

## **INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE TIREOIDE EM MULHERES BRASILEIRAS: uma revisão bibliográfica**

**Regina Lúcia Zanin Ferreira<sup>1</sup>  
Estefânia Santos Gonçalves Félix Garcia<sup>2</sup>**

### **RESUMO**

Esse trabalho tem por objetivo avaliar a incidência e a mortalidade por câncer de tireoide (CT) em mulheres brasileiras como forma de encontrar alguns subsídios para o futuro trabalho em hospitais oncológicos e também orientar e conscientizar sobre essa realidade. A pesquisa foi trata-se de revisão bibliográfica realizada entre os anos de 2000 a 2018. O câncer da tireoide é responsável por 2% de todos os tumores malignos, sendo três vezes mais frequente nas mulheres do que em homens. Uma das características dos dados epidemiológicos publicados acerca do carcinoma diferenciado da tireoide (CDT) é sua associação com uma série de fatores de risco, incluindo a idade, o sexo, a etnia e a geografia. É notória a predominância de pacientes do sexo feminino e o aumento no número de casos tem sido registrado mais entre as mulheres do que entre os homens. No país há um aumento da incidência do câncer de tireoide, possivelmente causado pelo diagnóstico precoce e/ou pela exposição a fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma papilífero. Por outro lado, a mortalidade vem decaindo, provavelmente pelo diagnóstico precoce.

**Palavras-chave:** Câncer de tireoide. Diagnóstico. Incidência.

### **INTRODUÇÃO**

O interesse pelo tema advém da necessidade da pesquisadora na melhor compreensão sobre câncer de tireoide em mulheres brasileiras e seus agravos, visto que, no ano passado passei por uma experiência negativa de alteração dos meus exames onde fui diagnosticada com um nódulo papiloma. Ainda que o nódulo era benigno, despertei-me para o entendimento da patologia pela pré-disposição familiar.

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS.

<sup>2</sup> Mestre em Enfermagem. Professora do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS.

A tireoide é uma glândula que produz os hormônios tireoidianos (T3 e T4), que são responsáveis pelo controle de diversas partes do metabolismo dos órgãos do corpo humano. Sua atividade (produção e liberação dos hormônios) é controlada pela hipófise, através de uma substância chamada Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH) (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

O câncer da glândula tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino. À anamnese, deve ser dada atenção para o desenvolvimento biológico, irradiação prévia e história familiar de câncer da tireoide (INCA, 2002).

O número de casos de câncer de tireoide vem aumentando drasticamente em todo país. Dados coletados recentemente pelo instituto nacional do Câncer (Inca) projetam esse tumor como o quarto mais frequente entre mulheres no ano de 2016. Estima-se 1.570 casos novos de câncer de tireoide no sexo masculino e 8.040 para o sexo feminino, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 1,49 casos a cada 100 mil homens e 7,57 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a 13ª e quinta posições, respectivamente (INCA, 2018).

Ele se desenvolve a partir de um tumor maligno, que cresce dentro da glândula da tireoide e, normalmente, é descoberto por meio do autoexame. É fundamental que o paciente procure um endocrinologista para acompanhar o tratamento. Mesmo depois de encerrado é recomendada a visita regular ao especialista, para evitar que o câncer reapareça (SBE, 2008).

Aproximadamente 10% da população adulta têm nódulos tireoidianos, mas, desse número, cerca de 90% são benignos. A incidência da doença aumentou em 10% na última década, mas sua mortalidade diminuiu. De 65 a 80% dos casos são diagnosticados como câncer de tireoide papilar; de 10 a 15%, são foliculares; de 5 a 10% são medulares e de 3 a 5% dos diagnosticados são anaplásicos (INCA, 2017).

O câncer de tireoide não é um câncer comum, ele representa de 1 a 2% de todos os cânceres. Todavia é o tipo de câncer endócrino mais comum e é um dos poucos tipos de câncer que tem aumentado sua incidência com o tempo. Em parte, este fenômeno é explicado pelo aumento do diagnóstico precoce através de exames de tireoide, por outros motivos (SBCCP, 2017).

As chances de sucesso no tratamento aumentam quando o tumor é diagnosticado na forma carcinoma papilífero, tipo mais comum da doença.

Os carcinomas papilífero e folicular são os mais comuns correspondendo a 94% dos carcinomas de tireoide. São denominados diferenciados por manterem semelhança estrutural e funcional com o tecido tireoidiano normal, tendo sua origem nas células foliculares da tireoide.

Dentre os carcinomas diferenciados, o papilífero é o mais comum representando 80% dos casos diagnosticados (GOLBERT E COLS, 2005).

A partir de tais problemáticas, surgiram os seguintes questionamentos: o Câncer de tireoide tem atingido qual percentual de mulheres no Brasil? Quais as ações visam a detecção precoce e prevenção da doença? O enfermeiro tem participação efetiva em tais ações?

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo investigar a incidência de câncer de tireoide (CT) que acometem mulheres no Brasil através de estudos com base em pesquisas e publicações e também identificar as intervenções de Enfermagem que podem ser realizadas pelas enfermeiras aos doentes de CT.

O trabalho abordará as formas de apresentação clínica, o diagnóstico e o tratamento do carcinoma medular de tireoide em mulheres acima dos 30 anos.

Este estudo irá contribuir para o conhecimento de profissionais da saúde acerca da temática prevenção e detecção precoce do câncer de tireoide, tão importantes para o tratamento efetivo e prognóstico da doença, a fim ainda de, melhorar a qualidade de vida das mulheres que enfrentam o problema.

## **1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Com o intuito de alcançar os objetivos deste estudo, optou-se pela revisão bibliográfica, a qual constitui uma base que sustenta qualquer pesquisa científica. Para proporcionar o avanço em um campo do conhecimento é preciso primeiro conhecer o que já foi realizado por outros pesquisadores e quais são as fronteiras do conhecimento naquela (POLIT, BECK E HUNGER, 2004).

Sendo assim, a revisão bibliográfica é indispensável para a delimitação do problema em um projeto de pesquisa e para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um tema, sobre suas lacunas e sobre a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento (MARCONI E LAKATOS, 2010).

Conforme Polit, Beck e Hunger, (2004) a revisão bibliográfica visa ressaltar a importância do novo estudo, agindo como integradora e facilitadora do acúmulo destes conhecimentos.

As bases de dados utilizadas foram selecionadas através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos publicados no período compreendido nos anos de 2000 a 2018 no idioma português, inglês e espanhol, com utilização dos descritores: Câncer de tireoide. Diagnóstico. Incidência.

Do ponto de vista da ética da pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde), que trata sobre a condução de pesquisas envolvendo seres humanos, este estudo não necessitou ser submetido a nenhum Comitê de Ética, pois o tipo de abordagem desenvolvida se classifica sem riscos.

Os artigos encontrados evidenciaram que a maioria dos tumores de cabeça e pescoço diagnosticados em mulheres é de tireoide. De acordo com estimativas do INCA é o quinto tumor mais frequente entre as mulheres e o décimo entre os homens.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

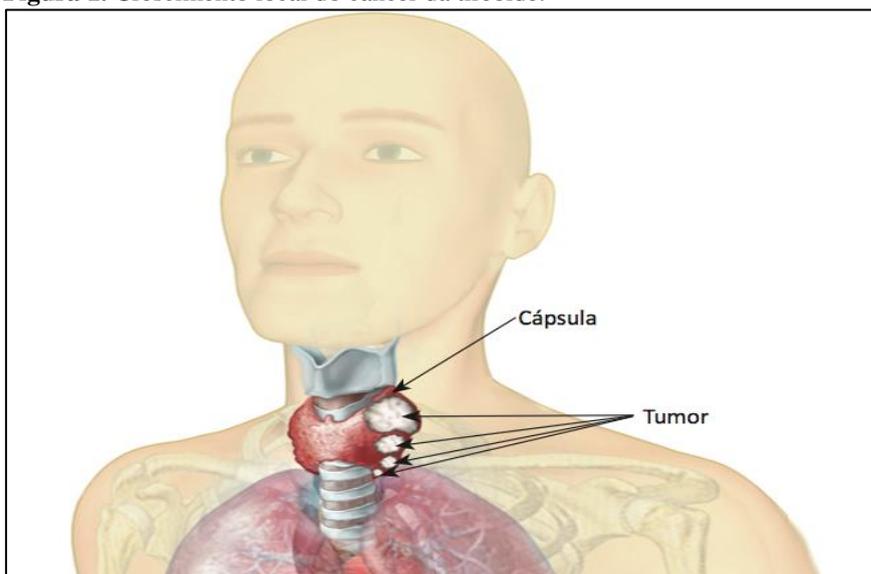
### **2.1 A Glândula Tireoide E O Câncer De Tireoide (CT)**

A glândula tireoide tem o formato parecido com uma borboleta, está localizada no pescoço e tem a função de produzir os hormônios T3 e T4 importantes para o pleno funcionamento de todo o organismo, Esses hormônios regulam desde as ondas cerebrais até o funcionamento do intestino.

O câncer, termo designado para alterações descontroladas da célula pode ser representado por mais de 100 doenças. Tornou-se um atual problema de saúde pública mundial. Diante dos panoramas epidemiológicos atuais é necessário que haja uma busca na qualidade assistencial, busca de informações sobre incidências e prevalências para proporcionar a implementação de políticas públicas para medidas de prevenção e controle, e detectar e prevenir precocemente, visando diminuir as taxas de mortalidade e consequentemente as despesas com gastos em saúde pública (RODRIGUES; FERREIRA, 2010).

O câncer de tireoide (CT) é um dos tumores mais comuns do sistema endócrino sendo considerado o oitavo tipo de câncer que mais atinge as mulheres. Os carcinomas tireoidianos são classificados de acordo com o tipo histológico em: carcinoma papilar da tireoide, carcinoma folicular, carcinoma das células Hurthle, carcinoma medular e carcinoma anaplásico. O carcinoma papilar, carcinoma folicular e o carcinoma das células de Hurthle são considerados carcinomas diferenciados da tireoide (CDT) e correspondem a cerca de 94 % de todos os casos de CT (GOLBERT et al., 2005 apud PELLEGRITI et al., 2013).

**Figura 1.** Crescimento local do câncer da tireoide.



**Fonte:** Instituto vencer o câncer.

Estudos epidemiológicos conduzidos em áreas ricas em iodo têm demonstrado que 4 a 7 % das mulheres e 1 % dos homens adultos apresentam nódulo palpável (VIANNA et al., 2012). Entretanto, estudos ultrassonográficos (US) mostram que essa prevalência é ainda maior, variando de 19 a 67%, com maior incidência em mulheres e idosos. Os carcinomas diferenciados respondem por 90% dos casos de todas as neoplasias malignas da tireoide (MAIA et al., 2007).

Um aumento global vem sendo observado na incidência do câncer de tireoide ao longo das últimas décadas. De 1975 a 2016 houve um aumento gradual de 4,9 por 100.000 habitantes para 12,00 por 100.000 pacientes recém-diagnosticados de CT. De acordo com pesquisadores, esse aumento no número de casos de CT é devido à melhoria no diagnóstico precoce da doença. No entanto a taxa de mortalidade não diminuiu o que pode ter por causa a alta taxa de recidiva da doença (COELI et al., 2005 apud TUO et al., 2016).

Fatores ambientais, como a deficiência de iodo, têm se mostrado como importante fator de patogenicidade para o tumor. Exposição à radiação ionizante, como condições de trabalho, principalmente para profissionais de saúde que trabalham diariamente no setor de medicina nuclear. Bem como doenças tireoidianas preexistentes e fatores genéticos (entre eles a mutação de RAS, proteína ERK e rearranjos do RET/PTC) estão interligados ao desenvolvimento de carcinomas, em principal o carcinoma papilífero (CAMANDARROBA et al., 2009).

A exposição à radiação é considerada uma das causas mais conhecidas que podem dar origem ao CT, devido à posição anatômica que a tireoide se encontra, além de ser um órgão muito sensível. A radiação ionizante atua como forma de inibir ou ativar as funções específicas do epitélio folicular, reduzindo o número de folículos funcionantes, alterando a vascularização ou a permeabilidade vascular e induzindo reações imunológicas. Amostras histológicas de tireoide que sofreram radiação variam de acordo com a dose de radiação recebida e do intervalo que se segue a exposição (CAMANDARROBA et al., 2009).

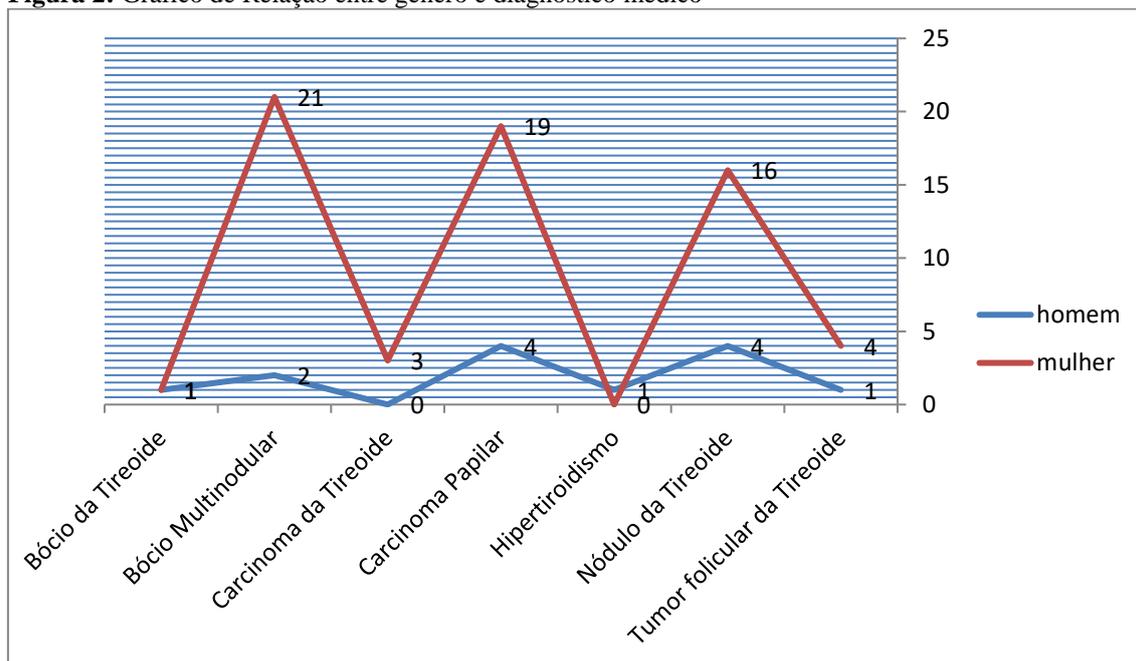
A quantidade de iodo presente na dieta é outro fator determinante, pois tanto a alta ingestão como a deficiência de iodo podem desencadear alterações na tireoide. A síntese dos hormônios produzidos pela tireoide necessita da presença de iodo. A deficiência ou excesso dele na dieta pode estar associado a um maior risco de desenvolvimento do câncer de tireoide (HAYMART et al., 2008).

O iodo participa da síntese dos hormônios: a triiodotironina (T4) e a tiroxina (T3). Outro fator que está associado ao CT é o nível de Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH), quando a dosagem deste hormônio está alterada em pacientes com nódulos tireoidianos, esse aumento pode estar associado com risco de CT a um estágio avançado (HAYMART et al., 2008).

Os fatores genéticos associados ao CT estão ligados à mutação do gene BRAF v600, considerada a alteração genética com maior incidência no câncer de tireoide. O BRAF atua ativando a via de sinalização RAS/RAF/MEK/MAPK. A ativação continuada ou inadequada dessa via de sinalização resulta na proliferação anormal das células malignas da tireoide. Aproximadamente dois terços dos carcinomas papilíferos apresentam mutação do gene BRAF, essa mutação ocorre apenas no carcinoma papilífero, que corresponde a 80 % dos casos de CDT (COHEN et al., 2003; DAVIES et al., 2002; KIMURA et al., 2003).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca), o câncer de tireoide é raro na maior parte da população mundial, representando entre 2% e 5% do total de câncer em mulheres e menos de 2% nos homens. Cerca de 300 mil novos casos (230 mil no sexo feminino e 68 mil no sexo masculino) foram apontados na última estatística mundial, de acordo com o Inca.

Neste gráfico serão relacionados duas vertentes, nomeadamente, o gênero e o diagnóstico médico.

**Figura 2:** Gráfico de Relação entre gênero e diagnóstico médico

**Fonte:** O autor.

A partir do estudo deste gráfico pode-se verificar que o gênero feminino se evidencia em todas as patologias, exceto no Hipertireoidismo – diagnosticado somente num elemento do gênero masculino. Os diagnósticos médicos com maior discrepância são, comparado o gênero, o Bócio Multinodular com 21 casos do sexo feminino e 2 dois casos do sexo masculino; o Carcinoma Papilar em 19 mulheres e em 4 homens; o Nódulo da Tireoide em 16 mulheres e em 4 homens.

## 2.2 Estatística E Incidência Do Câncer De Tireoide E O Acometimento Em Mulheres Brasileiras

Para o Brasil, estimam-se 1.570 casos novos de câncer de tireoide no sexo masculino e 8.040 para o sexo feminino, para cada ano do biênio 2018-2019, com um risco estimado de 1,49 casos a cada 100 mil homens e 7,57 casos a cada 100 mil mulheres, ocupando a 13ª e quinta posições, respectivamente. A taxa de mortalidade para o câncer de tireoide está estável há alguns anos, e é baixa em comparação com a maioria dos outros tipos de câncer (INCA, 2018).

O câncer de tireoide é comumente diagnosticado em uma idade mais jovem do que a maioria dos outros tipos de câncer em adultos. Aproximadamente, 3 em cada 4 casos são diagnosticados em mulheres. Cerca de 2% dos casos de câncer de tireoide ocorre em crianças e

adolescentes. O diagnóstico do câncer de tireoide tem aumentado nos últimos anos devido ao aumento do uso de imagem como o ultrassom de tireoide, que permite a detecção de pequenos nódulos, que não podiam ser diagnosticados no passado (ABRATH, 1983).

Cerca de 60% dos pacientes com câncer recebe o diagnóstico já em estágio avançado. Isso porque, às vezes, os sintomas acabam passando despercebidos ou confundidos com outros problemas de saúde. “A investigação precoce de um nódulo maligno pode ser decisiva na vida do paciente, levando em consideração que, quando tratado no início, o câncer de tireoide tem ótimas chances de cura e evita que as células cancerígenas se espalhem para outras partes do organismo. É importante ficar atento a situações, como: dificuldade de engolir, problemas respiratórios, tosse persistente, nódulo ou inchaço na região do pescoço, rouquidão ou alterações na voz que não se dissipam” (HOFF, 2016).

De acordo com a SBE, aproximadamente 85% dos pacientes com a doença diagnosticada em fase inicial e com acesso ao tratamento correto, conseguem retornar a rotina normalmente sem impacto no seu bem-estar. Os autoexames são a principal forma de detectar um nódulo. Caso exista algum caso de câncer de tireoide na família, relatos de exposição à radiação ou algum outro fator de risco, a atenção deve ser redobrada. Se identificado o nódulo, um endocrinologista precisa ser procurado para que seja indicado quais os exames deverão ser feitos para confirmar ou descartar a presença de câncer.

Ao longo dos anos, a mortalidade desse tipo de câncer, apesar da contínua incidência, vem caindo devido ao progresso do tratamento. A cirurgia para a remoção dos nódulos anormais é a principal forma de se buscar a cura. Após a cirurgia, o paciente passa a tomar hormônios para substituir os que não podem mais ser produzidos pela tireoide. Dependendo da avaliação médica, o tratamento é estendido com terapias contendo iodo radioativo.

Nos tipos mais agressivos e estágios mais avançados da doença, com metástase, as lesões podem ser resistentes a esses tratamentos e quimioterapia. Para os pacientes que apresentam resistência à iodoterapia, há outras opções de tratamento.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a taxa de incidência desse tipo de câncer tem aumentado cerca de 1% ao ano na maioria dos países do mundo.

Mas isso se deve principalmente ao fato de que o exame que detecta um tumor está sendo realizado com mais frequência.

A taxa de mortalidade do câncer de tireoide, no entanto, está caindo na maioria dos países, diz o Inca, provavelmente por causa da melhoria do tratamento.

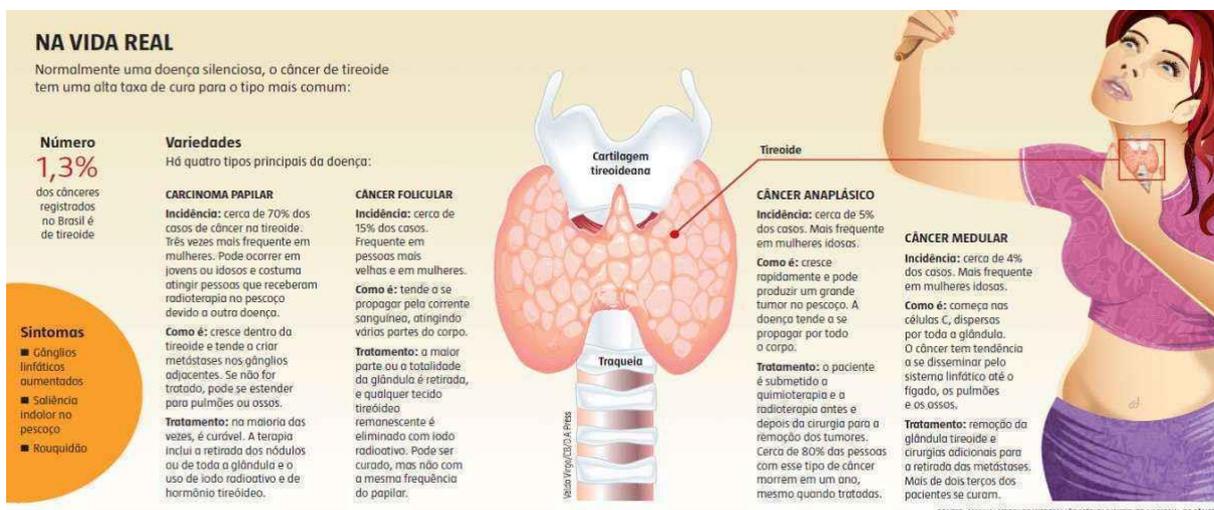
É importante ressaltar que as mulheres são mais afetadas pela doença. Do total de casos estimados pelo INCA para 2018, 84% dos casos acometerá o sexo feminino. Aponta-se para

5.870 casos em mulheres, número cinco vezes maior do que o estimado para os homens no período – 1.090 (INCA, 2018).

Se você fizer ultrassom de tireoide em 100 mulheres, mais ou menos 60 terão nódulos benignos na tireoide. Mas é importante lembrar que ter nódulos de tireoide não significa estar com câncer. A doença é mais rara.

O coeficiente médio de incidência de câncer de tireoide, em 17 anos, para o sexo feminino foi de 17,77 casos para cada 100.000 mulheres. O coeficiente médio de mortalidade por câncer de tireoide, para o sexo feminino, foi de, 50 por 100.000 mulheres (INCA, 2016).

**Figura 3.** Aspectos da Tireoide na vida real.



**Fonte:** Manual de emergências médicas e Instituto Nacional do Câncer.

O câncer de tireoide é de quatro a cinco vezes mais comuns em mulheres do que em homens. Nos estados Unidos e também no Brasil as estatísticas revelam que esse tipo de tumor representa 5% de todos os tumores diagnosticados em mulheres e apenas 1% nos homens. Considerando a região da cabeça e do pescoço, independentemente de sexo, o câncer de tireoide representa 6% de todos os tumores diagnosticados. Assim, podemos concluir que a maioria dos tumores de cabeça e pescoço diagnosticados em mulheres é de tireoide. De acordo com estimativas do INCA é o quinto tumor mais frequente entre as mulheres e o décimo entre os homens (COHEN, 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), nódulos na tireoide irão afetar cerca de 60% da população brasileira durante algum momento na vida. “Mesmo que 90% desses nódulos tireoidianos sejam benignos, qualquer alteração deve ser investigada. Havendo algum tipo de anormalidade, o paciente poderá iniciar o tratamento necessário mais rapidamente” (HOFF, 2016).

A tireoide é uma glândula situada na base da garganta e que produz e libera hormônios responsáveis por regular a função de diversos órgãos, como rins, cérebro, coração e fígado. Mesmo sem um estudo específico para isso, médicos afirmam que este tipo de câncer é mais comum em mulheres do que em homens devido aos fatores hormonais característicos do organismo feminino. Seu principal grupo de risco são mulheres acima dos 35 anos, mas ele também pode ser observado em jovens e em idosos – dos 25 aos 65 anos – e em pessoas expostas à radiação no pescoço e na cabeça.

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima que para cada ano do biênio 2018/2019, seja diagnosticado 9.610 novos casos de câncer de tireoide (1.570 em homens e 8.040 em mulheres) no Brasil. Esses valores correspondem a um risco estimado de 1,49 casos a cada 100 mil homens e 7,57 casos a cada 100 mil mulheres.

A taxa de mortalidade para o câncer de tireoide está estável há alguns anos, e é baixa em comparação com a maioria dos outros tipos de câncer.

O câncer de tireoide é comumente diagnosticado em uma idade mais jovem do que a maioria dos outros tipos de câncer em adultos. Aproximadamente, 3 em cada 4 casos são diagnosticado em mulheres.

### 2.3 Diagnósticos Do Carcinoma Diferenciado Da Tireoide (CDT)

**Figura 4.** Localização da tireoide.



**Fonte:** [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com)

O câncer de tireoide apresenta-se inicialmente como um nódulo que pode ser palpável ou detectado através de ultrassonografia cervical, porém apresenta a mesma chance de malignidade que o nódulo palpável. De acordo com a American Thyroid Association (ATA) e o Ministério da Saúde, são investigados somente os nódulos com  $\geq 1$  cm de diâmetro, com exceção dos pacientes que apresentarem nódulos de tamanhos inferiores, mas com alterações ultrassonográficas como linfonodomegalia cervical e outros fatores desencadeantes como história de irradiação na região da cabeça e pescoço e/ou história familiar de câncer em parentes de primeiro grau (COOPER et al., 2009).

Os tumores da tireoide são classificados de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde em epiteliais, não epiteliais, miscelâneas, metástases de outros tumores e lesões pseudo-tumorais, quase todos podendo ser benignos e malignos, como mostra na Tabela 1, a seguir (HEDINGER et al., 1989).

**Tabela 1.** Classificação simplificada dos tumores da tireoide.

Benignos	Malignos
1. Bócio endêmico	1. Carcinoma folicular
2. Bócio esporádico	2. Carcinoma papilífero
3. Adenoma folicular	3. Carcinoma medular
4. Outros	4. Carcinoma indiferenciado
	5. Outros

**Fonte:** HEDINGER, et al., 1989.

Entre os tumores benignos são mais comuns o bócio endêmico e o esporádico, considerados lesões pseudo-tumorais. A deficiência de iodo na alimentação é a maior causa do bócio endêmico, que guarda a distribuição geográfica equivalente às áreas iodo privas. Estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo têm a tireoide aumentada por esta causa. Os demais tumores benignos da tireoide são denominados adenomas. São raros, de origem epitelial, bem encapsulados, não invadem os tecidos vizinhos e não produzem metástases.

Os tumores malignos da tireoide são raros e apresentam quadros clínicos extremamente variáveis, desde aqueles com crescimento muito lento e compatível com a expectativa de vida normal, até aqueles com péssima evolução e que levam ao óbito em períodos de semanas ou meses. Têm como origem 3 tipos diferentes de células, as foliculares, as para-foliculares e as de origem não-tiroidiana. As foliculares, que constituem a quase totalidade dos elementos celulares da tireoide, são responsáveis por cerca de 90% ou mais dos carcinomas tiroidianos. Os

tumores deste tipo mostram diferenciação histológica bastante evidente entre os carcinomas bem diferenciados e os indiferenciados. Os diferenciados, que são a maioria absoluta dos derivados das células foliculares (mais de 90%), são subdivididos em dois grupos, os papilíferos e os foliculares. Os indiferenciados ou anaplásicos constituem apenas 5% dos carcinomas tiroidianos. As células para-foliculares, produtoras de calcitonina, são responsáveis por cerca de 5% dos carcinomas tiroidianos, os medulares. As células de origem não-tiroidiana causam diversos tumores malignos da tireoide, que não ultrapassam a taxa de 5% do total. Entre eles se destacam os linfomas da tireoide, os cárcino-sarcomas, as lesões metastáticas, os teratomas e os hemangioendoteliomas (HEDINGER et al., 1989).

O câncer de tireoide apresenta-se geralmente como um nódulo na região cervical; porém, menos do que 5% dos nódulos de tireoide são cânceres e a maior dificuldade do médico é afastar uma neoplasia num nódulo, uma vez que as lesões benignas são a grande maioria das lesões nodulares da tireoide (95%), conforme a tabela 2. A descoberta do nódulo é quase sempre acidental, pelo médico ou pelo próprio paciente ou sua família; muito raro o doente visitar o médico em virtude da presença de metástases no pescoço, pulmão ou ossos. Os dados de história sugestivos de malignidade são radioterapia prévia na região anterior da cabeça e/ou pescoço ou a existência de casos familiares de câncer de tireoide (SCHLUMBERGER et al., 1998).

**Tabela 2.** Lesões benignas que podem se apresentar como “nódulo”.

---

Adenoma da paratiróide
Adenoma da tiróide
Aneurismas
Bócio multinodular
Broncocele
Cirurgia anterior
Cisto do ducto tiroglosso
Cisto da paratiróide
Cisto da tiróide
Efeito de terapêutica com iodo radioativo
Fibrose local
Hemiagenesia da tiróide
Higroma cístico
Laringocele
Linfonodos
Tiroidite de Hashimoto
Tiroidite sub-aguda

---

**Fonte:** SCHLUMBERGER et al, 1998.

## 2.4 Os Sintomas Do Câncer Da Tireoide

As alterações na Tireoide podem causar diversos sintomas, que se não forem bem interpretados podem passar despercebidos e o problema pode continuar se agravando. Quando o funcionamento da tireoide se encontra alterado, esta glândula pode estar funcionando de forma exagerada, hipertireoidismo, ou pode estar funcionando pouco, o hipotireoidismo.

- Nódulo no pescoço: uma alteração no tamanho da glândula da tireoide, que está localizada na frente do pescoço, que não desaparece dentro de algumas semanas deve ser verificada por um médico.
- Dificuldade de engolir alimentos: se você sente incômodo na região durante as refeições e percebe que o problema persiste durante semanas ou não está relacionado a gripes e dores de garganta, também é indicado procurar um profissional de saúde.
- Mudanças na voz: rouquidão que não está relacionada a um quadro de dor de garganta também pode ser um dos sintomas de câncer de tireoide e deve ser investigado o quanto antes.

A tireoide pode ser afetada por diferentes enfermidades ou desordens, onde as causas incluem características hereditárias, infecções, distúrbios imunológicos e radiações ionizantes. Cada condição resulta em alguma mudança detectável na glândula: metabolismo, atividade, níveis de hormônios ou captação do iodo. Dentre estas anormalidades destacam-se o hipotireoidismo (quantidade menor de hormônios tireoidianos com uma redução na taxa metabólica), o hipertireoidismo (excesso de hormônios tireoidianos com um aumento na taxa metabólica) e o carcinoma de tireoide (GOLBERT et al., 2005).

Santos, (2006) define esta patologia como tumor de aspecto redondo na tireoide, sendo na maioria das vezes benigno.

“(...) cerca de 4% da população tem um nódulo tireóideo clinicamente palpável e destes cerca de 5% a 20% são carcinomas. A porcentagem de nódulos tireóideos aumenta com a idade, sendo quatro vezes mais comum em mulheres do que em homens.” (SANTOS, 2006, p. 291).

Segundo este autor, o nódulo pode ser organizado em nódulo colide, adenoma folicular, nódulo maligno e quistos da tireoide.

Para Schwartz (1999), este se caracteriza por um aumento rápido, dispneia rouquidão e disfagia, O seu diagnóstico é comprovado através da aspiração com agulha fina para citologia e da realização das provas de função da tireoide, enquanto o seu tratamento é realizado por cirurgia.

## **2.5 Fatores De Risco Para O Câncer De Tireoide**

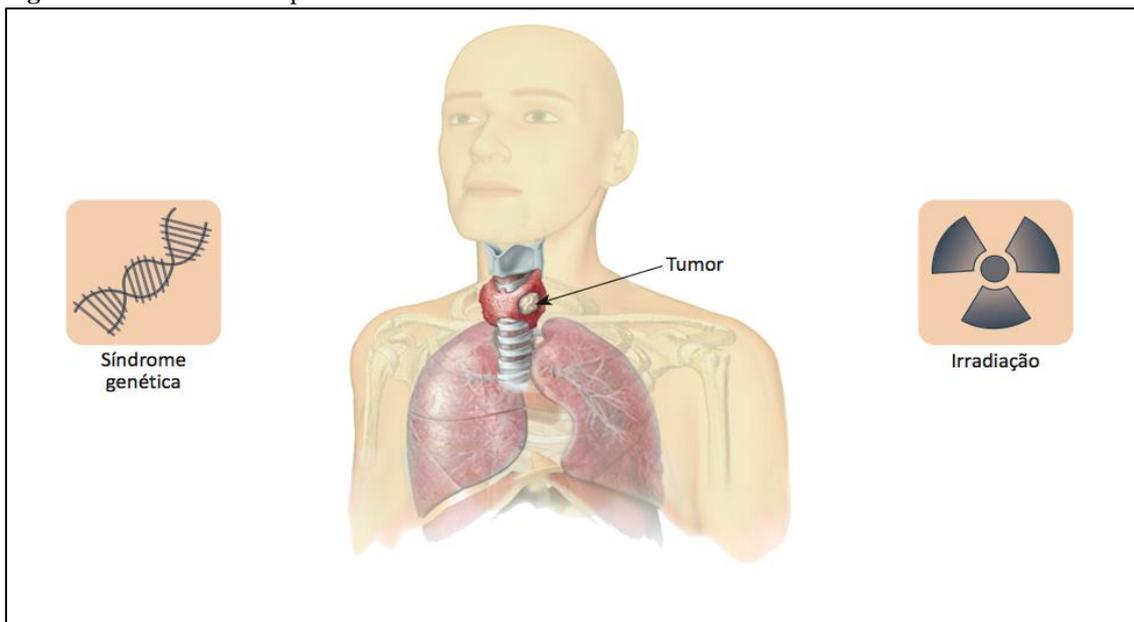
Um fator de risco é algo que afeta sua chance de contrair uma doença como o câncer. Diferentes tipos de câncer apresentam diferentes fatores de riscos. Alguns como fumar, por exemplo, podem ser controlados; no entanto outros não, por exemplo, idade e histórico familiar. Embora os fatores de riscos possam influenciar o desenvolvimento do câncer, a maioria não

causa diretamente a doença. Algumas pessoas com vários fatores de risco nunca desenvolverão um câncer, enquanto outros, sem fatores de risco conhecidos poderão fazê-lo (ONCONGUIA, 2015).

Ter um fator de risco ou mesmo vários, não significa que você vai ter a doença. Muitas pessoas que contraem a enfermidade podem não estar sujeitas a nenhum fator de risco conhecido. Se uma pessoa com câncer de tireoide tem algum fator de risco, muitas vezes é muito difícil saber o quanto esse fator pode ter contribuído para o desenvolvimento da doença.

Os fatores de risco para o câncer de tireoide podem ser de natureza biológica, podem estar relacionados ao ambiente ou podem ter um caráter genético. A exposição à radiação ionizante na região da cabeça e pescoço, a história pessoal de bócio ou nódulos tireoidianos benignos, história familiar de doença tireoidiana, além de pertencer ao sexo feminino e estar em idade reprodutiva, são fatores identificados como positivamente associados ao câncer de tireoide, enquanto outros ainda estão sob investigação (GOLBERT et al 2005).

**Figura 5.** Fatores de risco para o câncer da tireoide.



Fonte: [American Cancer Society](#)

São fatores de risco para o câncer de tireoide:

- Gênero e idade: por razões ainda não esclarecidas o câncer de tireoide, assim como quase todas as doenças da tireoide, ocorre cerca de 3 vezes mais em mulheres do que em homens. O câncer de tireoide pode acontecer em qualquer idade, mas os picos de riscos incidem antes nas mulheres, na maioria das vezes entre os 40 a 50 anos, do que nos homens, geralmente entre 60 a 70 anos. A maioria dos cânceres de tireoide manifesta-se em pacientes em idade reprodutiva,

com 20 -50 anos de idade, tendo sua incidência diminuída após a menopausa, e são cerca de três vezes mais frequentes em mulheres do que em homens. Esta distribuição de incidência em relação a gênero e idade indica que hormônios femininos podem estar envolvidos na etiologia e progressão do câncer de tireoide. Além disso, sabe-se que os receptores de estrogênio ER- $\alpha$  e ER- $\beta$  são expressos nas células foliculares tireoidianas, e que o estrogênio atua como um fator de transcrição, promovendo a proliferação dessas células. As funções de ER- $\alpha$  e ER- $\beta$  não são idênticas, pois ativam genes-alvos diferentes; mas podem formar heterodímeros, o que sugere uma interação entre suas vias. Especula-se que a expressão relativa desses receptores pode modular a ação do estrogênio (EGAWA et al., 2001).

- Condições hereditárias: várias condições hereditárias foram associadas a diferentes tipos de câncer de tireoide, assim como o histórico familiar. Ainda assim, a maioria das pessoas que desenvolve câncer de tireoide não tem uma condição hereditária ou um histórico familiar da doença (EGAWA et al., 2001).
- Câncer medular de tireoide: aproximadamente 20% dos carcinomas medulares são herdados de um gene anormal. Estes casos são conhecidos como carcinoma medular de tireoide familiar, que pode ocorrer por si só, ou junto com outros tumores (EGAWA et al., 2001).
- Outros cânceres de tireoide: As maiores taxas da doença ocorrem entre pessoas com condições genéticas raras, como: polipose adenomatosa familiar, doença de Cowden, complexo de Carney tipo 1 e carcinoma de tireoide não medular familiar (EGAWA et al., 2001).
- Exposição à radiação ionizante: as fontes de radiação incluem determinados tratamentos médicos e radiação resultante de acidentes nucleares. Os exames de imagem, como raios X e tomografia computadorizada, também expõem as crianças às radiações, mas em doses muito baixas, por isso não está claro o quanto podem aumentar o risco do câncer de tireoide (ou outros tipos de câncer). A exposição à radiação ionizante na região de cabeça e pescoço, especialmente na infância, permanece como único fator exógeno claramente associado com o aparecimento de tumores benignos e malignos da tireoide, quase exclusivamente tumores papilífero (Egawa et al., 2001).

## **2.6 Tipos De Carcinomas De Tireoide E Tratamento**

O câncer de tireoide é a neoplasia maligna mais frequente do sistema endocrinológico. As neoplasias da tireoide são classificadas de acordo com o tipo histológico em: carcinoma papilar, carcinoma folicular, carcinoma medular e carcinoma anaplásico.

- Câncer de tireoide diferenciado: os carcinomas diferenciados se desenvolvem a partir de células foliculares da tireoide. Neste tipo de câncer, as células se parecem muito com o tecido tireoidiano normal quando vistas sob um microscópio. Carcinoma papilífero: 80% dos cânceres de tireoide são papilíferos. Normalmente crescem muito lentamente, se desenvolvem em apenas um lobo da glândula tireoide, mas às vezes pode ocorrer em ambos os lobos. Mesmo que seu desenvolvimento seja lento, muitas vezes os carcinomas papilares se disseminam para os nódulos linfáticos do pescoço.
- Carcinoma folicular: o carcinoma folicular ou adenocarcinoma folicular é menos comum do que o carcinoma papilífero, correspondendo a 10% dos cânceres de tireoide. O carcinoma folicular, ao contrário do papilar geralmente não se dissemina para aos gânglios linfáticos, mas alguns podem se disseminar para outros órgãos, como os pulmões ou ossos.
- Carcinoma de célula de Hürthle: este tipo é também conhecido como carcinoma de células Oxífilas. É responsável por cerca de 3% dos cânceres da tireoide. Este tipo é mais difícil de ser diagnosticado e tratado.
- Carcinoma medular de tireoide: o carcinoma medular da tireoide representa 4% dos cânceres da tireoide, e se desenvolve a partir das células C da glândula. Às vezes esse tipo de câncer pode se disseminar para os gânglios linfáticos, pulmões, fígado, antes mesmo do nódulo da tireoide ser diagnosticado.

Existem 2 tipos de carcinoma medular:

1. Carcinoma medular esporádico: representa 80% dos casos, afeta apenas um lobo da tireoide e ocorre principalmente em adultos.
  2. Carcinoma medular hereditário: este tipo de câncer frequentemente se desenvolve durante a infância ou início da idade adulta e pode se disseminar cedo. Os pacientes geralmente apresentam a doença em diversas áreas de ambos os lobos.
- Câncer de tireoide anaplásico (indiferenciado): o carcinoma anaplásico ou carcinoma indiferenciado é uma forma rara de câncer de tireoide, correspondendo apenas 2% de todos os cânceres da glândula. Este tumor é chamado indiferenciado porque as células cancerígenas não se parecem muito com as células normais da tireoide sob o microscópio. “Este é um tumor que invade rapidamente o pescoço e muitas vezes se dissemina para outros órgãos” (ABRATH, 1983).

O tratamento para o câncer de tireoide é cirúrgico e consiste em realizar a tireoidectomia total. A cirurgia retira a glândula tireoide e resseca gânglios linfáticos adjacentes, acometidos pelo tumor, o que se chama de esvaziamento cervical. No pós-operatório faz-se a supressão hormonal, que consiste em repor o hormônio tireoidiano com uma dose um pouco superior à necessária, com o intuito de diminuir a produção, pela hipófise, do TSH, um hormônio que estimula o crescimento do câncer de tireoide. O objetivo é deixar os níveis de TSH em um valor inferior ao nível normal (INCA, 2017).

A radioterapia e a quimioterapia raramente são utilizadas para este tipo de câncer pois normalmente não responde bem a estes tratamentos, mas algumas vezes são indicados em tumores avançados de tireoide (INCA, 2002).

O tratamento com iodo radioativo quando indicado pelo médico, este só acontece após a cirurgia de tireoidectomia total. É necessário que o paciente esteja em hipotireoidismo e portanto só ocorrerá cerca de 30 dias após o paciente estar sem reposição hormonal tireoidiana. Há também uma rigorosa dieta a ser seguida e é necessário evitar contato com qualquer substância que contenha iodo em sua composição (INCA, 2017).

### **3. A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE TIREÓIDE EM MULHERES BRASILEIRAS**

Como aluna do curso de Enfermagem o que mais preocupa é perceber até que ponto existe adequação entre o que é referenciado, em termos teóricos, pelos diferentes autores, sobre uma determinada área de saúde e a sua aplicação no cuidado diário ao doente.

O enfermeiro é o profissional mais habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente oncológico e sua família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação. Isso porque, desde a primeira queixa até a confirmação do diagnóstico e início do tratamento especializado, o paciente se vê num caminho indefinido a ser seguido, necessitando de acompanhamento.

Em muitos casos, o tratamento do câncer é longo e exige do usuário um engajamento que lhe permita lutar pela sua saúde. Ocorrem mudanças em sua vida devido aos procedimentos relacionados à doença a que é submetido. Seu cotidiano fica marcado por uma rotina de exames e pela angústia frente aos seus resultados. O que vem depois da tomografia?

O que vem depois deste exame de sangue? Será que o tumor diminuiu? Será que aumentou? São questões que emergem frequentemente, você já pensou nisso?

O usuário fica a mercê de novas terapias, novas descobertas, novos caminhos que lhe são sugeridos no processo do tratamento, o que muitas vezes, dependendo do modo como ele enfrenta a doença, pode causar prejuízo nos diversos aspectos da sua vida e do cotidiano. E para a mulher esses tratamentos são mais dolorosos emocionalmente por afetar sua estética, portanto a atenção durante o tratamento deve ser mais humanizada ainda.

O processo de humanização nas instituições de saúde emerge na perspectiva de se repensar as práticas de trabalho, e neste contexto, além das mudanças em relação à estrutura e equipamentos, faz-se necessário satisfazer as necessidades dos usuários e dos trabalhadores (DESLANDES, 2006).

Humanização em saúde significa resgatar o respeito à vida humana e assim considerar as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano (BRASIL, 2001).

O câncer ainda é entendido pelos usuários, em geral, como sinônimo de dor, morte e sofrimento; e cabe à enfermagem identificar suas próprias concepções relativas a estes entendimentos e estabelecer estratégias de enfrentamento, visando uma assistência adequada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Nesta direção, considerando as necessidades oriundas desse processo e as especificidades dos usuários em tratamento oncológico, faz-se necessário que o profissional de enfermagem possua habilidades relacionais e afetivas. Manifestações de carinho, simpatia, compreensão do momento, respeito, qualidade no atendimento demonstram a humanização durante o cuidado (BRITO; CARVALHO, 2010).

A humanização dos serviços de saúde se caracteriza como um processo contínuo e depende de uma reflexão diária da equipe sobre o cuidado prestado (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

É preciso refletir sobre este aspecto da prática em enfermagem, valorizar os aspectos subjetivos do usuário, considerar as emoções, suas crenças e valores no momento da elaboração do plano de cuidados. É necessário repensar como tem sido nossa prática nos diferentes momentos de relação com as mulheres com CT. Cabe destacar que na atenção em oncologia, paralelamente à utilização dos avanços terapêuticos, é fundamental observar outros fatores, como lidar com os efeitos colaterais do tratamento, atentar para a qualidade do sono, o estado afetivo, a sexualidade, a autoestima, fatores que interferem na qualidade de vida do doente. A assistência à mulher em tratamento oncológico necessita de uma boa comunicação, para que se

possa estabelecer relações interpessoais e reconhecer necessidades. Neste momento o enfermeiro precisa ouvir usuário falar sobre seus medos, anseios, preocupações.

Para Fontes e Alvim (2008), o enfermeiro que dialoga com o usuário, garantindo-lhe voz, ajudando-o na reflexão sobre sua condição de doente, vai fazer com que ele pergunte, questione sobre o tratamento e seus diferentes efeitos no seu corpo e na sua vida, permitindo expressar suas angústias e expectativas. O relacionamento só será válido se atingir o doente naquilo que ele quer ouvir. A conversa no cuidado de enfermagem deve ter a intenção de criar vínculo e estabelecer um relacionamento afetivo com o intuito de oferecer conforto para o bem estar da paciente.

A enfermeira ao receber na sua unidade de saúde uma mulher com queixa de um caroço no pescoço e dor precisa acolhê-la, com uma postura compreensiva. O acolhimento representa a primeira abordagem realizada e nesse contato inicial é preciso estabelecer um vínculo de modo que a mulher exponha de forma clara seus reais problemas. É preciso identificar se ela apresenta algum sinal de alerta.

Indiferente no resultado, a partir desse contato a mulher sentir-se-á estimulada a recorrer sempre ao serviço, confiante na recepção e no atendimento recebido.

Assim ao pensar no planejamento do cuidado, parte integrante do processo de enfermagem, deve-se considerar também o usuário como protagonista em seu processo terapêutico.

A responsabilidade e o compromisso da equipe de enfermagem em criar vínculos e estabelecer relações próximas e claras com o sofrimento do outro permite um processo de transferência entre o usuário e o profissional, resultando na construção da autonomia do usuário (RIZZOTTO, 2002).

A humanização do cuidado a mulheres com câncer de tireoide deve incluir: o acolhimento, o vínculo e a responsabilização e a enfermagem precisa reorganizar o processo de trabalho em saúde visando o controle do câncer. O acolhimento, o vínculo e a responsabilização são critérios que permitem a reformulação do trabalho em saúde e implicam que a prática clínica seja de responsabilidade compartilhada dos profissionais de saúde.

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al., 2008).

A enfermeira precisa reconhecer a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como uma ferramenta para o cuidado ao usuário em tratamento oncológico, em especial às mulheres com câncer de tireoide.

Ao considerar a complexidade do atendimento oncológico, que exige do enfermeiro responsabilidades, competências e conhecimentos técnicos científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) será utilizada para ajudar você no cuidado ao usuário, bem como para contribuir com a melhoria da assistência prestada (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

A organização do Processo de Enfermagem, prevista pela Resolução n. 358/2009, está organizada em cinco fases: 1) Coleta de dados; 2) Diagnóstico; 3) Planejamento; 4) Implementação; e 5) Avaliação.

A equipe de enfermagem precisa definir uma teoria para nortear o PE por meio de um estudo. O certo é escolher uma teoria que ajude a compreender a realidade da comunidade e ajude a atuar nela proporcionando mudanças, para que o grupo aja de forma harmônica e orientada por um mesmo olhar e; dependerá da cultura da instituição e dos profissionais e usuários por ela atendidos.

O uso do PE proporciona um trabalho intelectual, permite que o profissional reflita sobre suas ações e questione as atitudes tomadas, participando de forma mais ativa no tratamento (NASCIMENTO et al., 2012).

Sua operacionalização pode ser norteadada por modelos teóricos ou teorias de enfermagem. As teorias estimulam o raciocínio crítico e contribuem para focalizar problemas, metas, resultados e conceitos. Além disso, integra o saber cotidiano da prática com as bases científicas, o que proporciona um cuidado mais seguro e eficiente (NASCIMENTO et al., 2012).

Após a coleta de dados, estes deverão ser organizados e interpretados para elaboração do Diagnóstico de Enfermagem, que será uma resposta às angústias da mulher atendida na unidade de saúde. Assim começa o planejamento de intervenções para chegar aos resultados esperados. Este diagnóstico de enfermagem é usado para orientar as etapas seguintes. Por meio deles identificam-se os problemas de saúde reais ou potenciais, os quais são passíveis de resolução por meio de ações de enfermagem.

Por ser o diagnóstico a base do atendimento, a enfermeira precisa desenvolver habilidades para diagnosticar, ou seja, para fazer diagnósticos adequados e precisos. Esta habilidade envolve a coleta precisa de dados, o conhecimento clínico e a atenção

ao contexto em que o usuário está inserido (GARCIA; NÓBREGA, 2009; SILVA; MOREIRA, 2011).

As ações prescritas pelo enfermeiro são executadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem que compõem a equipe, sob sua supervisão. E à medida que as ações vão sendo executadas, novas informações são colhidas e proporcionarão novos diagnósticos.

Portanto a importância do desempenho da equipe de enfermagem durante o tratamento do CT contribui efetivamente para a cura e recuperação da autoestima em mulheres brasileiras.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível observar no presente estudo o crescimento no número de casos do câncer de tireoide no Brasil e no mundo, mas para pesquisadores esse aumento é em decorrência de uma melhoria no diagnóstico e em razão de outros fatores, como ambientais e genéticos.

O câncer de tireoide é uma doença que se desenvolve silenciosamente e os sinais de alerta são tardios. Apenas tumores avançados que invadem os nervos das cordas vocais provocam rouquidão. Há alguns anos, os casos de câncer de tireoide eram descobertos quando o paciente já apresentava um nódulo palpável, sinal de que a doença já se encontrava em estado avançado. Atualmente, muitos pacientes têm diagnóstico de nódulos assintomáticos porque fizeram exame de imagem por solicitação do ginecologista, que inclui a investigação da tireoide como rotina. Assim, o ginecologista tem sido um grande parceiro do diagnóstico precoce.

O câncer da tireoide é a neoplasia maligna mais comum do sistema endócrino. A frequência em mulheres é duas vezes maior do que em homens. Existe a possibilidade da relação com os hormônios, mas ainda não há pesquisas definitivas.

Aproximadamente de 5 a 10% dos casos de câncer de tireoide têm história semelhante na família. O carcinoma medular de tireoide pode estar associado a uma síndrome genética com forte componente hereditário familiar, chamado neoplasia endócrina múltipla (NEM). Mas a principal associação de câncer de tireoide ocorre em pacientes que receberam radiação em suas glândulas tireoides e o único fator de risco consolidado na literatura é a exposição à radiação ionizante durante a infância. O risco de câncer de tireoide radioinduzido é maior em mulheres.

Assim, podemos concluir que a maioria dos tumores de cabeça e pescoço diagnosticados em mulheres é de tireoide. De acordo com estimativas do INCA é o quinto tumor mais frequente entre as mulheres e o décimo entre os homens.

É importante ressaltar que ter um fator de risco não significa que a pessoa terá necessariamente o câncer de tireoide, bem como algumas pessoas desenvolvem a doença sem terem nenhum fator de risco. Prevenir sempre é a melhor indicação.

Ficou evidenciada a importância do desempenho da equipe de enfermagem durante o tratamento do CT e este contribui efetivamente para a cura e recuperação da autoestima em mulheres brasileiras.

***INCIDENCE OF TIREOID CANCER IN BRAZILIAN WOMEN: a bibliographic review***

***ABSTRACT***

*This work aims to evaluate the incidence and mortality from thyroid cancer (CT) in Brazilian women as a way to find some support for the future work in cancer hospitals and also guide and raise awareness about this reality. The survey was conducted through the analysis of data on sites of Cancer records, INCA and literature review. Thyroid cancer is responsible for 2% of all malignant tumors, being three times more frequent in women than in men. One of the features of the published epidemiological data about the differentiated thyroid carcinoma (CDT) is your association with a number of risk factors, including age, sex, ethnicity and geography. It is remarkable the predominance of female patients and the increase in the number of cases has been registered more among women than among men. In the country there is an increased incidence of thyroid cancer, possibly caused by early diagnosis and/or exposure to risk factors for the development of cancer carcinoma. On the other hand, mortality comes declining, probably by early diagnosis.*

***Keywords:*** *Thyroid cancer. Diagnosis. Incidence.*

**5. REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS**

Alvim: [www.periodicos.uem.br/Jose/index.php/ciencCuidSaude/articule/vire/6507](http://www.periodicos.uem.br/Jose/index.php/ciencCuidSaude/articule/vire/6507)

ABRATH F. G. **Attenuation of primary and scatter**, v.45, 1983.

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. Tipos de Câncer. Disponível em <  
<http://accamargo.org.br/categoria/tipos-de-cancer>>. Acesso em 12 de Agosto de 2018.

Brasil2001: [Pepsi.brsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=51516](http://pepsi.brsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51516)

BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. **Rev Einstein**, v. 8, n. 2, p. 221-227, 2010.

CAMANDAROBA, M. P. G; MATA, L. S.; ALMEIDA, L. B.; MIRANDA, J. S.; NEVES, M. P. Carcinoma Papilífero da Tireoide Associado à Tireoide de Hashimoto: uma série de casos. **Rev Bras de Cancerologia**, 2009.

COELI, C. M.; BRITO, A. S.; BARBOSA, F. S.; RIBEIRO, M. G. Incidência e mortalidade por câncer de tireoide no Brasil. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49 n. 4, p. 503-509, 2005.

COHEN, Y. et al. Mutation in Papillary Thyroid Carcinoma. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 95, n. 8, p. 625-627, 2003.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

Egawa2001: [www.scielo.br/pdf/abem/v57n4/pt\\_02-pdf](http://www.scielo.br/pdf/abem/v57n4/pt_02-pdf)

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GOLBERT, L.; WAJNER, S. M.; ROCHA, A. P.; MAIA, A. L.; GROSS, J. L. Carcinoma diferenciado de tireoide: Avaliação inicial e acompanhamento. **Arq Bras de End Metabólica**, v. 49, n. 5, 2005.

Haymart: [revistasbccp. n.43-3-artigo-04](http://revistasbccp.n.43-3-artigo-04)

HEDINGER, C.; WILLIAMS, E. D.; SOBIN, L. H.; The WHO histological classification of thyroid tumors: a commentary on the second edition. **Rev Câncer**, v. 63, p. 908 - 910, 1989.

INSTITUTO ONCOGUIA. Fatores de risco para o câncer de próstata. Disponível em <  
<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/fatores-de-risco-para-cancer-de-prostata/5850/1130/>>. Acesso em: 18 de junho de 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Sínteses de resultados e comentários: câncer da glândula tireoide. Estimativa 2016/2017 e 2018/2019: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <  
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014>>. Acesso em: 14 de novembro de 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Neoplasia maligna da glândula tireoide. Disponível em: <  
[www1.inca.gov.br/estimativa/2018/mapa-glandula-tireoide.asp](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/mapa-glandula-tireoide.asp)>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

MAIA, A. L.; WARD, L. S.; CARVALHO, G. A.; GRAF, H.; MACIEL, R. M. B.; MACIEL, L. M. Z.; ROSÁRIO, P. W.; WAISMAN, M. Nódulos de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: Conselho Brasileiro. **Arq Bras de End Metabólica**, 2007.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Rev Latino-Americana de Enf**, v. 15, n. 1, p. 20-26, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0876_16_05_2013.html)>. Acesso em: 14 de Novembro de 2017.

NASCIMENTO, et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha de Enf**, v. 33, n. 1, p. 177- 185, 2012.

PELLEGRITI, et al. Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: update on epidemiology and risk factors. **J. Cancer Epidemiol**, v. 2013, n. 965212, p. 1-10, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Rev Bras de Enf**, v. 55, n. 2, p. 196-199, 2002.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do perfil epidemiológico do câncer em uma cidade do interior paulista: conhecer para intervir. **Rev Bras de cancerologia**, 2010.

SBCcP: <https://www.sbccp.org.br/suasaude/é-o-contente/uploads/.../>

Schwartz: instituto oncongua-[www.org.br/conteudo/fatoresderisco](http://www.org.br/conteudo/fatoresderisco)

SANTOS, et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2010.

SCHLUMBERGER, M. J. Papillary and follicular thyroid carcinoma. **J Engl Med**, v. 338, p. 297-306, 1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA. Terapias Hormonais. Disponível em < <https://www.endocrino.org.br/>>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Rev Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 75-82, 2008.

VIANNA, D. M.; CURIONI, A. O.; FRANÇA, L. J. L.; PAIVA, D. L.; POMPEL, B. F.; DEDIVIDTIS, R. A.; RAPOPORT, A. A raridade histológica no câncer da tireoide. **Brazilian Journal of Otorhinlaryngology**, 2012.

WARD, L. S.; MARRONE, M.; CAMARGO, R. Y.; WATANABE, T.; TINCANI, A. J.; MATOS, P. S.; ASSUMPCÃO, L. V. M.; TOMIMORI, E.; KULCSAR, M. A.; NUNES, M. T.; NOGUEIRA, C. R.; KIMURA, E. T. Câncer diferenciado da tireoide de baixo risco. Revisão do estado atual da literatura e proposta da conduta. **Arq Bras da End Metabólica**, v. 50, n. 3, 2006.