante a presença de um psicólogo."

Os outros pacientes relataram a dificuldade para aceitar a doença e o tratamento e consideraram a presença de um psicólogo importante antes, durante e após a internação. Diante da doença os pacientes passam por grandes dificuldades tais como a alteração das atividades diárias, em virtude do tratamento, a maior dependência de cuidados de terceiros, a mudança de hábitos como tabagismo, a alteração da imagem, o isolamento social e do meio ambiente (isolados no quarto terapêutico) (Nucci, 2003). Todos esses fatores podem gerar um sofrimento psicológico, evidenciado através da depressão, da ansiedade e da necessidade de conversar com uma pessoa que não seja nem da família, nem do grupo de amigos. (Amar, 2002). Nesse momento surge a necessidade de um

psicólogo (Costa Neto, 2000).

5.4. Eixo 4 – Elementos que favorecem o enfrentamento

Para os pacientes E1, E2, E4, E5, E16 e E32, o que tem auxiliado os pacientes no decorrer do tratamento a enfrentar os problemas e melhorar a qualidade de vida são a companhia de outro paciente no quarto terapêutico, a fé em Deus e o pensamento positivo. Mesmo alguns pacientes que já fizeram o tratamento uma ou duas vezes, afirmaram que companhia, fé e pensamento positivo são fundamentais para enfrentar as dificuldades que surgem diariamente.

A paciente E2 diz: *“Entre em pânico no quarto terapêutico, no primeiro dia da internação. Se não fosse o “anjo”, aquela senhora que também estava internada comigo eu teria surtado.”* Para essa paciente a companhia da senhora E1 foi fundamental para superar o período de internação que teve duração de 48 horas. A paciente E4 que ficou internada no outro quarto revela: *“Descobri a doença a dois meses, me sinto bem. Eu não estou nem aí porque as pessoas falam que engordei muito. Eu sei que vou ficar curada. Tenho muita fé em Deus! Tenho dois filhos para criar que precisam muito de mim. Sinto muita saudade deles. Já tem dez dias que estou aqui em Goiânia, estou fazendo bordados no ponto cruz, pra mim é uma terapia que me ajuda a enfrentar esse problema”*. Já a paciente E5 relatou no momento da internação *“Eu me sinto muito bem. Estou tranqüila, vai dar tudo certo! Confio muito em Deus”*. Como o quarto terapêutico tem uma aparência diferenciada de um quarto de hospital tradicional a paciente E16 disse na entrada do quarto: *“Vou pensar que estou aqui como se estivesse num SPA, vai ficar tudo bem”*. A paciente E32 ficou internada

em um dos quartos sozinha, pois não havia outra paciente para ficar no mesmo quarto com ela naquele dia. Mas durante todo o período das explicações ela se manteve calma e disse: *“Estou tranqüila, confiante no tratamento e em Deus que está acima de tudo e de todos”*.

De acordo com estudos desenvolvidos por Fredrickson (2009), a fé em Deus e o pensamento positivo fortalecem nossos recursos intelectuais, físicos e sociais, criando reservas que podemos utilizar quando surgem situações adversas em nossas vidas. Quando se pensa de forma positiva, os outros gostam mais de nós, e a amizade, o amor e a união com outras pessoas apresentam mais chances de se solidificarem. Ao contrário do pensamento negativo, nossa disposição mental se torna expansiva, tolerante e criativa. Dessa forma ficamos abertos a novas idéias e conseguimos enfrentar experiências adversas com mais tranqüilidade. Portanto, para os pacientes citados acima, esses três fatores que são a fé, o pensamento positivo e o apoio familiar (ou de amigos) foram e são fundamentais para enfrentar o tratamento com grande chance de cura.

5.5. Eixo 5 – Sugestões e opinião dos participantes sobre o tratamento

Na presente pesquisa os pacientes e seus acompanhantes fizeram algumas sugestões com o objetivo de melhorar o tratamento e amenizar o sofrimento dos mesmos. Dentre as sugestões estão:

- Montar uma equipe multidisciplinar composta por: enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social e físico.
- Acompanhar os pacientes psicologicamente antes, durante e após o período de internação no quarto terapêutico.

- Atender os pacientes antes da internação com mais tempo disponível para esclarecer as dúvidas, pois a maioria dos entrevistados considera as consultas realizadas pelos médicos rápidas.
- Humanizar o tratamento por parte da equipe médica.
- Instalar uma webcam no computador para que os pacientes possam se comunicar visualizando os seus parentes e amigos.
- Disponibilizar filmes para os pacientes relacionados com qualidade de vida, meio ambiente, enfrentamento e saúde.

As opiniões sobre o tratamento com radioiodoterapia feitas pelos pacientes e acompanhantes são:

- “Mesmo com todas as instruções recebidas o material radioativo é algo desconhecido pois não sabemos quais serão as reações após a ingestão.”
- “Existe muito medo do tratamento por causa da radiação que é algo que não vemos mas que sabemos que existe e pode causar acidentes.”
- “Os efeitos mais comuns são vômitos, boca seca, sensação de enjoô.”
- “O isolamento é muito difícil tanto para o paciente como para a família que fica distante e preocupada, mesmo que isso dure 48 ou 72 horas”.

5.6. Avaliação dos resultados sócio-demográfico

Os participantes da pesquisa (n=56) responderam a dois questionários, sendo um de caráter sócio-demográfico e o outro referente à qualidade de vida baseado no instrumento WHOQOL-bref.

A aplicação do questionário sociodemográfico revelou que dos 32 participantes portadores do Câncer Diferenciado da Tireóide, 29 eram do sexo

feminino (90,6 %) e apenas 3 (9,4%) do sexo masculino, na faixa etária entre 20 e 60 anos, 21 casados (as) (65,6%), com ensino superior (65,6%) que equivale a 21 pacientes, em exercício do trabalho (71,9%) representando 23 pacientes, com renda familiar média de 2 a 4 salários mínimos (43,8%), conforme Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização sócio – demográfica dos pacientes (n = 32) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO, no período de setembro a dezembro de 2010.

	Variável	Ocorrência	Frequência %
Sexo	Masculino	3	9,4
	Feminino	29	90,6
Idade	20 – 40 anos	16	50
	41 – 60 anos	16	50
	> 60 anos	0	0
Estado Civil	Solteiro	7	21,9
	Casado	21	65,6
	Divorciado	2	6,25
	Viúvo	2	6,25
Escolaridade	Analfabeto	0	0
	Fundamental	3	9,4
	Médio	8	25
	Superior	21	65,6
Trabalho	Sim	23	71,9
	Não	9	28,1
Renda Familiar Mensal	Até um salário	1	3,1
	2 – 4 Salários	14	43,8
	5 – 10 salários	11	34,3
	Maior que 10 salários	6	18,8
Número de moradores	Menos que 3 moradores	17	53,1
	3 – moradores	15	46,9
	Mais que 5 moradores	0	0
Número de cômodos – moradores	Até 3 cômodos	3	9,4
	4 – 8 cômodos	28	87,5
	> 9 cômodos	1	3,1

Os estudos de Maia *et al.*, (2007), revelam que pesquisas epidemiológicas conduzidas em áreas ricas em iodo têm demonstrado que 4 a 7% das mulheres e 1 % dos homens adultos apresentam nódulo palpável. Entretanto, estudos ultrassonográficos (US) revelam que essa prevalência é ainda maior, variando de 19 a 67%, com maior incidência em mulheres e idosos. Já os estudos

de Sampaio, (2004) confirmam que a presença de nódulo é mais comum, principalmente no sexo feminino (aproximadamente seis mulheres para cada homem) e tende a aumentar com a idade, pelas alterações hormonais. A maioria da população do presente estudo foi constituída de mulheres.

Pôde-se observar na distribuição por faixa etária desta população portadora do câncer da tireóide que 50% tinham entre 20 e 40 anos e os outros 50% tinham entre 41 e 60 anos. Em um estudo desenvolvido pela SBEM (2006), foi identificado que a faixa etária dos pacientes portadores com câncer de tireóide variam entre 25 e 65 anos, sendo três vezes mais freqüente em mulheres. Esses resultados confirmam os encontrados neste trabalho. Observa-se que a maioria da população de estudo apresenta relação conjugal estável (65,6%), apresentando faixa etária entre 20 e 60 anos.

A escolaridade da população é representada por 65,6% com ensino superior completo, 25% com ensino médio, 9,4% com ensino fundamental e nenhum analfabeto. Esse dado facilita o planejamento do CEBRAMEN, pois quando é realizada a reunião para a transmissão das informações sobre o tratamento do câncer da tireóide tanto para pacientes como para acompanhantes, no decorrer do trabalho muitos relataram o uso da internet para esclarecer algumas dúvidas tanto do diagnóstico como do tratamento terapêutico. Dessa forma, o nível de instrução se torna um aliado para compreender o tratamento antes, durante e após a internação.

Em relação à ocupação, 71,9% dos pacientes trabalham e apenas 28,1% não estão desempenhando nenhuma atividade profissional. Os 28,1% representam os estudantes, aposentados, pessoas que trabalham em casa (Do

lar).

A renda familiar mensal dos indivíduos da pesquisa é representada por até um salário mínimo 3,1%, de 2 a 4 salários 43,8% , de 5 a 10 salários 34,3% e acima de 10 salários 18,8%. De acordo com os pacientes, uma boa renda mensal favorece em parte a adesão ao tratamento, pois facilita a obtenção de alimentos adequados segundo a dieta estabelecida pelo CEBRAMEN, a aquisição de medicamentos e a realização dos exames.

Em relação ao número de moradores, o trabalho em estudo apresentou uma ocorrência de 53,1% de poucos moradores por residência e 46,9% com um número médio. Segundo levantamento feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que aponta que o tamanho médio da família brasileira é de 3.34 a 4.34 pessoas (IBGE, 2002). Vários estudos revelam que a moradia com outras pessoas pode auxiliar no tratamento, pois o apoio familiar representa um fator importante no cuidado da pessoa portadora do Câncer Diferenciado da Tireóide, uma vez que os familiares poderão estar envolvidos no cuidado do paciente.

A Tabela 4 apresenta a caracterização do estilo de vida da população estudada.

Tabela 4. Caracterização do estilo de vida dos pacientes, (n = 32) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO no período de setembro a dezembro de 2010.

	Variável	Ocorrência	Freqüência %
Atividade de Física	Sim	14	43,8
	Não	18	56,2
Tabagismo	Sim	2	6,2
	Não	30	93,8
Consumo de Alcool	Sim	9	28,1
	Não	23	71,9

Em relação a atividade física regular, a maioria dos pacientes (56,2%) afirmam não praticar nenhum tipo de exercício. Já a outra parcela, que representa (43,8%), afirmam praticar exercícios físicos pelo menos 30 minutos três vezes por semana. Estudos demonstram que exercícios físicos após o diagnóstico de alguns casos de câncer de mama, leucemia, câncer de cabeça e pescoço, colo-retal e da infância trazem efeito positivo para a qualidade de vida, incluindo bem-estar físico, psicológico e emocional. A atividade física pode ser uma intervenção eficaz para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer (Courneya, 2003).

Entre os participantes, nesse estudo 93,8% de indivíduos não possuem o hábito de fumar ou abandonaram o vício depois que receberam o diagnóstico de Câncer da Tireóide e iniciaram o tratamento. Apenas 6,2% continuam fumando, mesmo após o diagnóstico de Câncer. De acordo com a OMS (2008) o tabaco fumado em qualquer uma das suas formas causa até 90% de todos os cânceres de pulmão e é um fator de risco significativo para acidentes cérebros-vasculares e ataques cardíacos mortais.

Quanto ao uso de álcool neste estudo, 28,1% dos indivíduos relataram o consumo e 71,9% não usam bebidas alcoólicas.

A Tabela 5 apresenta a caracterização sócio-demográfico dos acompanhantes dos pacientes com câncer de tireóide.

Tabela 5. Caracterização sócio – demográfico dos acompanhantes dos pacientes (n = 24) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO, no período de setembro a dezembro de 2010.

	Variável	Ocorrência	Frequência %
Sexo	Masculino	14	58,3
	Feminino	10	41,7
Idade	20 – 40 anos	11	45,8

Continua...

	41 – 60 anos	12	50,0
	> 60 anos	1	4,2
Estado Civil	Solteiro	3	12,5
	Casado	20	83,3
	Divorciado	1	4,2
	Viúvo	0	0
Escolaridade	Analfabeto	0	0
	Fundamental	3	12,5
	Médio	7	29,2
	Superior	14	58,3
Trabalho	Sim	21	87,5
	Não	3	12,5
Renda Familiar Mensal	Até um salário	0	0
	2 – 4 Salários	11	45,8
	5 – 10 salários	8	33,3
	Maior que 10 salários	5	20,9
Número de moradores	Menos que 3 moradores	11	45,8
	3 – 5 moradores	13	54,2
	Mais que 5 moradores	0	0
Número de cômodo – moradores	Até 3 cômodos	2	8,3
	4 – 8 cômodos	19	79,2
	> 9 cômodos	3	12,5

A aplicação do questionário sociodemográfico revelou que a maioria dos acompanhantes (58,3%) são do sexo masculino, na faixa etária entre 41 e 60 anos, casados (as) (83,3%), com nível superior (58,3%), em exercício do trabalho (87,5%), com renda familiar média de 2 a 4 salários mínimos (45,8%). Quanto ao número de moradores, o trabalho em estudo apresentou uma ocorrência de 54,2% que representa uma quantidade média de moradores e 45,8% que representa poucos moradores por residência.

A Tabela 6 apresenta a caracterização do estilo de vida dos acompanhantes dos pacientes com câncer de tireóide.

Tabela 6. Caracterização do estilo de vida dos acompanhantes dos pacientes, (n = 24) com câncer de tireóide, no Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular em Goiânia – GO no período de setembro a dezembro de 2010.

	Variável	Ocorrência	Frequência %
Atividade de Física	Sim	10	41,6
	Não	14	58,4
Tabagismo	Sim	3	12,5
	Não	21	87,5
Consumo de Álcool	Sim	6	25
	Não	18	75

A maioria dos entrevistados 58,4% não praticam nenhum tipo de atividade física, 87,5% não fumam e 75% não consomem álcool.

5.7. Resultados quantitativos (WHOQOL-bref)

5.7.1 Qualidade de vida dos pacientes

Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário WHOQOL-bref, da OMS, aplicado antes e após a internação do paciente no quarto terapêutico. Foi observado que 53,1% dos pacientes relataram boa qualidade de vida, 9,38% regular, 6,25% ruim, 0% muito ruim e 31,25% muito boa. Os resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL-bref encontram-se na Tabela 7.

Tabela 7. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do paciente antes da internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.

Facetas de domínios	Avaliação do paciente antes da internação				
	1	2	3	4	5
FISICO					
2 – Satisfação saúde	3,1%	9,4%	37,5%	40,6%	9,4%
3 – Dor física	18,8%	25%	37,5%	15,6%	3,1%
4 – Tratamento médico	9,4%	18,7%	43,8%	25%	3,1%
10 – Energia	3,1%	34,3%	37,5%	12,5%	12,5%
15 – Locomover	3,1%	3,1%	18,8%	40,6%	34,4%
16 – Sono	9,4%	15,6%	21,9%	34,4%	18,7%
17 – Atividades do dia	6,2%	43,8%	21,9%	15,6%	12,5%

Continua...

18 - Trabalho	9,4%	37,5%	18,7%	18,8%	15,6%
SOCIAL					
20 – Relação pessoais	0%	9,4%	21,9%	37,5%	31,2%
21 – Vida sexual	6,2%	28,1%	21,9%	28,1%	15,6%
22 – Apoio	0%	15,6%	12,5%	25%	46,9%
MEIO AMBIENTE					
8 – Seguro	0%	6,3%	40,6%	28,1%	25%
9 – Saudável	3,1%	6,2%	34,4%	43,8%	12,5%
12 – Dinheiro	0%	15,6%	53,1%	12,5%	18,8%
13 – Informações	0%	3,1%	37,5%	25%	34,4%
14 – Oportunidades de lazer	3,1%	31,2%	34,4%	18,8%	12,5%
23 – Moradia	0%	9,4%	3,1%	34,4%	53,1%
24 – Acesso à saúde	3,1%	6,2%	9,4%	46,9%	34,4%
25 – Transporte	0%	15,6%	15,6%	37,5%	31,3%
PSICOLOGICO					
5 – Aproveitar a vida	0%	12,5%	56,2%	18,8%	12,5%
6 – Sentido de vida	0%	6,2%	15,6%	18,8%	59,4%
7 – Concentrar	0%	21,9%	43,8%	21,8%	12,5%
11 – Aceitar aparência	0%	15,6%	31,3%	31,2%	21,9%
19 – Satisfação corporal	3,1%	18,8%	21,9%	40,6%	15,6%
26 – Sentimentos negativos	3,1%	50%	15,6%	25%	6,3%

Os resultados de maior relevância apresentados pelo questionário WHOQOL-bref nesse estudo, apresentados na Tabela 7, revelam que 53,1% dos pacientes estão satisfeitos com a qualidade de vida, mesmo sendo portador de câncer, 40,6% se dizem satisfeitos com a saúde e com a capacidade de locomoção, 37,5% acreditam que em determinadas situações a dor física é um impedimento para realizar algumas atividades diárias tais como dirigir e pegar uma criança no colo. Em relação ao desempenho das atividades diárias, 43,8% se dizem insatisfeitos e outros 43,8% afirmam que precisam de tratamento médico frequentemente. No domínio social, 37,5% se dizem satisfeitos com as relações pessoais e 46,9% estão muito satisfeito com o apoio que recebem de seus amigos. Em relação ao trabalho, a maioria dos pacientes 37,5% se dizem insatisfeitos com a capacidade para desenvolver as suas atividades. Já em relação ao domínio ambiental 43,8% consideram o ambiente físico saudável e 40,6% consideram seguro, 53,1% estão muito satisfeitos com a moradia. No

domínio psicológico 56,2% afirmam que aproveitam a vida de forma regular, 59,4% consideram que a vida é algo extremamente importante, 43,8% consideram o poder de concentração para desenvolver atividades regular. Em relação a satisfação corporal 40,6% se dizem satisfeito. Em relação aos sentimentos, 50% afirmam ter sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.

A Tabela 8 apresenta os resultados do questionário WHOQOL-bref após uma semana da internação, quando o paciente retorna para o CEBRAMEN para a realização de exames de controle. Foi observado que após à internação, 40,6% dos indivíduos com CDT relataram boa qualidade de vida, outros 40,6% muito boa e 18,7% regular. Nenhum indivíduo considerou a qualidade de vida ruim ou muito ruim. Os resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação em relação às facetas dos domínios do questionário encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do paciente após à internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.

Avaliação do paciente após à internação					
Facetas de domínios	1	2	3	4	5
FÍSICO					
2 – Satisfação saúde	6,2%	3,1%	43,8%	37,5%	9,4%
3 – Dor física	25%	25%	31,2%	18,8%	0%
4 – Tratamento médico	3,1%	15,6%	43,8%	28,1%	9,4%
10 – Energia	0%	37,5%	43,8%	12,5%	6,2%
15 – Locomover	0%	3,1%	34,4%	25%	37,5%
16 – Sono	3,2%	15,6%	37,5%	28,1%	15,6%
17 – Atividades do dia	6,2%	34,4%	18,8%	28,1%	12,5%
18 - Trabalho	3,1%	28,1%	21,9%	34,4%	12,5%
SOCIAL					
20 – Relação pessoais	3,1%	6,2%	18,8%	43,8%	28,1%
21 – Vida sexual	12,5%	21,9%	34,4%	21,8%	9,4%
22 – Apoio	3,1%	9,4%	12,5%	37,5%	37,5%
MEIO AMBIENTE					
8 – Seguro	0%	9,4%	31,2%	34,4%	25%
9 – Saudável	3,1%	12,5%	28,1%	43,8%	12,5%

Continua...

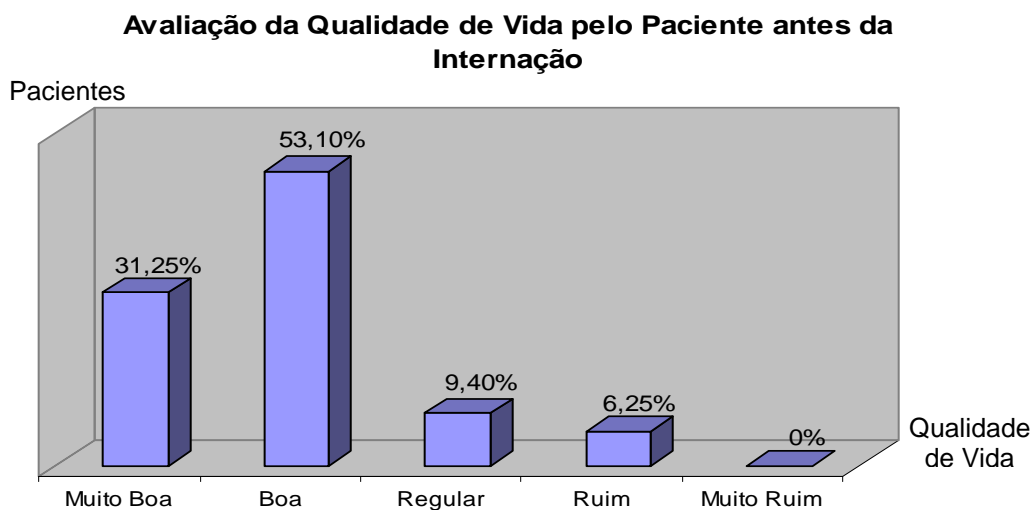
12 – Dinheiro	0%	18,7%	37,5%	21,9%	21,9%
13 – Informações	0%	3,2%	25%	40,6%	31,2%
14 – Oportunidades de lazer	3,1%	34,4%	28,1%	18,8%	15,6%
23 – Moradia	3,1%	6,2%	3,2%	46,9%	40,6%
24 – Acesso à saúde	0%	3,2%	15,6%	56,2%	25%
25 – Transporte	0%	12,5%	9,4%	53,1%	25%
PSICOLÓGICO					
5 – Aproveitar a vida	0%	15,6%	43,8%	25%	15,6%
6 – Sentido de vida	0%	3,1%	15,6%	21,9%	59,4%
7 – Concentrar	0%	21,9%	53,1%	15,6%	9,4%
11 – Aceitar aparência	0%	12,5%	34,4%	28,1%	25%
19 – Satisfação corporal	0%	15,6%	21,9%	34,4%	28,1%
26 – Sentimentos negativos	9,4%	50%	15,6%	18,8%	6,2%

Diante dos resultados, podemos observar que a maioria dos entrevistados estão satisfeitos com a qualidade de vida, mesmo enfrentando um câncer. Com relação à satisfação à saúde, 43,8% se dizem nem satisfeito nem insatisfeito (regular). Quando questionados sobre a dor física, 31,2% consideram a dor um impedimento para desenvolver algumas atividades diárias. A maioria dos pacientes 43,8% considera o acompanhamento médico importante para melhorar a qualidade de vida através do tratamento, minimizando outras complicações. No domínio social, 43,8% estão satisfeitos com o apoio que recebem de amigos e parentes. Em relação ao meio ambiente físico, 43,8% se dizem muito satisfeitos, consideram o ambiente saudável e 46,9% estão satisfeitos com o local onde residem. No domínio psicológico, 43,8% afirmam que aproveitam a vida de forma regular, 59,4% consideram que a vida é algo extremamente importante, 53,1% consideram o poder de concentração para desenvolver atividades regular. Em relação aos sentimentos, 50% afirmam ter sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.

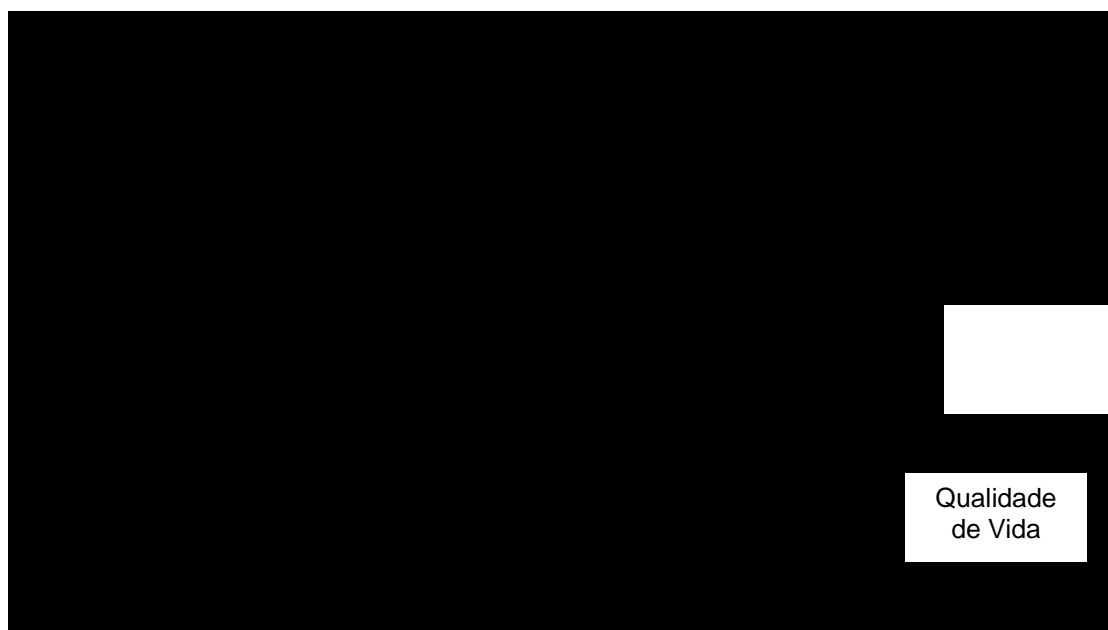
As Figuras 5 e 6 representam as opiniões dos pacientes antes e após a internação no quarto terapêutico quando foram questionados sobre a

Qualidade de Vida.

Figuras 5 e 6 - Resultados encontrados antes e após a internação do paciente quando foram questionados sobre a Qualidade de Vida.



Fonte: CEBRAMEN



Fonte: CEBRAMEN

Antes da internação os pacientes consideravam a qualidade de vida boa (53,1%), muito boa (31,25%), regular (9,40%) e ruim (6,25%). Após a internação percebe-se uma mudança nesses resultados (40,60%) consideram

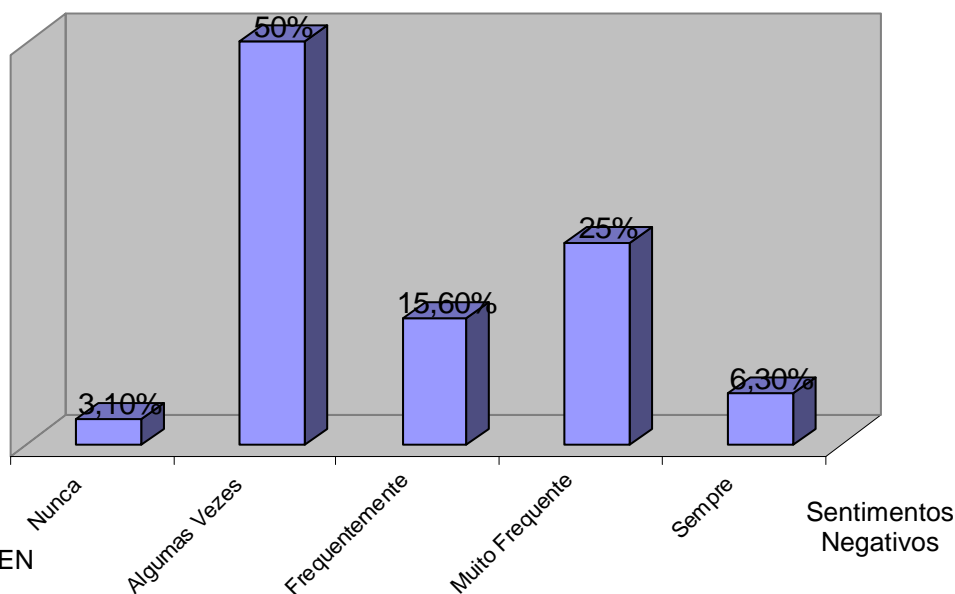
boa e (40,60%) muito boa existindo ai um aumento de (9,35%) em relação a esse parâmetro. Já (18,80%) consideram a qualidade de vida regular após á internação existindo ai um aumento de (9,42%) para esse parâmetro. Nenhum paciente considerou a qualidade de vida ruim ou muito ruim após o tratamento, antes da internação a opção ruim representava (6,25%) dos pacientes.

Os pacientes relataram que após a internação eles tinham expectativas em relação a qualidade de vida, muitos após a alta retornariam para o trabalho, o estudo, a cidade de origem e acreditavam que seria possível levar uma vida normal, mesmo tendo que realizar exames de rotina a cada três meses.

As Figuras 7 e 8 representam os resultados encontrados antes e após a internação do paciente no quarto terapêutico quando foram questionados sobre os sentimentos negativos.

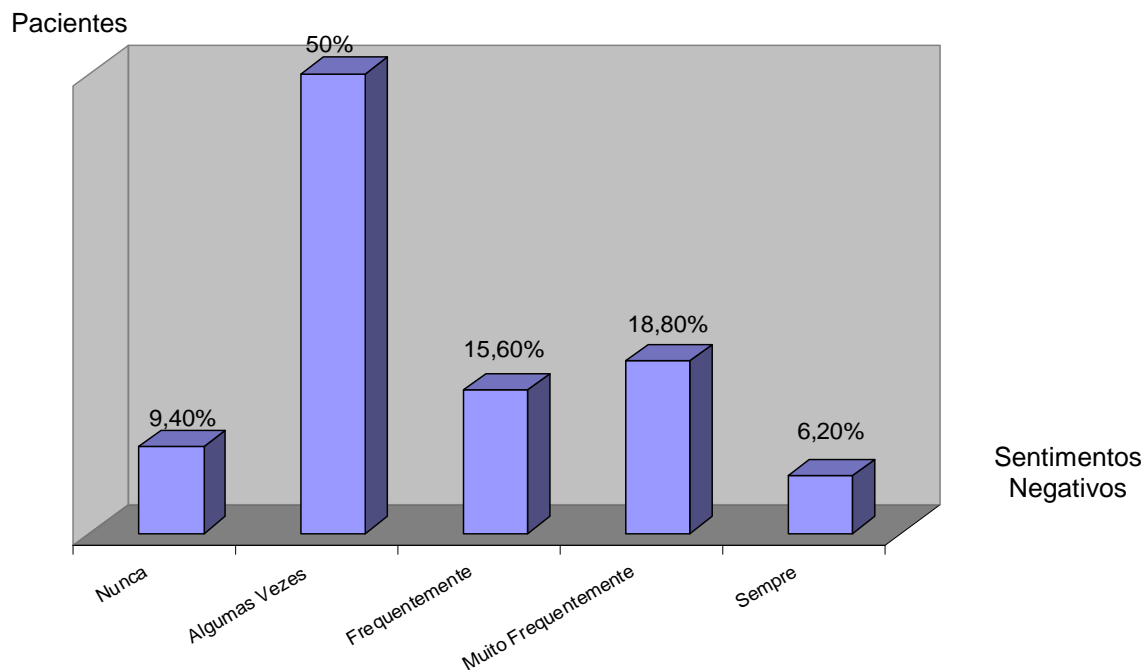
Figuras 7 e 8 - Resultados encontrados antes e após a internação quando os pacientes foram questionados sobre os sentimentos negativos.

Frequência de Sentimentos Negativos antes da Internação do Paciente



Fonte: CEBRAMEN

Frequência de Sentimentos Negativos após à Internação do Paciente



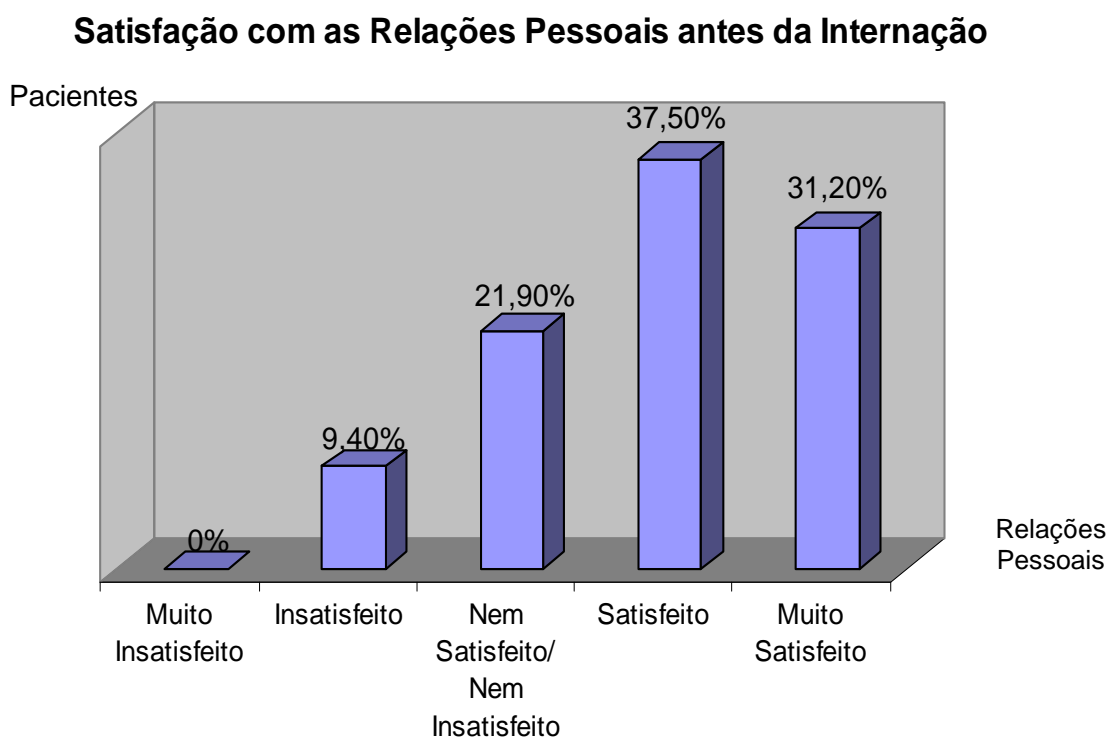
Fonte: CEBRAMEN

Diante dos resultados apresentados, podemos observar que antes da internação os pacientes relataram que algumas vezes tinham sentimentos negativos representando (50%), já (3,1%) afirmaram nunca ter sentimentos negativos, (15,60%) consideram frequentemente, (25%) muito freqüente e (6,3%) sempre. Após a internação percebe-se uma pequena alteração nesses resultados, (9,4%) afirmam nunca ter sentimentos negativos representando ai uma diferença de (6,3%) em relação ao respondido antes da internação. Não houve alteração na opção algumas vezes (50%), continuando estável. Em relação ao parâmetro frequentemente (15,60%) também não houve alteração, já em relação a opção muito frequentemente (18,8%) houve uma diferença de (6,2%) e alguns pacientes que representam (6,2%) afirmam ter sentimentos negativos sempre.

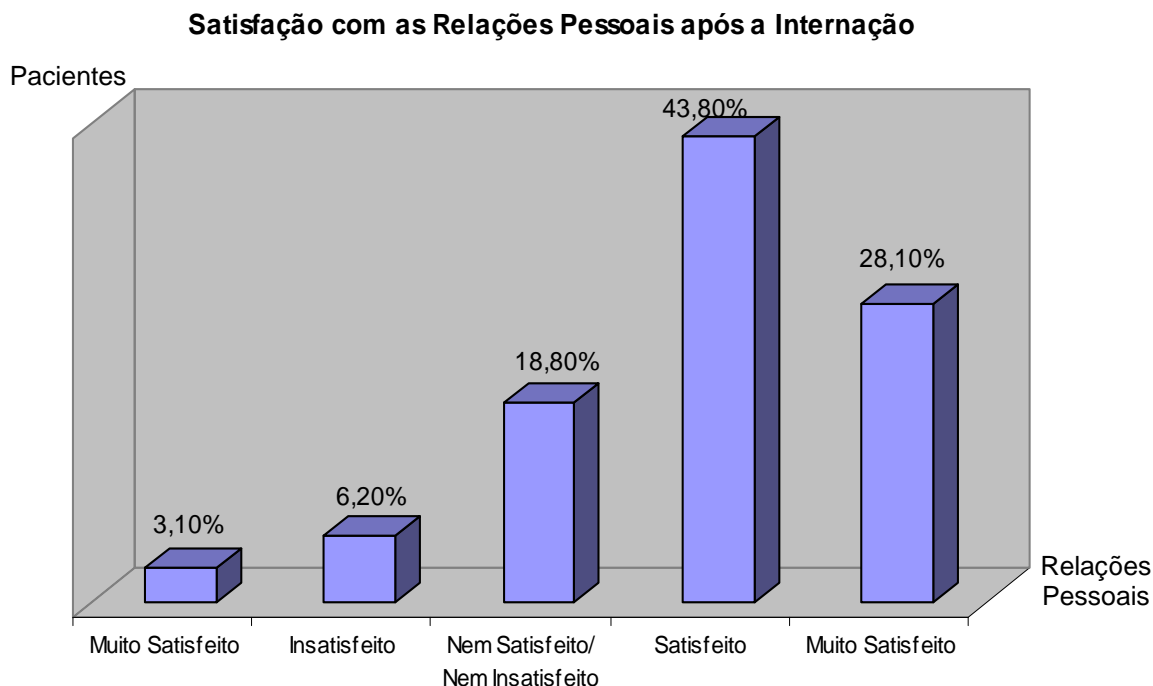
As emoções negativas tais como o medo, a tristeza e a raiva são nossa linha de frente de defesa contra ameaças externas, que provocam situações de luta. Medo é sinal de perigo à espreita, tristeza é sinal de perda iminente e raiva é sinal de que alguém está tentando nos invadir (Seligman, 2004). No decorrer das entrevistas, estes sentimentos foram relatados pela maioria dos pacientes e de seus acompanhantes, para muitos o câncer representa medo, invasão, tristeza e raiva.

As Figuras 8 e 9 representam os resultados encontrados antes e após a internação do paciente no quarto terapêutico quando foram questionados sobre as relações pessoais.

Figuras 8 e 9 - Resultados encontrados antes e após a internação quando os pacientes foram questionados sobre as relações pessoais.



Fonte: CFRRAMFN



Fonte: CEBRAMEN

Diante dos resultados podemos observar que antes da internação (0%) se dizem muito satisfeito com as relações pessoais, (9,40%) se dizem insatisfeito, (21,9%) nem satisfeito nem insatisfeito, (37,50%) satisfeito e (31,20%) muito satisfeito. Após a internação ocorreram algumas alterações (3,10%) estavam muito satisfeito, (6,20%) insatisfeito, (18,8%) nem satisfeito nem insatisfeito, (43,80%) satisfeito e (28,10%) muito satisfeito.

Quando foram questionados sobre as relações pessoais os pacientes afirmaram que recebiam apoio de amigos, parentes, familiares e colegas de trabalho e que isso auxiliava no enfrentamento do tratamento e do câncer, pois receberam ligações, mensagens, e-mails desses antes, durante e após a internação.

5.7.2. Qualidade de vida dos acompanhantes

A Tabela 9 apresenta os resultados do questionário WHOQOL-bref que foi aplicado nos acompanhantes dos pacientes antes da internação. Foi observado que 58,3% dos acompanhantes relataram boa qualidade de vida, 29,2% muito boa e 12,5% regular. Os resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL-bref encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do acompanhante do paciente antes da internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.

Avaliação do acompanhante antes da internação					
Facetas de domínios	1	2	3	4	5
FÍSICO					
2 – Satisfação saúde	0%	4,2%	8,3%	70,8%	16,7%
3 – Dor física	50%	25%	16,7%	8,3%	0%
4 – Tratamento médico	20,8%	37,5%	29,2%	12,5%	0%
10 – Energia	0%	8,3%	33,3%	45,9%	12,5%
15 – Locomover	4,2%	0%	4,1%	41,7%	50%
16 – Sono	0%	4,1%	20,9%	50%	25%
17 – Atividades do dia	0%	0%	29,2%	58,3%	12,5%
18 - Trabalho	0%	4,2%	29,2%	50%	16,6%
SOCIAL					
20 – Relação pessoais	0%	0%	16,7%	66,6%	16,7%
21 – Vida sexual	4,2%	12,5%	33,3%	25%	25%
22 – Apoio	0%	0%	16,7%	58,3%	25%
MEIO AMBIENTE					
8 – Seguro	0%	8,3%	20,9%	54,2%	16,6%
9 – Saudável	0%	0%	37,5%	58,3%	4,2%
12 – Dinheiro	4,2%	12,5%	41,7%	33,3%	8,3%
13 – Informações	0%	4,2%	50%	37,5%	8,3%
14 – Oportunidades de lazer	4,2%	41,7%	33,3%	16,6%	4,2%
23 – Moradia	0%	4,2%	16,6%	41,7%	37,5%
24 – Acesso à saúde	4,1%	8,3%	20,9%	37,5%	29,2%
25 – Transporte	0%	4,2%	25%	33,3%	37,5%
PSICOLÓGICO					
5 – Aproveitar a vida	0%	12,5%	45,9%	33,3%	8,3%
6 – Sentido de vida	0%	0%	16,7%	37,5%	45,8%
7 – Concentrar	0%	12,5%	25%	58,3%	4,2%
11 – Aceitar aparência	0%	4,2%	12,5%	45,8%	37,5%
19 – Satisfação corporal	0%	4,2%	16,6%	58,3%	20,9%
26 – Sentimentos negativos	12,5%	54,2%	8,3%	16,7%	8,3%

Diante dos resultados, podemos observar que a maioria dos acompanhantes estão satisfeitos com a qualidade de vida. Em relação à satisfação à saúde, 70,8% se dizem satisfeitos. Quando questionados sobre algum tipo de dor física, 50% afirmam não sentir nenhum tipo de dor, 37,5% afirmam que poucas vezes precisaram de tratamento médico, 45,8% dizem ter energia suficiente para desenvolver atividades diárias, 50% se dizem muito satisfeitos com o sono e 58,3% se dizem satisfeitos com a capacidade de desempenhar atividades diárias. Em relação ao trabalho, 50% se dizem satisfeitos. Quando questionados sobre as relações pessoais, 66,6% se dizem satisfeitos, 33,3% se dizem nem satisfeito nem insatisfeitos com a vida sexual. Já em relação ao apoio que recebem de amigos e parentes, 58,3% se dizem satisfeitos. Em relação ao meio ambiente físico, 54,2% se sentem seguros e 58,3% consideram o ambiente saudável e 41,7% estão satisfeitos com o local onde moram. No domínio psicológico, 45,8% afirmam que aproveitam a vida de forma regular, 45,8% consideram que a vida é algo extremamente importante, 58,3% se dizem satisfeitos com a capacidade de concentração e 45,8% se dizem satisfeito com a aparência física. Em relação aos sentimentos, 54,2% afirmam ter sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.

A Tabela 10 apresenta os resultados do questionário WHOQOL-bref que foi aplicado nos acompanhantes dos pacientes após a internação. Foi observado que 66,6% dos acompanhantes relataram como boa a qualidade de vida, 20,9% muito boa e 12,5% regular. Os resultados das pontuações, de acordo com o grau de satisfação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL-bref, encontram-se na Tabela 10.

Tabela 10. Resultados das pontuações de acordo com o grau de satisfação do acompanhante do paciente após à internação em relação às facetas dos domínios do questionário WHOQOL – bref.

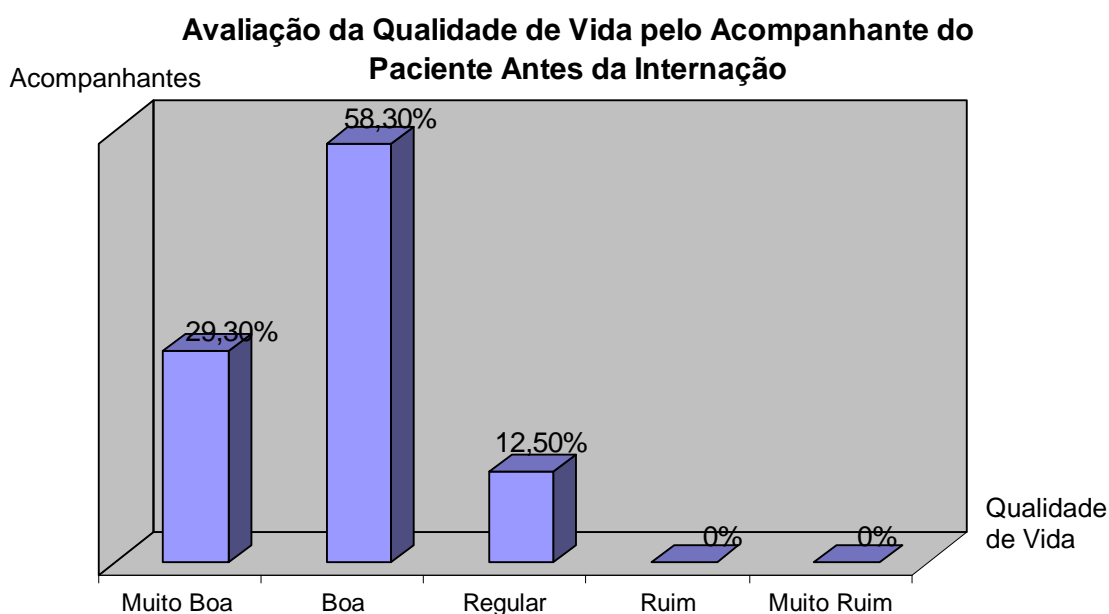
Facetas de domínios	Avaliação do acompanhante após à internação				
	1	2	3	4	5
FÍSICO					
2 – Satisfação saúde	0%	0%	16,7%	70,8%	12,5%
3 – Dor física	50%	20,9%	25%	4,1%	0%
4 – Tratamento médico	16,7%	45,8%	25%	12,5%	0%
10 – Energia	0%	12,5%	29,2%	54,2%	4,1%
15 – Locomover	0%	0%	8,3%	33,3%	58,4%
16 – Sono	0%	0%	16,7%	58,3%	25%
17 – Atividades do dia	0%	0%	25%	70,8%	4,2%
18 - Trabalho	0%	4,2%	25%	66,6%	4,2%
SOCIAL					
20 – Relação pessoais	0%	4,2%	33,3%	54,2%	8,3%
21 – Vida sexual	0%	8,3%	25%	41,7%	25%
22 – Apoio	4,1%	0%	20,9%	50%	25%
MEIO AMBIENTE					
8 – Seguro	0%	8,3%	20,9%	54,2%	16,6%
9 – Saudável	0%	0%	37,5%	58,3%	4,2%
12 – Dinheiro	4,2%	12,5%	41,7%	33,3%	8,3%
13 – Informações	0%	4,2%	50%	37,5%	8,3%
14 – Oportunidades de lazer	4,2%	41,7%	33,3%	16,6%	4,2%
23 – Moradia	0%	4,2%	16,6%	41,7%	37,5%
24 – Acesso à saúde	4,1%	8,3%	20,9%	37,5%	29,2%
25 – Transporte	0%	4,2%	25%	33,3%	37,5%
PSICOLÓGICO					
5 – Aproveitar a vida	0%	12,5%	45,8%	33,3%	8,3%
6 – Sentido de vida	0%	0%	16,7%	37,5%	45,8%
7 – Concentrar	0%	12,5%	25%	58,3%	4,2%
11 – Aceitar aparência	0%	4,2%	12,5%	45,8%	37,5%
19 – Satisfação corporal	0%	4,2%	16,6%	58,3%	20,9%
26 – Sentimentos negativos	12,5%	54,2%	8,3%	16,7%	8,3%

Diante dos resultados, podemos observar que a maioria dos acompanhantes estão satisfeitos com a qualidade de vida. Em relação à satisfação à saúde, 70,8% se dizem satisfeitos. Quando questionados sobre algum tipo de dor física, 50% afirmam não sentir nenhum tipo de dor, 45,8% afirmam que poucas vezes precisaram de tratamento médico, 54,2% dizem ter energia suficiente para desenvolver atividades diárias, 58,3% se dizem muito satisfeitos com o sono e 70,8% se dizem satisfeitos com a capacidade de desempenhar atividades diárias. Em relação ao trabalho, 66,6% se dizem

satisfeitos. Quando questionados sobre as relações pessoais, 54,2% se dizem satisfeitos, 41,7% se dizem satisfeito com à vida sexual. Já em relação ao apoio que recebem de amigos e parentes, 50% se dizem satisfeitos. Em relação ao meio ambiente físico, 54,2% se sentem seguros e 58,3% consideram o ambiente saudável e 41,7% estão satisfeitos com o local onde moram. No domínio psicológico, 45,8% afirmam que aproveitam a vida de forma regular, 45,8% consideram que a vida é algo extremamente importante, 58,3% se dizem satisfeito com a capacidade de concentração e 45,8% se dizem satisfeito com a aparência física. Em relação aos sentimentos, 54,2% afirmam ter sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.

As Figuras 10 e 11 representam os resultados encontrados sobre a avaliação da qualidade de vida feita pelo acompanhante do paciente antes e após a internação.

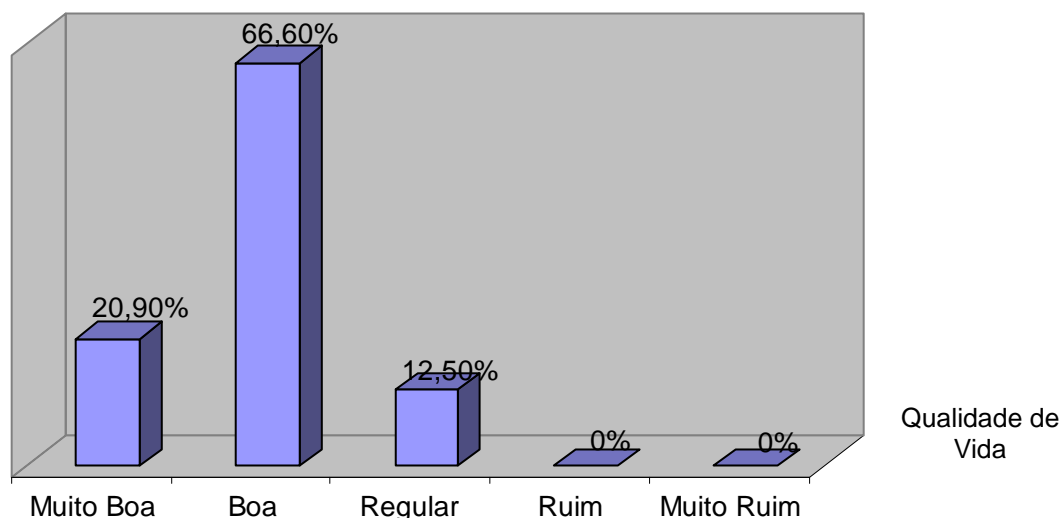
Figuras 10 e 11 - Avaliação da Qualidade de Vida pelo acompanhante do paciente antes e após a internação.



Fonte: CEBRAMEN

Avaliação da Qualidade de Vida pelo Acompanhante do Paciente após a Internação

Acompanhantes



Fonte: CEBRAMEN

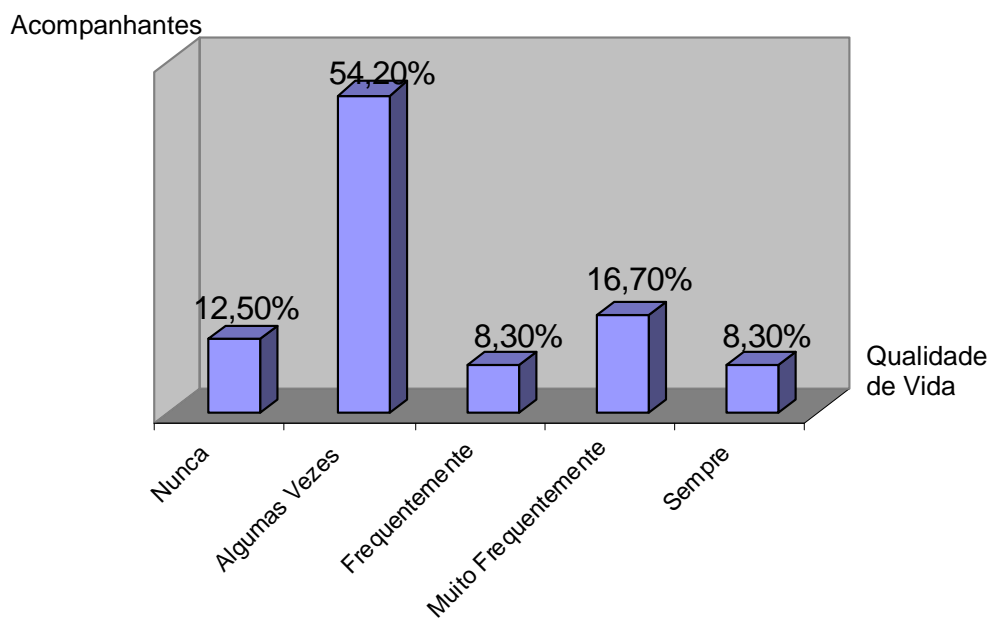
De acordo com os resultados podemos observar que em relação a qualidade de vida os acompanhantes consideram como boa (58,30%), muito boa (29,30%), regular (12,50%), ruim e muito ruim (0%). Após a internação os acompanhantes avaliaram como boa (66,60%) existindo ai um crescimento de (8,3%), muito boa (20,90%) nesse parâmetro houve uma queda de (8,4%), regular (12,5%) se mantendo estável e ruim e muito ruim 0%.

Os acompanhantes após a internação estavam mais satisfeitos com o tratamento e com uma perspectiva melhor em relação a qualidade de vida tanto deles como do seu familiar.

As Figuras 12 e 13 representam os resultados encontrados quando os acompanhantes dos pacientes foram questionados sobre os sentimentos negativos antes e após a internação do paciente no quarto terapêutico.

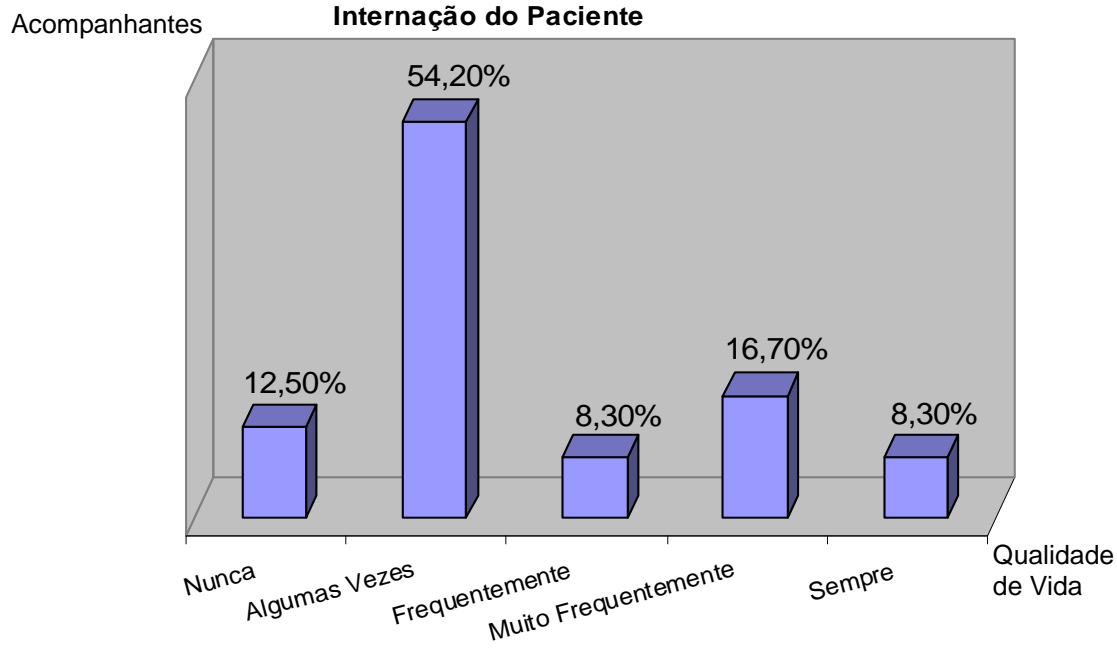
Figuras 12 e 13 - Resultados antes e após a internação do paciente quando os acompanhantes foram questionados sobre os sentimentos negativos.

Frequência de Sentimentos Negativos do Acompanhante Antes da Internação do Paciente



Fonte: CEBRAMEN

Frequência de Sentimentos Negativos do Acompanhante Antes da Internação do Paciente

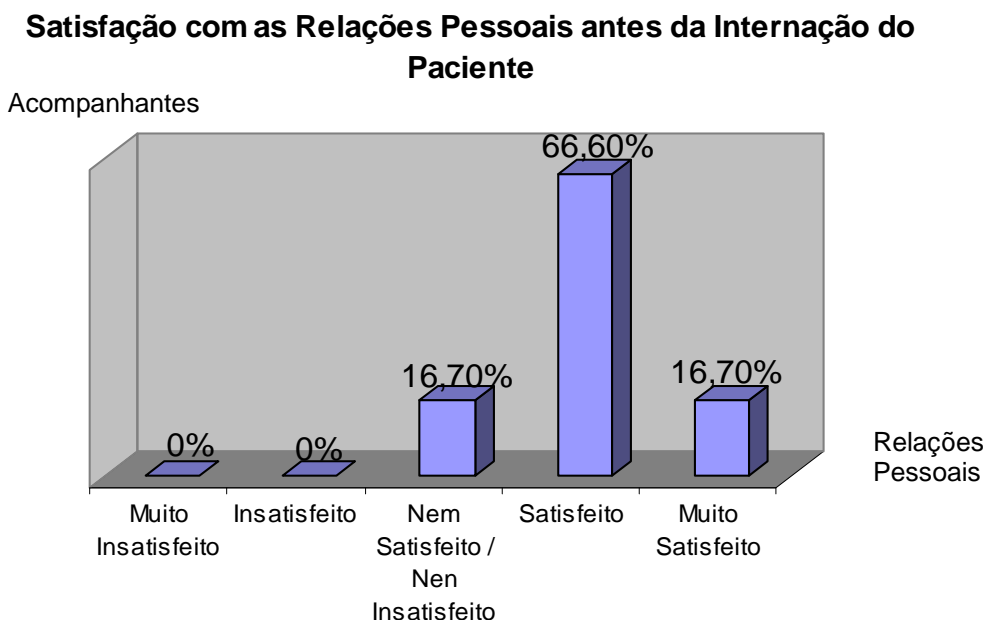


Fonte: CEBRAMEN

De acordo com os resultados encontrados antes da internação do paciente podemos observar que em relação aos sentimentos negativos (12,50%) dos acompanhantes afirmam nunca ter tido esse tipo de sentimento, (54,20%) afirmam que algumas vezes tiveram, (8,30%) frequentemente, (16,70%) muito frequentemente e (8,30%) sempre. Após a internação do paciente não ocorreram alterações em relação as opiniões dos acompanhantes sobre o domínio sentimentos negativos.

As Figuras 14 e 15 representam os resultados encontrados antes e após a internação do paciente no quarto terapêutico quando os acompanhantes foram questionados sobre as relações pessoais.

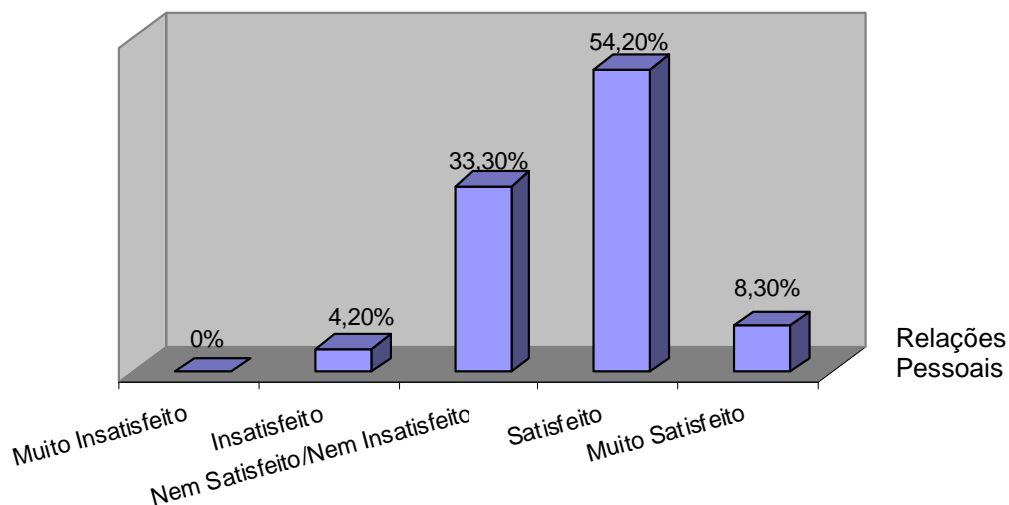
Figuras 14 e 15 - Resultados encontrados antes e após a internação do paciente quando os acompanhantes foram questionados sobre as relações pessoais.



Fonte: CEBRAMEN

Satisfação com as Relações Pessoais após à Internação do Paciente

Acompanhantes



Fonte: CEBRAMEN

Diante dos resultados apresentados podemos observar que antes da internação os acompanhantes consideraram que não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos com as relações pessoais (16,70%), já a maioria (66,60%) se diz satisfeito e (16,70%) muito satisfeito, muito insatisfeito e insatisfeito não representa a opinião de nenhum acompanhante (0%). Após a internação do paciente ocorreram algumas alterações nos resultados, muito satisfeito (0%), insatisfeito (4,20%), nem satisfeito nem insatisfeito (33,30%), satisfeito (54,20%) e muito satisfeito (8,30%). Mesmo com algumas alterações percebemos que a maioria está satisfeito com as relações pessoais.

Para os acompanhantes o apoio que eles e os pacientes recebem de amigos, parentes e colegas de trabalho, também é fundamental para o processo de enfrentamento e cura do câncer. Os pacientes que fizeram o tratamento sem acompanhante eram pessoas que moravam em outras cidades e

se hospedaram na casa de amigos na cidade de Goiânia para realização do tratamento, contando assim com o apoio dessas pessoas, que não puderam estar presente no momento da internação mais que faziam ligações, enviavam e-mails e mensagens de apoio.

6. CONCLUSÃO

O desenvolvimento da Medicina Nuclear que surgiu no final do século XIX trouxe contribuições significativas para a área da Medicina, principalmente para tratamentos com materiais radioativos proporcionando expectativa de cura para vários tipos de câncer, em especial o Câncer de Tireóide o qual diagnosticado precocemente apresenta grandes possibilidades de cura melhorando a qualidade de vida do indivíduo que na maioria das vezes consegue levar uma vida normal após o tratamento.

O uso de materiais radioativos para diagnóstico e tratamento traz contribuições significativas tanto para o profissional da área médica quanto para o paciente, mas todos os procedimentos devem ser realizados por profissionais capacitados e principalmente responsáveis, seguindo as normas de biosegurança para que estes materiais não prejudiquem outros indivíduos e o meio ambiente.

No CEBRAMEN, onde foi realizada a pesquisa, percebe-se que o controle das normas de biosegurança é realizado de maneira eficaz, pois as orientações são passadas pelos funcionários para os pacientes tanto na realização de exames quanto no tratamento com o iodo-131 para o Câncer de Tireóide no quarto terapêutico. Além das orientações, um ponto positivo identificado no decorrer da pesquisa, relatado pelos pacientes, é o trabalho de humanização realizado pelos funcionários, pois diante da doença os pacientes enfrentam grandes dificuldades, tais como: alteração da rotina diária, por causa do tratamento, maior dependência de cuidados de terceiros, pois devido ao tratamento não conseguem se deslocar sozinhos, precisam de acompanhamento e os que não tem dependem dos funcionários, mudança de hábitos como

tabagismo, alteração da imagem principalmente das mulheres por causa do tratamento não podem pintar o cabelo, as unhas, usar batons, ficam em isolamento social. Diante de todos esses fatores alguns pacientes preferem fazer o tratamento sozinhos por acreditarem que os seus pais ou filhos estão sofrendo mais com o tratamento do que os próprios pacientes.

Segundo os pacientes e seus acompanhantes, além da humanização no tratamento, outro fator decisivo para enfrentar todos os procedimentos necessários em busca da cura do câncer é a fé em Deus, independente da religião. A fé aparece como ponto forte no momento da internação e no relato dos participantes.

O contato físico e o apoio que os pacientes receberam de amigos, colegas de trabalho, familiares e outros também facilitaram o enfrentamento para o tratamento e a busca pela cura do câncer. Segundo pacientes e acompanhantes as mensagens, os e-mails, os telefonemas foram fundamentais para estimular o tratamento com o iodo-131 antes, durante e após a internação.

De acordo com os objetivos propostos, foi possível identificar os principais fatores que interferem na qualidade de vida tanto do paciente portador do Câncer Diferenciado da Tireóide assim como de seus acompanhantes no decorrer do tratamento. A aplicação do questionário sócio-demográfico confirmou o encontrado na literatura pesquisada, que a maioria dos portadores do CDT são do sexo feminino representando (90,6%), na faixa etária entre 20 e 60 anos, casados (as) (65,6%), com ensino superior (65,6%), em exercício do trabalho (71,9%), com renda familiar de 2 a 4 salários mínimos (43,8%). Em relação ao estilo de vida dos pacientes 56,2% afirmam não praticar nenhum tipo de atividade

física, 93,8% não são tabagistas e 74,9% não fazem uso de bebida alcoólica.

Em relação aos acompanhantes dos pacientes a pesquisa revelou que a maioria (58,3%) são do sexo masculino, na faixa etária entre 41 e 60 anos, casados (as) (83,3%), com nível superior (58,3%), em exercício do trabalho (87,5%), com renda familiar de 2 a 4 salários mínimos (45,8%). Em relação ao estilo de vida dos acompanhantes a maioria dos entrevistados 58,4% não pratica nenhum tipo de atividade física, 87,5% não fumam e 75% não consomem álcool.

A avaliação da qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus acompanhantes foi tida como positiva, pois a maioria dos entrevistados consideram a qualidade de vida boa. Em relação ao domínio ambiental, tanto os pacientes como os acompanhantes consideram o ambiente onde trabalham e moram como saudável e seguro. Em relação ao domínio psicológico os pacientes revelam ter sentimentos negativos tais como mau humor, ansiedade, desespero e depressão e representam (50%) dos entrevistados antes e após a internação, da mesma forma os acompanhantes dos pacientes (54,2%) também afirmam ter esses sentimentos negativos. Dentre as associações encontradas entre as variáveis quantitativas e os resultados qualitativos estão as relações pessoais, os sentimentos negativos e a qualidade de vida.

7. REFERÊNCIAS

- ACCG (2010). *Associação de Combate ao Câncer em Goiás*. Lista de Documentos Obrigatórios para Apresentação do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da ACCG. Disponível em <http://www.accg.org.br>. Acessado em 05 de agosto de 2010.
- Almeida, C. E. B. (2000). *Apostila educativa Radiações Ionizantes e a vida*. CNEN, RJ. Disponível em < <http://www.cnen.gov.br>.> Acessado em 21 de dezembro de 2010.
- Amar, A., Rapoport, A., Franzi, S. A., Bisordi, C., & Lehn, C. N. (2002). Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 68, 400-403.
- Blumhart, R; Willians, S. *Thyroid Carcinoma-General Considerations*. Review and Reference Notes on Nuclear Medicine 1999a. Disponível em: <http://nuc-med-read.uthsesa.edu/williams/Nuc Med/TAY09.HTM>. Acesso: 15 abr. 2011.
- Carvalho, Albérico Blohem de Carvalho Júnior (2007). *Aplicação do Método de Monte Carlo para Cálculo da Dose Efetiva em Indivíduos Expostos a Pacientes Submetidos a Iodoterapia*. Rio de Janeiro. (tese de doutorado)
- Castro, A. Jr. (2000). *Guia prático em medicina nuclear a instrumentação*. São Paulo: SENAC.
- Charmaz, K. (2003). Grounded Theory In: J. Smith (Org.). *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods*. Hove: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Editora Artmed.
- CEBRAMEN (2010). *Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular*. Orientações ao paciente. Disponível em <http://www.cebramen.com.br> Acessado em 05 de junho de 2010.
- CNEN, Comissão Nacional de Energia Nuclear (2004). *Apostila Educativa: Aplicações da Radiação*. p. 10-24.

CONSELHO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR. *Normas técnicas*.
www.cnen.gov.br. Acesso: 25 out.2009. (CNEN-NE-3.05).

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (1988). *Serviços de radioproteção*. Rio de Janeiro: CNEN. (CNEN-NE-3.02).

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (1984). *Licenciamento de instalações radiativas*. Rio de Janeiro: CNEN. (CNEN-NE-6.02)

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR (1985). *Gerência de rejeitos radioativos em instalações radiativas*. Rio de Janeiro: CNEN, (CNEN-NE-6.05)

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR. (1996) *Requisitos de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear*. Rio de Janeiro: CNEN, (CNEN-NE-3.05)

COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR. *Diretrizes básicas de radioproteção*. Rio de Janeiro: CNEN, 2005. (CNEN-NE-3.01).

Coelho Neto, A., Araújo, A.L.C. (2003) *Vida longa com qualidade*. Rio – São Paulo – Fortaleza: Editora ABC.

Courneya, K. S. (2003). *Exercise in cancer survivors: na overview of research*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Indianápolis, v.35, n.11, p.1846-1852.

Costa Neto, S. B., Araújo, T. C. C. F., & Curado, M.P. (2000). Avaliação da qualidade de vida de pessoas portadoras de câncer de cabeça e pescoço. *Acta Oncológica Brasileira*, 20, 96-104.

Driver, I., Parker I. (2001). Radioactive waste discharge quantities for patients undergoing radioactive iodine therapy for thyroid carcinoma. *Nuclear Medicine Communications*. Ed. Lippincott & Wilkins.

Fleck, M. P. A. (2000a). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da

Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências e saúde coletiva*. 5(1): 33-38.

Fleck, M. P. A. (2000b). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*. 34(2): 178-183.

Fredrickson, L. B. (2009). *Positividade: descubra a força das emoções positivas, supere a negatividade e viva plenamente*. Rio de Janeiro. Rocco.

Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: The Sociology Press.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) (2002-03)*. Acessado em 30/09/2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/condicoesdevida/pof>.

IBGE. (2010). *Estimativas de População*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (4 de novembro de 2010). Página visitada em 20 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

INCA (2002). *Iodoterapia do Carcinoma Diferenciado da Tireóide*. Condutas do INCA/MS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(2): 187-189.

INCA (2010) *Instituto Nacional de Câncer*. (20 de dezembro de 2010). Página visitada em 20 de dezembro de 2010.

Kaplan, Rachel.(2001). The Nature Of The View From Home: Psychological Benefits. *Environment and Behavior* 33; 507.

Kovács, M. J. (1999). *Atendimento psicológico em unidade de cuidados paliativos*. *Rev. Bras. Med.* v.56- n°8- p.786-794. Disponível e m: <http://www.cibersaude.com.br/Revistas>. Acessado em 13 de fevereiro de 2011.

Kovács, M. J. *Avaliação de qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença*. In: *Psico-oncologia no Brasil – Resgatando o viver*, org: M.M.J. Carvalho, cap.3, pp. 159-185, Ed. Summus, São Paulo,1998.

Maia, Ana Luiza, Ward, Laura S. Carvalho, Gisah A. Graf, Hans. Maciel, Rui M. B. Maciel, Léa M. Zanini. Rosário Pedro W., Vaismam Mário Nódulos de Tireóide e Câncer Diferenciado da Tireóide: *Consenso Brasileiro*. (Arq. Bras Endocrinol Metab 2007; 51/ 5 : 867-893). 19/03/2007.

Medeiros, M. *A influência da psicoterapia no tratamento oncológico*. Unifesp. Setor de Gastro-oncologia. Disponível em: <http://www.agendasaude.com.br/materiais/cod329>. Acesso em 29 de janeiro de 2011.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciências e Saúde Coletiva.5 (1): 7 – 32

NACIONAL COUNCIL ON RADIATION PROTECTION AND MEASUREMENTS (NCPR). *Nuclear medicine-factors influencing the coise and of radionuclides in diagnosis and therapy (Report N.70)*. (IN put Nascimento) Bethesda. MD: NCPR, 1982.

Nascimento, Ana C. H. *Análise biocinética do Iodo-131 e dosimetria citogenética após administração de radionuclídeo para o tratamento do câncer de tireóide*. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Biologia (Biociências Nucleares). 1996. p. 117.

Neme, C. M. B. *Ganhos dos pacientes oncológicos com tratamento psicológico*. Tese de Doutorado apresentado à Faculdade de Ciências da UNESP BAURU, 1999.

Nucci, N. A. G. (2003). *Qualidade de vida e câncer: Um estudo compreensivo*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, SP.

OMS. *Organização Mundial de Saúde*. (05 de janeiro de 2011). Página visitada em 05 de janeiro de 2011.

Quintana, A. M. Santos, L. H. R; Russowsky, I. L. T at al Wolff, L. R. *Negação e estigma em pacientes com câncer de mama*. Revista Brasileira de Cancerologia, 45 (4), pp.45-52,1999.

Relatório da OMS sobre Epidemia Global de Tabagismo, 2008: Pacote MPOWE. Página visitada em 11 de janeiro de 2011. Disponível em <http://www.inca>.

gov.br/tabagismo/publicacoes/OMS_Relatorio.pdf, página:1.

Rissato, Maria Lúcia. *Iodoterapia: avaliação crítica de procedimentos de precaução e manuseio dos rejeitos radioativos gerados em unidade de internação hospitalar* / Maria Lúcia Rissato. - Araraquara, 2007.

Rufino, Neto A 1994. *Qualidade de vida: compromisso histórico de epidemiologia*, pp.11-18. In MFL Lima e Costa & RP Sousa (orgs.). *Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia*. Coopmed/ Abrasco, Belo Horizonte.

Sampaio, Netto, *et al Dados epidemiológicos de pacientes submetidos à iodoterapia*. 2004. Disponível em sbbmn.org.br/eventos/ccbmn/resumos/aprovados.pdf acessado em 05 de janeiro de 2011.

Sapienza, Marcelo Tatit, Willegaignon, José. Watanabe, Carla Rachel Ono, Tomoco, Guimarães, Maria Inês Calil Cury. Gutterres, Ricardo Fraga. Maréchal, Maria Helena da Hora. Buchpiguel, Carlos Alberto. *Radioiodoterapia do carcinoma diferenciado da tireóide: impacto radiológico da liberação hospitalar de pacientes com atividades entre 100 e 150 mCi de iodo-131*. (Arq Bras Endocrinol Metab 2009; 53/3). 05/02/2009.

Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C. (2004). *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de Saúde Pública. 20(2): 580- 88. SBEM – Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.(05 de janeiro de 2011). Página visitada em 05 de janeiro de 2011.

Seligman, Martin E. P. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente*, pp 46. Rio de Janeiro. Objetiva.

SBEM (2005). Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Hipotireoidismo – Sintomas e Causas*. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/>. Acessado em 20 de dezembro de 2010.

SBEM (2006). Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Proteja-se do Câncer de Tireóide*. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/>. Acessado em 30 de novembro de 2010.

SBEM (2008). Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. *Tireóide*. Disponível em <http://www.endocrino.org.br/>. Acessado em 20 de novembro de 2010.

- Suddaby, R. (2006). *What Grounded Theory is not*. Academy of management journal. 49, 633 – 642.
- Thompson, M. A., Radiation Safety Precautions in the Management of the Hospitalized ¹³¹I Therapy Patient. *Journal of Nuclear Medicine Technology*, Alabama, v. 29, n. 2, June 2001.
- Ward, L S, Marrone M, Camargo RY, Watanabe T, Tincani , A. J, Matos P S, *et al.* Low-risk differentiated thyroid carcinoma – *literature review and management guidelines*. Arq. Bras. Endocrinol Metab 2007, 50: 550-7.
- Willegaignon. J; Luiz F. Malvestiti; GUIMARAES, M. I. C. ; SAPIENZA, M. T. ; Irene S. Endo; Guilherme C. Neto ; Marília Maroni ; SORDI, G. A. (2006) *¹³¹I Effective Half-Life (Teff) for Patients with Thyroid cancer*. Health Physics, v. 91, p. 119-122.
- Willians, R. R. P.; Henry Reed Larsen, M. Kronenberg, Shlomo Melmed, Kenneth S. Polonsky, Daniel W. Foster, Jean, Wilson D. *Willians Textbook of Endocrinology*, 9. ed. 1998
- Xavier, A. M.; WIELAND, P.; HEILBRON, Paulo Fernando; FERREIRA, R. S. Programa de Gerência de Rejeitos Radioativos em Pesquisa. 1998 (Publicação CNEN).
- Young, *et al.* *Meio ambiente e câncer*. BRADEPCA – Grupo Brasileiro para detecção e prevenção do câncer. São Paulo: T.A. Queiroz, 1983.
- Zatta, Laidilce, T., Daniella, V.C.P., Rosa, A da L., Sara Fernandes, C., Vivian, W.B., Patrícia, P,V. (2009). *Análise da produção científica nacional de enfermagem sobre o instrumento genérico que avalia qualidade de vida: revisão de literatura*. Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. 3 (2) : 127-132.

ANEXOS

ANEXO I

DADOS DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. SEXO:

F = FEMININO

M= MASCULINO

2. IDADE:

ADULTO JOVEM 20-40

ADULTO MÉDIO 41-60

VELHICE 61 ACIMA

3. RAÇA:

BRANCA

NÃO BRANCA

4. ESTADO CIVIL:

SOLTEIRO (A)

CASADO (A)

VIUVO (A)

DIVORCIADO (A)

5. ESCOLARIDADE:

ANALFABETO

FUNDAMENTAL

MÉDIO

SUPERIOR

6. TRABALHA

SIM

NÃO

7. RENDA FINANCEIRA FAMILIAR MENSAL:

BAIXA – até 1 salário

MÉDIA BAIXA – de 2 – 4 salários

MÉDIA - de 5 – 10 salários

ALTA – acima de 10 salários

8. N° DE MORADORES NA CASA:

POUCO

MÉDIO

MUITO

9. NÚMERO DE COMODOS DE ONDE RESIDE

POUCO

MÉDIO

MUITO

10. ATIVIDADE FÍSICA REGULAR:

SIM

NÃO

11. FAZ USO DE ÁLCOOL:

SIM

NÃO

12. TABAGISTA:

SIM

NÃO

ANEXO II – WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Número ficha: _____ CID: _____ Projeto: _____ Prontuário: _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Esse consentimento é exclusivo para esta pesquisa, sem possibilidade de extensão do mesmo para outros projetos. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias (uma da pesquisadora e a outra sua). Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre seus direitos você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Araújo Jorge ou o Coordenador do Comitê de Ética pelo telefone (62) 3243-7050.

O título da pesquisa é “Implicações do Câncer de Tireóide na Qualidade de Vida de Indivíduos que fazem Tratamento com Iodo-131 e seus Familiares”.

Os pesquisadores responsáveis são: Prof Dr. Sibelius Lellis Vieira, Prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe e Sonia Carvalho Nunes, que, em caso de dúvidas podem ser contatados pelos telefones (62) 9289 1388 e (62) 3097 7939.

Sobre a pesquisa:

1. A presente pesquisa trabalha as Implicações do Câncer de Tireóide na Qualidade de Vida de Indivíduos que fazem Tratamento com Iodo-131 e seus familiares, por meio de entrevista com o questionário WHOQOL-BREF, com objetivo de identificar, associar, classificar e agrupar esses fatores que interferem

na qualidade de vida tanto do paciente como dos seus familiares, em um Serviço de Medicina Nuclear, em Goiânia-GO. Tal coleta dar-se-á durante uma reunião com os pacientes que fazem tratamento com Iodo-131 e seus familiares (acompanhante do paciente), e a entrevista, será face a face com pesquisador (não necessitando de nenhum gasto com deslocamento do paciente ou despesa do mesmo).

2. Seu acompanhamento e tratamento não serão alterados em nada por este estudo.

3. Em decorrência desta pesquisa não realizar nenhum procedimento invasivo, uso de drogas ou placebos, intervenções, métodos alternativos ou qualquer tipo de tratamento, a mesma não produz lesões, prejuízos, danos corporais, reações adversas ou qualquer outro efeito similar.

4. Os participantes não terão nenhuma recompensa financeira ou premiação, mas a satisfação de contribuir com o crescimento da ciência da saúde, uma vez que a pesquisa pode trazer benefícios para a sociedade de forma geral.

5. Caso seja necessário, pode haver orientação psicológica e de serviço social.

6. O período de participação ocorrerá apenas durante o curto prazo da coleta de dados (entrevista) e seu término como participante dar-se-á no final da entrevista. Esta terá duração de aproximadamente 25 minutos.

7. Seus dados pessoais (como nome) permanecerão confidenciais, sem exposição pública, sendo o entrevistado (sujeito da pesquisa) identificado apenas por um número.

8. Enfim, é garantida a liberdade do entrevistado (sujeito da pesquisa) se retirar ou negar a continuidade de conclusão da pesquisa, há qualquer momento sem gerar qualquer prejuízo ou dano.

9. Não haverá qualquer compensação financeira por sua participação ou danos pela pesquisa.

10. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer hora sem prejuízo para seu tratamento ou acompanhamento.

Eu, _____,

RG _____, CPF _____, prontuário _____,

concordo em participar da pesquisa acima descrita, como sujeito. Declaro que fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência ou tratamento.

Goiânia, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do paciente

Assinatura Dactiloscópica

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha: _____ Assinatura: _____

Testemunha: _____ Assinatura: _____

ANEXO IV – PARECER DO COMITE DE ÉTICA DO A CCG

PROCOLO CEPACCG Nº 043/10

Goiânia, 03/09/2010

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Prof. Dr. Sibelius Lellis Vieira

ALUNA PESQUISADORA: Sonia Carvalho Nunes

TÍTULO: “Implicações do câncer de tireóide na qualidade de vida de indivíduos que fazem tratamento com Iodo-131 e seus familiares”.

Área Temática: Grupo III**Área de Conhecimento:** Ciências da Saúde/Saúde Coletiva**Local de Realização:** CEBRAMEN – Centro Brasileiro de Medicina Nuclear e Imagem Molecular

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da ACCG **analisou e aprovou** o projeto de Pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e os mesmos foram considerados em acordo com os princípios éticos vigentes.

Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa (*Resolução 340/2004 – item VI.3*).

O Pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPACCG, **relatórios semestrais** do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões).

O CEP/ACCG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em pesquisa – Item 13*).



Dra. Juliana Castro Dourado Pinezi

Coordenadora do CEP/ACCG



ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS

(62) 3878-7000 | 3243-7000
Rua 239, nº 206, St. Universitário
Goiânia - Goiás - Brasil - CEP 74.605-070
www.accg.org.br

ANEXO V – PARTICIPANTES (PACIENTES)

E1 Feminino Professora 54 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 100 mCi	E2 Feminino Administradora 58 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 150 mCi	E3 Feminino Biomédica 42 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 120 mCi	E4 Feminino Advogada 30 anos Atendimento: Unimed Dose: 160 mCi
E5 Feminino Professora 33 anos Atendimento: Unimed Dose: 100 mCi	E6 Masculino Industriário 32 anos Atendimento: Unimed Dose: 200 mCi	E7 Feminino Administradora 55 anos Atendimento: CRAM Dose: 150 mCi	E8 Feminino Servidora Pública 54 anos Atendimento: Unimed Dose: 150 mCi
E9 Feminino Estudante 20 anos Atendimento: Unimed Dose: 150 mCi	E10 Feminino Funcionária Pública 41 anos Atendimento: Unimed Dose: 100 mCi	E11 Feminino Autônoma 42 anos Atendimento: Unimed Dose: 170 mCi	E 12 Feminino Aposentada 55 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 200 mCi
E13 Feminino Professora 34 anos Atendimento: Unimed Dose: 200 mCi	E14 Feminino Professora 42 anos Atendimento: Unimed Dose: 130 mCi	E15 Masculino Gerente Comercial 44 anos Atendimento: Unimed Dose: 160 mCi	E16 Feminino Empresária 48 anos Atendimento: Unimed Dose: 160 mCi
E17 Feminino Enfermeira 31 anos Atendimento: Unimed Dose: 200 mCi	E18 Feminino Assistente Social 30 anos Atendimento: Unimed Dose: 125 mCi	E19 Feminino Comerciante 37 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 150 mCi	E20 Feminino Comerciante 56 anos Atendimento: Unimed Dose: 200 mCi
E21 Feminino Secretária 24 anos Atendimento: Unimed Dose: 160 mCi	E22 Feminino Estudante 24 anos Atendimento: Unimed Dose: 160 mCi	E23 Feminino Do lar 54 anos Atendimento: Unimed Dose: 150 mCi	E24 Feminino Fotografa 29 anos Atendimento: Unimed Dose: 150 mCi
E25 Feminino Funcionária Pública 57 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 125 mCi	E26 Feminino Professora 51 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 180 mCi	E27 Feminino Operador de caixa 23 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 230 mCi	E28 Feminino Artista Plástica 54 anos Atendimento: Unimed Dose: 225 mCi
E29 Masculino Estudante 20 anos Atendimento: Ipasgo Dose: 250 mCi	E30 Feminino Professora 30 anos Atendimento: Unimed Dose: 150 mCi	E31 Feminino Estudante 20 anos Atendimento: CASSI Dose: 200 mCi	E32 Feminino Auxiliar de Produção 37 anos Atendimento: Unimed Dose: 210 mCi

ANEXO VI

1. **LISTA DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA APRESENTAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS.**
2. **MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
3. **MODELO DE DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR**
4. **MODELO PARA CURRÍCULO**

ATENÇÃO

- **As pesquisas a serem realizadas em outras instituições (que não tenham um CEP), ou quando a instituição proponente não for a ACCG só serão aceitas mediante a indicação da CONEP, a solicitação de indicação poderá ser feita no e mail: conep@saude.gov.br**
- **As reuniões acontecem a cada 30 dias (sempre na primeira quinta-feira do mês). O projeto deverá ser encaminhado, no mínimo com 15 dias de antecedência.**
- **O Projeto deverá ser apresentado completo, em português e encadernado na ordem desta lista.**
- **Não encadernar os currículos.**
- **O Projeto deverá ser registrado no IEP – Instituto de Ensino e Pesquisa**

(O Projeto receberá um carimbo com um número e será anotado o título e o nome do pesquisador responsável (não se trata de documento))

SIM	NÃO	ORDEM PARA ENCADERNAÇÃO	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
		1º	<p>1. Carta de encaminhamento do projeto de pesquisa ao CEP/ACCG</p> <p>*Redação livre, datada e assinada pelo pesquisador solicitando análise e parecer ético.</p>
		2º	<p>2. Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos completamente preenchida, datada, carimbada e com a assinatura do Pesquisador Responsável.</p> <p>*Para pesquisas a serem realizadas em outras Instituições, a folha de rosto deverá ser apresentada também com a assinatura do responsável (Diretor) do local de realização.</p> <p>*Podrá ser acessada em: http://conselho.saude.gov.br (entrar em comissões-conep-documentos obrigatórios-folha de rosto) preencher com fonte 8 e imprimir frente e verso.</p> <p>*No HAJ/ACCG o CEP se encarrega da assinatura do Diretor Técnico após o parecer ético.</p> <p>Para Pesquisas a serem realizadas na Unidade de Anápolis, a folha de rosto deverá ser anexada ao projeto devidamente assinada pelo Diretor Técnico daquela Unidade.</p> <p>*Não serão aceitas folhas de rosto incompletas.</p> <p>*O Orientador deverá assumir o status de pesquisador responsável em caso de projetos de monografia de conclusão de curso (Graduação).</p> <p>*Em caso de dissertações de mestrados, teses de doutorado e especializações o próprio pesquisador (e não o orientador) deverá assumir a condição de pesquisador responsável.</p> <p>* O Diretor da Instituição proponente deverá assinar a folha de rosto (instituição com a qual o pesquisador principal tem vínculo e em nome da qual apresenta a pesquisa e co-responsável pela pesquisa e pelas ações do pesquisador).</p>
		3º	<p>3. Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente (instituição com a qual o pesquisador principal tem vínculo e em nome da qual apresenta a pesquisa e co-responsável pela pesquisa e pelas ações do pesquisador).</p>

			Se o local não tiver um CEP instituído, deverá constar entre os documentos, a indicação da CONEP para o CEP/ACCG. Solicitar a indicação via email: conep@saude.gov.br (imprimir e anexar)
		4º	4. Carta do pesquisador responsável à chefia (de sua área de conhecimento) solicitando autorização para utilização do local para a realização da pesquisa.
		5º	<p>5. Declaração original e em papel timbrado, da chefia (da área de conhecimento do estudo) do local onde será realizada a pesquisa afirmando que o local oferece condições para o desenvolvimento da mesma e que autoriza seu desenvolvimento naquela unidade. O pesquisador, ao solicitar a declaração, deverá levar um resumo do projeto e o cronograma de execução do mesmo.</p> <p>*Deverá ser combinado previamente com a chefia do local, o horário para coleta de dados e também deverá ser apresentado o parecer favorável do CEP/ACCG.</p> <p>EXEMPLO: Estudo cuja área de conhecimento seja "enfermagem", a ser realizado na Oncologia Pediátrica: a declaração será assinada pelo chefe de enfermagem do local.</p> <p>* Instituições Co-Participantes: Em caso de pesquisas realizadas em várias Instituições deverão constar declarações originais e em papel timbrado, datadas e assinadas pelos diretores de <u>todos</u> os locais.</p> <p>* Na declaração deverá constar o seguinte texto: "Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar".</p>
		6ª	6. Carta do pesquisador responsável à chefia médica (se houver) solicitando autorização para utilização do local para a realização da pesquisa
		7ª	7. Declaração original e em papel timbrado, da chefia médica do local onde será realizada a pesquisa afirmando que o local oferece condições para o desenvolvimento da mesma e que autoriza seu desenvolvimento naquela unidade. O

		<p>pesquisador, ao solicitar a declaração, deverá levar um resumo do projeto e o cronograma de execução do mesmo.</p> <p>*Deverá ser combinado previamente com a chefia do local, o horário para coleta de dados e também deverá ser apresentado o parecer favorável do CEP/ACCG.</p>
	8º	<p>8. Carta do pesquisador, datada e assinada, solicitando autorização ao Diretor Técnico da Instituição para o manuseio de prontuários e/ou fichas clínicas, blocos de parafina (se for o caso), assegurando que os dados coletados serão utilizados apenas para a pesquisa em questão, garantindo o sigilo dos nomes dos sujeitos da pesquisa e assumindo o compromisso de que o material não será retirado do âmbito do Hospital.</p>
	9º	<p>9. Carta resposta original e em papel timbrado da Diretoria Técnica autorizando o manuseio de prontuários e/ou fichas clínicas, blocos de parafina (destacando que o material não deverá ser retirado do âmbito do Hospital)</p>
	10º	<p>10. Carta de autorização original e em papel timbrado, do responsável pela guarda dos prontuários (arquivo) ou qualquer material e documentos, ressaltando que autoriza a entrada do pesquisador para a coleta de dados nos prontuários.</p> <p>* Deverá ser combinado previamente com a chefia do local, o horário para coleta de dados e também deverá ser apresentado o parecer favorável do CEP/ACCG.</p>
	11º	<p>11. Declaração do orientador (se houver) de que concorda com a pesquisa da forma que foi apresentada, que acompanhará e orientará o aluno no andamento do estudo, zelando pelo cumprimento dos princípios éticos vigentes e pela Instituição onde será realizada.</p>
	12º	<p>12. Esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa: Graduação; mestrado; especialização, doutorado...</p>
	13º	<p>13. Declaração do pesquisador se comprometendo a não iniciar a pesquisa antes de parecer favorável do CEP da Instituição e não a executar em caso de parecer desfavorável. Só será aceita devidamente assinada pelo pesquisador que assumiu a condição de pesquisador na folha de rosto (ver modelo abaixo)</p>
	14º	<p>14. Projeto de Pesquisa</p>

		15. Informação sobre como será o processo de obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido, onde, em que momento e quem o aplicará.
		16 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver modelo anexo)
		17. Currículo atualizado do Pesquisador Responsável e demais pesquisadores citados no projeto de pesquisa, citando pesquisas anteriores e publicações. (ver modelo anexo) ATENÇÃO: Anexado a cada currículo deverá constar documento informando qual a função do pesquisador na condução da pesquisa. O Currículo não deverá ser encadernado.
SIM	NÃO	NO PROJETO DEVERÁ CONSTAR:
		Orçamento detalhado do estudo e esclarecimento sobre quem arcará com as despesas (planilha de custos), bem como a remuneração do pesquisador.
		Cronograma detalhado da Pesquisa (constando mês e ano)
		Critérios de inclusão e exclusão de sujeitos na pesquisa
		Descrição detalhada das características da população a estudar, tamanho da amostra, faixa etária, gênero, grupo étnico, estado geral de saúde, grupos sociais e, se for o caso, justificar as razões para utilização de grupos vulneráveis.
		Análise crítica dos riscos e benefícios (elaborada pelo pesquisador)
SIM	NÃO	PESQUISAS CONDUZIDAS DO EXTERIOR OU COM COOPERAÇÃO ESTRANGEIRA
		Projeto de pesquisa completo e em português
		Compromissos e vantagens para os sujeitos da pesquisa
		Compromissos e vantagens que a pesquisa pode trazer para o país
		Identificação do pesquisador e instituição nacional co-responsável (folha de rosto)
		Documento de Aprovação do Comitê de Ética no país de origem ou justificativa da não condução do estudo naquele país.

		*Em caso de informação de que o estudo está tramitando (em fase de análise) no país de origem, o estudo não será aceito, deverá aguardar o resultado para submissão ao CEP/ACCG. Parecer favorável da CONEP para o primeiro centro no Brasil.
		Resposta à necessidade de treinamento de pessoal no Brasil
SIM	NÃO	PESQUISAS COM NOVOS FÁRMACOS, VACINAS E TESTES DIAGNÓSTICOS.
		Fase atual e demonstração de cumprimento de fases anteriores
		Substância farmacológica – registro no país de origem
		Informação pré-clínica – Brochura do Investigador
		Informação clínica de fases anteriores
		Justificativa para uso de placebo ou wash out
		Acesso ao medicamento se comprovada sua superioridade
		Declaração do pesquisador de que concorda e cumprirá os requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares (Folha de Rosto)
		Justificativa de inclusão de sujeitos sadios
		Formas de recrutamento
SIM	NÃO	PROJETOS MULTICÊNTRICOS
		Lista dos centros participantes no Brasil e no mundo, destacando o primeiro centro no Brasil
		Parecer favorável da CONEP para o primeiro centro no Brasil
		Parecer favorável da CONEP para o primeiro centro no Brasil
		Declaração de que o projeto apresentado é rigorosamente igual ao que foi submetido ao primeiro centro no Brasil
INFORMAÇÕES IMPORTANTES:		
<ul style="list-style-type: none"> • O projeto de pesquisa deverá ser submetido para análise ao CEP/ACCG, mesmo se já foi apreciado por outro CEP (se houver parte da pesquisa a ser realizada no âmbito da Associação de Combate ao Câncer); • <u>Os projetos não serão aceitos sem os documentos acima listados:</u> • Não serão aceitos projetos sem encadernação (seguir a ordem desta lista) • As pesquisas a serem realizadas em outras instituições (que não tenham um CEP), só serão aceitos mediante a indicação da CONEP, a solicitação de 		

indicação poderá ser feita no endereço eletrônico: conep@saude.gov.br

SAIBA MAIS SOBRE ÉTICA EM PESQUISA acessando <http://conselho.saude.gov.br> – comissões-conep-resoluções.