

---

# **Caracterização de pacientes e dos distúrbios de comunicação associados às patologias da tireoide**

**Marilu Rita Villa Koga**

Enfermeira

Mestre em Distúrbios da Comunicação pela Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

**Vânia Muniz Néquer Soares**

Enfermeira

Doutora em Saúde Pública

Professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação – Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

**Adriana Bender Moreira de Lacerda**

Fonoaudióloga

Doutora em Distúrbios da Comunicação

Professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação – Universidade Tuiuti do Paraná – UTP

---

---

## Resumo

**Objetivo:** Caracterizar os pacientes com indicação de tireoidectomia e dos distúrbios de comunicação associados às patologias da tireoide, em um serviço de referência do SUS. **Método:** Estudo quantitativo e descritivo. Participaram do estudo 48 usuários com indicação de cirurgia da tireoide, em um hospital público e de ensino do município de Curitiba-PR. Para coleta de dados, utilizou-se questionário semi-estruturado, aplicado na consulta de enfermagem pré-cirúrgica com questões sobre perfil sociodemográfico, de saúde, presença de distúrbios da comunicação e sua influência nas condições de vida dos pacientes com patologias da tireoide. **Resultados:** Os pacientes tinham em média 51 anos de idade, com predominância do sexo feminino (95,8%) e raça branca (66,7%), com baixa escolaridade e baixa renda familiar. O principal diagnóstico, o bócio multinodular atóxico (35,4%), sendo a neoplasia mais frequente da tireoide, o carcinoma papilar (6,3%). Os sinais e sintomas mais frequentes foram: nódulo ou caroço no pescoço (78,13%), dificuldades com a deglutição (56,25%), alterações vocais (40,63%) e falta de ar (34,38%). Os usuários referiram que a patologia acarreta limitações no trabalho e nos seus afazeres. O maior tempo de espera foi para o acesso à cirurgia. **Conclusão:** O estudo apontou que os pacientes, com patologias da tireoide e com indicação de tireoidectomia, apresentavam longa evolução da doença, dificuldade de acesso ao tratamento precoce, alta incidência de disfagia e alterações da voz, com impacto sobre sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Patologias da tireoide. Distúrbios da comunicação. Acesso a serviços de saúde.

## Abstract

**Objective:** To characterize patients with recommendation for thyroidectomy, and communication disorders associated with thyroid diseases in a referral service of the Unified Health System (SUS, in Portuguese). **Method:** A quantitative, descriptive study. Participants in the study were 48 users with recommendation for thyroidectomy in a public teaching hospital in Curitiba, Paraná State/Brazil. For data collection, we used semi-structured questionnaire applied in the pre-surgical nursing consultation with questions about sociodemographic health conditions, presence of communication disorders and their influence on the patients' life conditions. **Results:** patients had an average age of 51 years old, predominantly female (95.8 %), white (66.7%), low educational level and low family income. The primary diagnosis, nontoxic multinodular goiter (35.4%), being the most common neoplasm, thyroid papillary carcinoma (6.3%). The most common signs and symptoms were: nodule or neck lump (78.13%), swallowing difficulties (56.25 %), vocal changes (40.63%) and breathlessness (34.38 %). Users reported that the pathology entails limitations at work and in their activities. Access to surgery was patients' longest wait. **Conclusion:** The study showed that patients with thyroid diseases and recommendation for thyroidectomy, presented long-term disease evolution, difficulty in accessing early treatment, high incidence of dysphagia and voice changes, impacting their quality of life.

**Keywords:** Thyroid disorders. Communication disorders. Access to health services.

---

---

## Introdução

As doenças nodulares da tireoide afetam parcelas distintas da população. Nelas estão incluídos os nódulos únicos ou múltiplos da tireoide, de caráter benigno ou maligno.

De acordo com os achados da literatura, a incidência de nódulos tireoidianos palpáveis na população geral é de 5 a 7%. Com o auxílio da tecnologia, como a ultrassonografia de tireoide, essa taxa se eleva para índices de 17 a 67%. Contudo, somente entre 5 a 10% desses nódulos seriam malignos (Graff, 2004; Bertelli *et al.* 2008).

Estudos atuais têm revelado um aumento da incidência das neoplasias da tireoide nas últimas décadas, mas por outro lado têm apontado, ao mesmo tempo, uma redução das taxas de mortalidade, o que em parte pode estar relacionada com a melhoria das condições socioeconômicas e de acesso da população ao sistema de saúde, bem como à ampla divulgação e implantação de diretrizes, normas e condutas no

---

manejo dessa patologia, permitindo diagnóstico precoce e intervenção adequada (Knobel & Neto, 2007; Ward & Graf, 2008, Coeli *et al.*, 2005; Cordioli *et al.*; Coral, 2009).

O Instituto Nacional de Câncer – INCA (2012), realizou estimativas apontando que no Brasil ocorrerão 10.590 novos casos de câncer de tireoide em mulheres em 2012/2013, determinando uma taxa de 11/100 mil mulheres. Para o Estado do Paraná, foram estimados, para o mesmo período, cerca de 520 novos casos de câncer da glândula tireoide em mulheres. Destes, 160 no município de Curitiba, com uma taxa bruta de 16,7 /100 mil mulheres na capital e 9,3 no Estado.

Para o diagnóstico diferencial, tratamento e seguimento dessa patologia, principalmente para os casos suspeitos de neoplasia ou confirmados, o acesso aos serviços especializados de média e alta complexidade torna-se essencial, assim como a cirurgia de tireoide é fortemente recomendada para o tratamento de parte dessas ocorrências, a exemplo dos nódulos suspeitos de neoplasias malignas, bóciós de grande volume com sintomas compressivos, adenomas tóxicos, tireoidites e recidivas da doença (Graf, 2004; Accetta, 2011).

Por outro lado, a cirurgia de tireoide pode determinar complicações, relacionadas à lesão do nervo laríngeo, que podem ocorrer em até 12,4% dos

casos (Oré & Saavedra, 2008; Yangali & Moreno, 2008; Kolawole & Olurode, 2009). Essa ocorrência pode levar a distúrbios da comunicação e da deglutição pela perda ou deficiência da comunicação oral, caracterizada por afonia, distúrbios da deglutição e riscos aumentados da aspiração, o que pode determinar impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes, incluindo os aspectos sociais, emocionais, familiar, profissional e financeiro (Souza *et al.*, 2009).

Com base nessas considerações, o presente estudo teve como objetivo, caracterizar os pacientes com indicação de tireoidectomia, em um serviço de referência do SUS, e dos distúrbios de comunicação associados às patologias da tireoide.

## Método

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de corte transversal, descritivo, com usuários de um serviço de referência para tratamento das patologias de tireoide, e que passaram pela consulta de enfermagem pré-cirúrgica.

A pesquisa foi realizada em um hospital público de referência para a média e alta complexidade, sendo também um hospital de ensino, localizado no município de Curitiba-PR. Os pacientes atendidos nesse serviço são encaminhados pela rede básica de saúde, a qual

é responsável pelo agendamento de consultas para as especialidades, conforme a oferta desse serviço. Após a consulta médica nos ambulatórios das clínicas cirúrgicas, os pacientes com indicação de cirurgia são encaminhados à Central de Internação para inclusão na fila de espera, atualização do cadastro e para a consulta de enfermagem pré-cirúrgica.

O período de coleta dos dados ocorreu entre fevereiro a julho de 2011.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: pacientes com indicação de cirurgia da tireoide oriundos dos Ambulatórios da Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, de ambos os gêneros, com idade superior a 18 anos, que aceitaram participar do estudo, e assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Para coleta de dados, utilizou-se questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas elaborado pelas pesquisadoras. As variáveis analisadas foram: idade, gênero, raça/cor, diagnóstico, tempo de evolução da doença, sinais e sintomas atuais da patologia da tireoide, distúrbios da comunicação presentes, limitações relacionadas com a patologia da tireoide, tempo de espera para o acesso ao serviço especializado para o tratamento da patologia. A amostra foi constituída de 48 pacientes.

As informações referentes ao diagnóstico da doença

e aos resultados de exames foram obtidas mediante a consulta do prontuário do paciente no serviço em estudo.

Os dados foram armazenados e processados por meio do programa SPHINX, e elaboraram-se tabelas com frequências, percentuais, médias e desvio-padrão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde 196/96, conforme registro CEP n.º 2193.087/2010-0.

## Resultados

O perfil sociodemográfico demonstrou que no serviço em estudo predominavam pacientes do gênero feminino (95,8%), na faixa etária entre 50 a 59 anos, e média de 51 anos. A raça branca correspondeu a 66,7% dos casos, seguida de pardos com 22,9%. Quanto à procedência, 45,8% eram do município de Curitiba, 27,1% da região metropolitana e 27,1% de outros municípios do Estado do Paraná. Com relação à escolaridade, 47,9% tinham o ensino fundamental incompleto, e 14,6% não eram alfabetizados. Quanto à atividade profissional, a maioria era do lar, e a renda familiar predominante era de um a dois salários mínimos, correspondendo a 58,3%.

Os dados referentes ao diagnóstico dos pacientes com indicação de cirurgia de tireoide, conforme os registros do prontuário e os laudos referentes aos resultados de exames complementares, constataram que o bócio multinodular atóxico, correspondeu à principal causa, com 35,4% dos casos; seguido de lesão folicular com 16,7% e bócio mergulhante, com 14,6%. O carcinoma papilar, foi a principal neoplasia com 6,3%. O adenoma folicular correspondeu a 6,3% dos casos. Foram indicação de cirurgia ainda o bócio colóide, multinodular tóxico, a doença de Graves, nódulos colóides e o bócio difuso (Tabela 1).

Na Tabela 2, estão relacionados os sinais e sintomas iniciais, tempo de início e os sintomas atuais relacionados à patologia da tireoide, referidos pelos usuários. Identificou-se que os sintomas referidos

no momento da pesquisa se agravaram quando comparados aos sintomas referidos no início da patologia. A presença de nódulo/caroço e aumento de volume no pescoço correspondeu a 50 % dos sintomas iniciais, seguido de dificuldades com a alimentação. Os primeiros sintomas, em 25% dos casos, ocorreram entre 5 e 10 anos anteriores à entrevista, e acima de 10 anos para 16,7%.

Ao serem questionados sobre os sintomas atuais, relacionados à patologia da tireoide, a presença de nódulo ou caroço no pescoço e o aumento do volume do pescoço corresponderam a 77,1%. A falta de ar foi relatada por 37,5% dos pacientes, e as dificuldades para dormir pelo desconforto físico relacionado ao bócio, por 18,8%.

Os distúrbios da comunicação associados à patologia identificados foram a dificuldade para engolir, relatada por 62,5% dos pacientes e as alterações vocais, 45,8%.

A Tabela 3 apresenta as limitações referidas pelos pacientes relacionadas à presença da patologia da tireoide. Constatou-se que para 66,7% dos pacientes, a patologia da tireoide levava a alguma limitação em sua vida, sendo que, para a maioria (29,2%), afetava o trabalho e os afazeres do dia a dia. Nervosismo, ansiedade, dificuldades com a alimentação e cansaço diário estavam entre as dificuldades mais citadas,

TABELA 1 – Diagnósticos das patologias da tireoide de acordo com os registros no prontuário (N=48).

<b>PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
Bócio multinodular atóxico	17	35,4
Lesão folicular	8	16,7
Bócio mergulhante	7	14,6
Bócio colóide	4	8,3
Carcinoma papilar de tireoide	3	6,3
Adenoma folicular	3	6,3
Bócio multinodular tóxico	2	4,2
Bócio difuso	1	2,1
Nódulo colóide	1	2,1
Bócio colóide+hiperparatireoidismo 1º+nódulo tireoide	1	2,1
Doença de Graves	1	2,1

TABELA 2 – Sinais e sintomas da patologia referidos pelos paciente com indicação de tireoidectomia (N=48)

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>SINAIS E SINTOMAS INICIAIS DA PATOLOGIA*</b>		
Nódulo ou caroço e ou aumento de volume no pescoço	24	50,0
Engasgos, afogamentos, dificuldade para engolir	12	25,0
Nervosismo/ ansiedade	9	18,6
Dor no pescoço/ garganta/ ardência	7	14,6
Dificuldade respiratória (falta de ar)	6	12,5
Cansaço	5	10,4
Palpitação	5	10,4
Sensação de sufoco	3	6,3
Dificuldade para dormir	3	6,3
Assintomáticos	2	4,2
Outros (dor no peito, sudorese, alteração vocal, pigarro)	5	10,4
<b>INÍCIO DOS SINTOMAS DA PATOLOGIA</b>		
Menos de 1 ano	6	12,5
De 1 a menos de 2 anos	3	6,3
De 2 a menos de 3 anos	9	18,8
De 3 a menos de 5 anos	10	20,8
De 5 a menos de 10 anos	12	25,0
Mais de 10 anos (média de 7,04 anos e dp 8,86)	8	16,7
<b>SINTOMAS ATUAIS DA PATOLOGIA*</b>		
Nódulo ou caroço/aumento de volume no pescoço	37	77,08
Dificuldade para engolir	30	62,50
Alteração da Voz	22	45,83
Falta de ar/dificuldade para respirar	18	37,50
Dificuldade para dormir (desconforto físico)	9	18,75
Ansiedade/nervosismo	6	12,50
Cansaço	5	10,42
Dor, ardência e secura na garganta	4	8,33
Pigarro	4	8,33
Sensação de sufoco/angústia	3	6,25
Tosse	3	6,25
Outros (palpitação, tremores, dor no peito)	3	6,25

\* Questões de múltipla escolha – excedendo 100%

\*\*Outros (palpitação, tremores, dor em outras partes do corpo)

seguido de indisposição e dificuldade respiratória. O fator estético foi referido em 8,3% dos casos.

Referente à origem dos encaminhamentos para o tratamento da patologia no serviço de referência especializado, identificou-se que os encaminhamentos para 32 casos (66,67%), foram realizados pelas unidades de saúde local, e 13 (27,8%) se referem a pacientes do próprio serviço encaminhados do ambulatório de Endocrinologia, Ginecologia ou Hemato-Oncologia, e 3 (6,25%) foram encaminhamentos não ligados à rede básica de saúde. Quanto ao tempo de espera para o atendimento no serviço especializado, constatou-se que para a maioria foi entre 1 e 2 meses (25%). A

espera, acima de 6 meses, ocorreu para 6 pacientes (12,5%).

Com relação ao acesso ao serviço especializado para realização da cirurgia, medido pelo tempo de espera referido pelo usuário para internação e cirurgia, verificou-se que 33 pacientes (68,8%) relataram tempo muito longo. Destes, 19 (39,6%) aguardavam por cirurgia após a consulta ambulatorial no serviço de referência por até 2 anos, e 9 (18,8%) aguardavam por mais de 2 anos. A negativa de espera para internação se referiu a pacientes novos, que ingressaram mais recentemente no serviço, correspondentes a 16 (33,3%).

TABELA 3 – Dificuldades e limitações provocadas pela patologia da tireóide referidas pelos pacientes (N=48).

VARIÁVEIS	N.º	%
APRESENTAM LIMITAÇÕES		
Sim	32	66,7
Não	16	33,3
TIPO DE LIMITAÇÕES REFERIDAS*		
Trabalho e afazeres	14	29,2
Nervosismo e ansiedade	11	22,9
Alimentação	8	16,7
Cansaço	8	16,7
Falta de disposição	6	12,5
Falta de ar/dificuldades com a respiração	6	12,5
Estética	4	8,3
Dificuldades para dormir	4	8,3
Vida social	4	8,3
Dor em outras partes do corpo/local	3	6,3
Arritmias	1	2,1

## Discussão

O estudo apontou que os pacientes, com patologias da tireoide e com indicação de tireoidectomia, atendidos em um serviço de referência do SUS apresentam condições sociais desfavoráveis, longa evolução da doença, dificuldade de acesso ao tratamento precoce, com comprometimentos severos relacionados à patologia, como a alta incidência de disfagia e alterações da voz, com impacto sobre sua qualidade de vida.

Os dados relacionados à idade e gênero são semelhantes aos do estudo de Oré & Saavedra (2008), cujo objetivo foi conhecer a incidência da patologia da glândula tireoide em 274 pacientes operados no



TABELA 4 – Origem do encaminhamento para tratamento da patologia dos pacientes com indicação de cirurgia da tireoide e tempo de espera (n= 48).

VARIÁVEIS	N.º	%
Unidade de Saúde	32	66,67
Próprio hospital por outra especialidade	13	27,08
Outros Serviços Externos	3	6,25
TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA NO HOSPITAL		
Sem espera (pacientes já em acompanhamento no Serviço em outras especialidades)	13	27,08
Menos de 30 dias	8	16,67
De 1 mês a 2 meses	12	25,00
De 2 a 6 meses	9	18,75
De 6 meses a 1 ano	2	4,17
Acima de 1 ano	4	8,33
Média em meses com desvio-padrão (dp)	3,05	5,39(dp)
TEMPO DE ESPERA CONSULTA NO AMB ENDÓCRINO		
Menos de 1 mês	11	22,92
De 1 mês a 2 meses	19	39,58
De 2 a 6 meses	8	16,67
De 6 meses a 1 ano	4	8,33
Acima de 1 ano	4	8,33
Não para espera	2	4,0
Média meses c/ desvio-padrão(dp)	3,85	5,82(dp)
TEMPO DE ESPERA PARA CONSULTA NO AMB CX GERAL/CAD		
Menos de 30 dias	14	29,17
De 1 mês a 2 meses	21	43,75
De 2 a 6 meses	10	20,83
De 6 meses a 1 ano	3	6,25
Média dp	1,98	2,43 dp
TEMPO DE ESPERA PARA INTERNAÇÃO P/CX		
Sim	33	68,75
Não	15	31,25
De 1 a 2 meses	3	6,25
De 2 a 6 meses	7	14,58
De 6 meses a 1 ano	4	8,33
De 1 a 2 anos	10	20,83
Acima de 2 anos	9	18,75
Não houve espera (pacientes novos)	15	31,25
Média meses com desvio-padrão (dp)	14,85	17,80(dp)

período de janeiro de 1997 a dezembro de 2006, evidenciando que a incidência para o gênero feminino foi de 81,4%, e nos grupos etários, entre 40 a 60 anos. No presente estudo, constatou-se que os dois casos relacionados ao gênero masculino estavam associados à neoplasia de tireoide (carcinoma papilar e lesão folicular categoria IV). Golbert et al (2005), consideraram o gênero masculino um fator prognóstico negativo e independente para patologias da tireoide, quando comparado ao gênero feminino, cuja evolução é mais favorável.

A população atendida no serviço de referência do SUS em estudo, apresentava baixa escolaridade e renda familiar, o que pode estar relacionado com a origem da população, oriundos da rede pública de saúde, que ainda é mais utilizada pela população com condições sociais mais desfavoráveis.

Evidenciou-se que o principal diagnóstico dos pacientes com indicação de cirurgia, foi o bócio multinodular atóxico, lesão folicular e o bócio mergulhante. Segundo Accetta et al. (2011), o bócio multinodular atóxico é a indicação mais frequente de tireoidectomia total nas doenças benignas da glândula. Em seu estudo, 56,1% das tireoidectomias realizadas foram por bócio multinodular atóxico.

No presente estudo, o carcinoma papilar foi a neoplasia mais frequente, com comprometimento de um

linfonodo pelo carcinoma em apenas um caso; resultados semelhantes têm sido descritos em vários achados na literatura que apontam o carcinoma papilar de tireóide como o mais frequente câncer diferenciado de tireóide (Coeli *et al.*, 2005; Bertelli *et al.*, 2009; Cordioli et al., 2009; Pacheco *et al.*, 2009; Zhu *et al.*, 2009).

Tanto os sintomas iniciais relatados como os atuais, estavam relacionados à presença do nódulo/caroço no pescoço, seguidos das dificuldades de deglutição, como engasgos e afogamentos. Para a maior parte dos pacientes, o início dos sinais e sintomas apresentados foi superior a dois anos. Observou-se que nesse período as queixas de alterações vocais acentuaram-se, assim como as queixas relacionadas com a deglutição e respiração (falta de ar ou dificuldades para respirar), dificuldades para dormir e cansaço. Percebeu-se ainda, que as dificuldades para dormir, eram devido ao desconforto físico e respiratório, que estava relacionado ao volume do bócio, expressos por sensação de sufoco ou tipo corda apertando o pescoço, o que interferia na qualidade e duração do sono.

As dificuldades com a deglutição foram expressas, na maior parte, por ocorrências de engasgos e/ou afogamentos, seguidas de dificuldades com alimentos de consistência seca. Como cuidados, a maioria relatava comer devagar, ingerir líquidos junto para auxiliar a descida do alimento. Alguns relataram evitar frequentar restaurantes pelo medo da possibilidade de engasgos.

Também Pacheco *et al.* (2009), relatam que os sintomas mais frequentes relacionados às doenças nodulares da tireoide, com características benignas ou malignas, foram massa palpável na região anterior do pescoço e disfagia para sólidos. Segundo Schindler *et al.* (2003), o processo de deglutição refere-se à propulsão de alimentos líquidos ou sólidos desde a boca até o estômago, e qualquer distúrbio que impede ou dificulta esse processo é definido por disfagia. Entre as principais causas, são citadas as síndromes neurológicas central e periféricas, seguidas de pós-traumáticas, e de causa iatrogênica, relacionadas a cirurgias de cabeça e pescoço. Senise *et al.* (2009), analisando 40 pacientes submetidos à cirurgia de tireoide no período pré-operatório e pós-operatório, relataram que (47,5%) dos pacientes no período pré-operatório referiram sintomas de alterações de deglutição. As principais queixas foram engasgos, incômodo para engolir e alimento parado na garganta. No pré-operatório, foram observadas alterações na elevação da laringe em 35% dos casos, o que foi justificado tanto pelo tamanho do nódulo, que foi acima de 3 cm em 80% dos casos, quanto pela queixa de incômodo ao deglutir, que pode ter interferido no movimento laríngeo como mecanismo compensatório na tentativa de reduzir o desconforto.

No presente estudo, verificou-se que a patologia da tireoide afetava a qualidade de vida dos pacientes,

limitando seu trabalho e afazeres do dia a dia, levando a alterações emocionais expressas por nervosismo, ansiedade, além das limitações na alimentação, comunicação e na capacidade respiratória. O fator estético foi citado em menor frequência, porém, segundo relatos, com impacto relevante na vida pessoal e social. Aspectos como “vergonha do pescoço”, “de conversar em ambientes públicos” ou mesmo evitar frequentá-los por “não se sentirem à vontade” ou por observarem que a condição física decorrente do aumento de volume no pescoço “chamava a atenção de outros”, foram os mais citados.

Os dados sobre a origem do encaminhamento ao serviço especializado e tempo de espera para o atendimento no tratamento da patologia demonstraram que a maior parte foi realizada pelas Unidades de Saúde, e as esperas maiores para o tratamento da patologia foram: na internação para realização da cirurgia, na consulta especializada e nos exames especializados de maior complexidade. Com relação às consultas especializadas, constatou-se que as esperas acima de 6 meses, na sua maioria, estiveram relacionadas a pacientes da Região Metropolitana de Curitiba e de outros municípios do Estado do Paraná (Tabela 4).

Verificou-se ainda que a maioria dos pacientes não relatou espera para ser atendido na Unidade de Saúde, e no Serviço Especializado houve espera inferior a 30

dias para realização dos exames de rotina como RX, eletrocardiograma e exames laboratoriais. Por outro lado, os pacientes que necessitaram de exames de maior complexidade, como tomografia de tórax, ecografia, biópsia e exames cardiológicos, esperaram entre 2 e 6 meses, sendo que 1 referiu espera acima de um ano.

Quanto ao tempo de espera para internação e realização da cirurgia, constatou-se que, dos grupos que tiveram menor tempo de espera (até 6 meses), a maioria estava relacionada com suspeita de neoplasia e de câncer de tireoide confirmado.

Sarmiento & Kos (2005) definem fila de espera para cirurgia como uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo tratamento ou serviço médico cuja demanda é maior que a oferta. Representa o período entre a indicação da cirurgia e a sua realização. Esta realidade se faz presente em muitos hospitais gerais do país, com diferenças regionais quanto aos procedimentos e ao tamanho da fila. Segundo esses autores, entende-se por prioridade no atendimento cirúrgico a própria ordem em que esses pacientes serão atendidos. Contudo, pacientes com casos mais graves devem ser operados antes daqueles com casos menos graves, independentemente do tempo de acompanhamento no serviço.

Verificou-se que o tempo de espera para internação e realização de cirurgia foi o mais preocupante. Esse

resultado é atribuído em parte à alta demanda e baixa produtividade em cirurgias de tireoide do Serviço em estudo. Os dados apresentados indicam que os pacientes têm acesso aos serviços de saúde, o que não significa que suas necessidades de saúde tenham sido atendidas e resolvidas. Tal situação gera gastos sem eficiência para os serviços de saúde, uma vez que toda uma investigação foi feita, exames foram realizados, submeteram-se à avaliação anestésica, os quais acabam se perdendo dado ao tempo de espera na fila, o que resulta em um atendimento sem resultados de saúde. Para os pacientes, todo esse processo gera alto grau de insatisfação, desgaste físico e emocional, descrédito para com o serviço.

No estudo de Carvalho & Gianini (2008) cujo objetivo foi verificar se existem disparidades no tempo de espera para cirurgias eletivas em um hospital público e em outro privado, identificou-se que os pacientes do hospital público, quando comparados aos pacientes do hospital privado, apresentam maior tempo de espera para realizar determinadas cirurgias eletivas e que o tempo de espera foi maior para as categorias de menor escolaridade, de menor renda, procedência de outros municípios.

O acesso aos serviços de saúde tem sido discutido por muitos autores na literatura atual, sob diferentes enfoques. Segundo Batista et al. (2009), no Sistema

Único de Saúde ocorreram grandes avanços. Contudo, permanece o grande desafio para o Estado de garantir a democracia, e estabelecer o papel mediador de interesses e demandas, estabelecendo prioridades e atuando de forma equilibrada, a fim de alcançar o bem estar coletivo e não apenas o de grupos de interesses específicos. Jesus & Assis (2010) acrescentam que no âmbito do SUS se percebe um volume importante de tentativas em viabilizar o acesso aos serviços de saúde através de diversas políticas, a exemplo da estratégia do Programa Saúde da Família, porém, para esses autores, o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada. A relação de oferta e demanda pode ser entendida como a capacidade em oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma determinada população, tendo o SUS, por desafio, garantir acesso com disponibilidade de serviços e recursos.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2004), o debate sobre os modelos de gestão e de atenção, formação dos profissionais de saúde e as formas com que o controle social vem sendo praticado, é necessário e urgente. Necessário para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida.

## Conclusões

Caracterizar o perfil dos pacientes com patologias da tireoide é essencial para a melhoria da assistência, planejamento e gerenciamento dos serviços voltados a essa população que necessita de um tratamento oportuno e resolutivo.

Os pacientes atendidos no serviço de referência do SUS para tratamento das patologias da tireoide eram socialmente vulneráveis. O principal diagnóstico identificado foi o bócio multinodular atóxico, seguido de lesão folicular e bócio mergulhante, e a principal neoplasia confirmada, o carcinoma papilar. O maior tempo de espera para o tratamento da patologia foi para a internação e realização da cirurgia, seguido de consulta especializada. Os pacientes que tiveram maior acesso à cirurgia foram os casos relacionados à suspeita de neoplasia e de câncer de tireoide. A qualidade de vida dos pacientes foi prejudicada pelo agravamento dos sintomas da patologia e devido aos distúrbios da deglutição e voz apresentados pela maioria dos pacientes com patologias da tireoide e demora para o acesso à internação e realização da cirurgia de tireoide.

O serviço em estudo necessita ampliar o acesso à cirurgia de tireoide e adequar as ações de assistência e educação em saúde, as quais devem ser trabalhadas junto à equipe multidisciplinar e gestores locais.

## Referências

- ACCETTA, P.; ACCETTA, I.; ACCETTA, A. C.; ARAUJO, M. S. de; ACCETTA, R; CAMPOS, K. C. *Tireoidectomia total nas doenças benignas da tireoide*. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 223-226, jul./ago, 2011.
- BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. *Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.14, v.3, p. 829-39, maio/junho, 2009.
- BERTELLI, A. A.; TINCANI, S.; MAEKAWA, M. M.; MASSAROLO, L. C. B.; MENEZES, M. B.; GONÇALVES, A. J. *Tireoidectomia no idoso: 15 anos de experiência*. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 37, n. 3, p.137-141, jul./ago./set., 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza Sus. *Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS, 2004*. Acesso em 02.04.12 [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)
- \_\_\_\_\_. Estimativa 2012/Incidência de Câncer no Brasil. Acesso em 16.02.12 <<http://www.inca.gov.br/estimativa2012>>
- CARVALHO, T.C.; GIANINI, R.J. *Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba*. São Paulo, v.11, n.3. p.473-83, set, 2008.
- COELI, C.M.; BRITO, A.S.; BARBOSA, F.S.; RIBEIRO, M.G.; SIERO, A.P.A.V.; M.; VAISMAN. *A incidência e mortalidade por câncer de tireoide no Brasil*. Arq Bras Endocrinol Metabol. São Paulo, n. 49, p.503-509, agosto, 2005.
- CORDIOLI, M. I. C. V; CANALI, M. H. B. S; CORAL, M. H. C. *Increase incidence of thyroid cancer in Florianópolis, Brasil: comparative study of diagnosed cases in 2000 and 2005*. Arq. Bras Endocrinologia Metabol, São Paulo, v. 53, n. 4, p.453-60, jun. 2009.
- GOLBERT, L.; WAJNER, S.M.; ROCHA, A.P; MAIA, A.B, GROSS, J.L. *Carcinoma diferenciado de tireoide: avaliação inicial e acompanhamento*. Arquivos Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia. São Paulo, v.49, n.5, p. 701-10, Out, 2005.
- GRAF, Hans. *Doença Nodular de Tireoide*. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metab, v. 48, n. 1, p. 93-104, fev. 2004.
- JESUS, W. L. A. de; ASSIS, M. M. A. *Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 161-170, jan. 2010.
- KNOBEL, M.; NETO, G. M. *Relevance of iodine intake as a reputed predisposing factor for thyroid cancer*. Arq. Bras. Endocrinol Metab., São Paulo, v. 51, n. 5, p.701-12, jul. 2007.

- KOLAWOLE, I. K.; OLORUDE, Y. A. Complications and indications for intensive care unit admission after thyroidectomy in a University Teaching Hospital. *Niger Postgrad Med J*, Nigéria, v. 16, n. 2, p.149-53, jun. 2009.
- ORÉ, J; SAAVEDRA, J. *Patología quirúrgica de La glándula tiroídes. Anales de La Facultad de Medicina*. Lima, v. 69, n.3, p.182-187, set. 2008.
- PACHECO, C. A.; AYALA,N.O.DE.; LINARES,Y.; SANABRIA,E.; CANOZOL. *La punción con aguja fina método de estudio diagnóstico em nódulos de la glándula tiroídes. Revista Venezolana oncología*. Caracas, v. 21, n. 2, p.77-84, jun. 2009.
- SARMENTO, K. M. A. S.; AVILA KOS, O. *O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Rev. Brasileira de Otorrinolaringol.*,São Paulo, v. 71, n. 3, p.256-62, maio/Jun, 2005.
- SCHINDLER, A.; GROSS, E. TIDDIA, C.; CAVALOT, A.L.; RICCA, OTTAVIANI, F.; SCHINDLER,O. Swallowing disorders: management data. *Acta Otorhinolaryngologia*, Italia, v.23, p.180-4, 2003
- SENISE, Angela Teixeira *et al. Sintomas e sinais de alterações da deglutição após tireoidectomia. Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, São Paulo, v.38, n. 2, p. 67-71, abr./maio/jun. 2009.
- SOUZA, L. S., CRESPO, A. N., MEDEIROS, J. L. A. *Laringeal vocal and endoscopic alterations after thyroidectomy under local anesthesia and hypnosédation. Brazillian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 75, n. 4, p.511-16, july./aug. 2009. Disponível em<<http://www.bjorl.org.br>>. Acesso em: 18/09/2010.
- WARD, L. S; GRAF H. *Câncer da tireoide: aumento na ocorrência da doença ou simplesmente na sua detecção?* Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 52, n. 9,p.1515-16, dez, 2008.
- YANGALI, Ruben; MORENO, Kattia. *Paralísis vocal permanente: corrección quirúrgica com tiroplastia tipo I. An Fac méd.*, v. 69, n. 1, p. 52, março, 2008.
- ZHU, Cairong *et al. A birth cohort analysis of the incidence of papillary thyroid cancer in the United States, 1973-2004. Journal List*, v. 19, n. 10, p. 1061-66, Oct. 2009.