

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
Marilu Rita Villa Koga

**CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO PÚBLICO NO SUL DO
BRASIL REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS
DA TIROIDE**

CURITIBA
2012

**CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO PÚBLICO NO SUL DO BRASIL
REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DAS PATOLOGIAS DA
TIREOIDE**

Curitiba

2012

Marilu Rita Villa Koga

**CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO PÚBLICO NO SUL DO
BRASIL REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DE PATOLOGIAS
DA TIREOIDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a Dra Vânia Muniz Néquer Soares.

CURITIBA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte
Biblioteca “Sydney Antonio Rangel Santos”
Universidade Tuiuti do Paraná

K78 Koga, Marilu Rita Villa

Caracterização de um serviço público no Sul do Brasil referência para
tratamento de patologias da tireóide / Marilu Rita Villa Koga; orientadora
Prof^a. Dr^a. Vânia Muniz Néquer Soares.

97 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2012.

.
1. Cirurgia de tireóide. 2. Perfil epidemiológico. 3. Serviço público. 4.
Assistência de enfermagem. I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-
Graduação, em Distúrbios da Comunicação / Mestrado em Distúrbios da
Comunicação. II. Título.

CDD – 617.593

TERMO DE APROVAÇÃO

Marilu Rita Villa Koga

CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO PÚBLICO NO SUL DO BRASIL REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DE PATOLOGIAS DA TIREOIDE.

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios de Comunicação no Curso de Mestrado da Universidade Tuiuti do Paraná

Curitiba, de de 2012.

Profa. Dra. Bianca Simone Zeigelboim
Coordenadora do mestrado em Distúrbio da Comunicação
Universidade Tuiuti do Paraná

Orientadora: Profa.Dra. Vania Muniz Néquer Soares
Universidade Tuiuti do Paraná.

Profa. Dra. Adriana Bender Moreira Lacerda
Universidade Tuiuti do Paraná

Profa. Dra. Kelly Cristina Alves Silvério
Universidade de São Paulo

Dedico essa pesquisa a todos os pacientes que fizeram parte deste estudo, e aos demais que estão na fila de espera para seu tratamento. A todos, meu enorme carinho.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, **Profª Drª Vânia Muniz Néquer Soares**, agradeço pelo empenho, dedicação e atenção dispensada na construção e realização desse estudo, e por toda paciência, apoio e incentivo, meu eterno reconhecimento.

À Profª Drª Kelly Cristina Alves Silvério, a quem tanto admiro, grande parceira e motivadora de pesquisa, agradeço a participação na banca, e pelas valiosas contribuições teóricas-metodológicas, palavras de incentivo e pelo carinho.

À Profª Drª Adriana Bender Moreira Lacerda, agradeço pelo interesse nesse projeto, participação da banca e valiosas contribuições teóricas-metodológicas, e pelo carinho.

À Profª Drª Claudia Giglio de Oliveira Gonçalves, grande parceira, obrigada pelo respeito, incentivo, amizade e apoio nesse estudo.

Ao Prof Dr Jair Marques Mendes, pelo apoio, carinho e contribuição.

Ao meu esposo Carlos e meus filhos, Eduardo e Leonardo, pela compreensão nos momentos de ausência, carinho e apoio, pessoas essenciais na minha vida.

A todos os meus amigos e colegas, pela oportunidade em compartilhar, trocas, conhecimentos, e momentos alegres, em especial Francisca, Walderes, Liane, Débora, Evelyn, Denise, Diolen, Luciane, e demais membros do grupo.

A minha querida amiga e Prof^a Jussara, obrigada pelo apoio, incentivo, valiosas contribuições e compreensão nas ausências de suas aulas.

Aos colegas de trabalho, pelo apoio e compreensão nas ausências, em especial à Talita que não mediu esforços para colaborar e ajudar no que fosse necessário, e a minha chefe Regina, pelo apoio e incentivo.

Enfim a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1 EPIDEMIOLOGIA DAS PATOLOGIAS DA GLÂNDULA TIREOIDE	22
3.2 A CIRURGIA DA TIREOIDE E SUAS COMPLICAÇÕES.....	27
3.3 QUALIDADE DE VIDA EM VOZ E OS DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO	32
3.4 A CONSULTA DA ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO - ESPAÇO PARA GARANTIA DO DIREITO À INFORMAÇÃO E À EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	34
4 METODOLOGIA	38
4.1 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	39
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5 RESULTADOS.....	44
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA TIREOIDE.....	44
5.2 PERFIL DE SAÚDE DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA TIREOIDE E QUALIDADE DE VIDA EM VOZ	46
5.4 CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DA CIRURGIA DE TIREOIDE.....	55

5.5 DEMANDAS DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A PATOLOGIA E CIRURGIA DA TIREOIDE	59
6 DISCUSSÃO	64
7 CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICE 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA.....	88
APÊNDICE 2 –TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO	89
APÊNDICE 5 - PROTOCOLO QVV	98

LISTA DE SIGLAS

AP	- Anátomo Patológico
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CX	- Cirurgia
CAD	- Cirurgia do Aparelho Digestivo
DF	- Distrito Federal
EUA	- Estados Unidos da América
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
MS	- Ministério da Saúde
PAAF	- Punção Aspirativa por Agulha Fina
PNS	- Plano Nacional de Saúde
QVV	- Qualidade de Vida em Voz
RCPB	- Registro de Câncer de Base Populacional
SIM	- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSH	- Hormônio Tiroestimulante
T3	- Triiodotironina
T4	- Tiroxina
US	- Ultrassonografia
US	- Unidade de Saúde

LISTA DE QUADRO E TABELAS

QUADRO 1 -	ESCORES PARA INDIVÍDUOS COM VOZES SAUDÁVEIS E DISFÔNICOS CONFORME O PROTOCOLO – QVV.....	42
TABELA 1 -	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE TIREOIDE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA (N=48).....	44
TABELA 2 -	MOTIVOS REFERIDOS PELOS PACIENTES PARA INDICAÇÃO DE CIRURGIA (N=48).....	45
TABELA 3 -	DIGNÓSTICO DAS PATOLOGIAS DA TIREOIDE DE ACORDO COM OS REGISTROS DO PRONTUÁRIO (N=48).....	46
TABELA 4 -	SINAIS E SINTOMAS DA PATOLOGIA REFERIDOS PELOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE TIREOIDECTOMIA (N=48).....	47
TABELA 5 -	TIPOS DE QUEIXAS RELACIONADAS À DEGLUTIÇÃO E ALTERAÇÕES VOCAIS DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DA CIRURGIA DA TIREOIDE COM MENOS DE 60 ANOS (N=32).....	48
TABELA 6 -	AVALIAÇÃO DOS ESCORES DA QUALIDADE DE VIDA EM VOZ PARA O GRUPO DE PACIENTES ABAIXO DE 60 ANOS DE IDADE (N=32)	49
TABELA 7 -	RELAÇÃO ENTRE OS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS E O RESULTADO DO QVV PARA O GRUPO DE PACIENTES COM MENOS DE 60 ANOS (N=32)	50

TABELA 8 -	LIMITAÇÕES PROVOCADAS PELA PATOLOGIA DA TIREOIDE REFERIDAS PELOS PACIENTES (N=48).....	51
TABELA 9 -	CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE SEGUNDO A PRESENÇA DE COMORBIDADES (N=48).....	52
TABELA 10 -	CARACTERIZAÇÃO DO PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE TIREOIDE, SEGUNDO TRATAMENTO ANTERIOR DA PATOLOGIA DA TIREOIDE (N=48)	53
TABELA 11 -	PERFIL DO PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE TIREOIDE, SEGUNDO FATORES DE RISCOS PARA A PATOLOGIA (N=48)	54
TABELA 12 -	ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO PARA TRATAMENTO DA PATOLOGIA DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA TIREOIDE E TEMPO DE ESPERA (N=48).....	55
TABELA 13 -	SITUAÇÕES DE ESPERA PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DA CIRURGIA (N=48)	57
TABELA 14 -	RELAÇÃO ENTRE O DIAGNÓSTICO E A CIRURGIA REALIZADA (N=48)	58
TABELA 15 -	CONHECIMENTO SOBRE A INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE TIREOIDE E SOBRE A PATOLOGIA (N=48).....	60
TABELA 16 -	DEMANDAS DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA TIREOIDE (N= 48).....	62

RESUMO

Introdução: As doenças nodulares da tireoide afetam a população em geral, com incidência e gravidade variável, o que torna relevante o acesso aos serviços de saúde especializados para o diagnóstico diferencial precoce e tratamento qualificado da patologia. **Objetivo:** Caracterizar um serviço público de saúde, referência para tratamento das patologias da tireoide, a partir de dados de pacientes com indicação de tireoidectomia, com vistas ao aperfeiçoamento do atendimento a esses pacientes, e em especial da assistência de enfermagem.

Método: Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 48 pacientes com indicação de cirurgia da tireoide, atendidos em um hospital público de ensino localizado no município de Curitiba-PR. Para coleta de dados, utilizou-se questionário semi-estruturado, com questões sobre perfil sociodemográfico e de saúde dos pacientes, com destaque para os distúrbios da comunicação relacionados a voz, questões sobre o conhecimento e informações recebidas sobre a patologia e cirurgia e as condições de acesso ao tratamento. Para a mensuração dos problemas relacionados à voz utilizou-se o instrumento Qualidade de Vida em Voz. Os dados foram armazenados e processados pelo programa SPHINX, e as tabelas foram elaboradas com frequências, percentuais, médias e desvio padrão.

Resultados: Identificou-se que o serviço em estudo atende pacientes com uma média de idade de 51 anos, com predominância do sexo feminino (95,83%), raça branca (66,67%), com baixa escolaridade e renda familiar, tendo como principal diagnóstico o bócio multinodular atóxico (35,42%), seguido de lesões foliculares (16,67%) e de bócio mergulhante (14,58%). A neoplasia mais frequente foi o carcinoma papilar (8,33%). Os sinais e sintomas apresentados foram: nódulo ou caroço no pescoço (78,13%), dificuldades com a deglutição (56,25%), alterações vocais (40,63%) e falta de ar (34,38%). A análise da qualidade de vida em voz demonstrou que as alterações da voz estão presentes na fase pré-cirúrgica e que o domínio do funcionamento físico teve maior impacto na qualidade de vida. A patologia determina limitações no trabalho e nos afazeres dos pacientes. A maioria (64,58%) dos entrevistados considerou insuficientes as informações recebidas sobre a patologia e a cirurgia. A maior parte dos pacientes (66,67%) é encaminhada pelas unidades básicas de saúde por meio da central de consultas do município. Demonstrou-se que os pacientes são submetidos a longa espera para o acesso à cirurgia. **Conclusão:** O estudo apontou que é necessária uma readequação do serviço em estudo para a ampliação do acesso dos pacientes à cirurgia de tireoide, bem como da qualificação das ações de assistência e educação em saúde. A qualidade de vida em voz é afetada pelas patologias nodulares da tireoide, sendo importante uma atenção multidisciplinar. A consulta de enfermagem pré-cirúrgica poderá minimizar algumas das dificuldades apontadas a partir deste diagnóstico.

Palavras-chave: Cirurgia de tireoide; perfil epidemiológico; serviço público; assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Nodular thyroid illnesses affect population as a whole, with variable incidence and severity, which makes relevant their access to specialized health services for early differential diagnosis and qualified treatment for the pathology. **Objective:** to feature a reference public health service for the treatment of thyroid pathologies through patients' data referred to thyroidectomy, aiming to improve patients' care delivery, specially nursing care. **Method:** It is a crosscutting descriptive quantitative study. Forty-eight (48) patients referred to thyroid surgery, participated in the study, treated at a public teaching hospital in the municipality of Curitiba, Parana State/Brazil. For data collection, a semi-structured questionnaire was used, taking up questions on patients' sociodemographic and health profile, pointing out voice-related communicative disorders, questions on knowledge and received information about their pathology and surgery, and access conditions to treatment. The Voice-Related Quality of Life instrument was used in order to measure voice-related problems. Data were stored and processed at SPHINX program, and tables were elaborated with frequencies, percentiles, averages and standard bias. **Results:** It was evidenced that the studied service delivers care to patients with an average age of 51 years, predominantly female sex (95.83%), white (66.67%), low educational level and family income, having nontoxic multinodular goiter (35.42%) as main diagnosis, followed by follicular injuries (16.67%) and substernal goiter (14.58%). The most frequent neoplasia was papillary carcinoma (8.33%). Signs and symptoms presented were: neck nodule or lump (78.13%), swallowing problems (56.25%), voice changes (40.63%), and shortness of breath (34.38%). Analysis of voice-related quality of life showed that voice changes are present in the pre-surgical phase, and control over physical functioning had the greatest impact on quality of life. The pathology entails limitations in patients' work and activities. Most of the interviewed (64.58%) considered scarce the received information on pathology and surgery. Most patients (66.67%) are forwarded by primary health care units by means of the centralized municipality consultation service. It was evidenced that patients undergo a long wait to have access to surgery. **Conclusion:** The study pointed out that a service redesign is deemed necessary in order to broaden patient access to thyroid surgery as well as the qualification of health care actions and education. Voice-related quality of life is affected by nodular thyroid pathologies, being important a multidisciplinary attention. Pre-surgical nursing consultation may minimize some difficulties pointed in this diagnosis.

Key words: thyroid surgery; epidemiological profile; public service; nursing care.

APRESENTAÇÃO

O serviço em estudo é uma instituição pública de saúde, que é referência para o Estado do Paraná nas mais diversas especialidades da área de saúde. O mesmo é também um hospital de ensino, com cerca de 50 anos, sendo um dos maiores prestadores de serviços do SUS no Estado. Nesta instituição a demanda de cirurgia de tireoide, é atendida nos setores de Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Geral, e não no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Como enfermeira, atuando desde 2009 junto às especialidades cirúrgicas do Aparelho Digestivo e Cirurgia Geral, venho realizando, dentre outras atividades, a consulta de enfermagem pré-cirúrgica, com vistas ao planejamento e agendamento das cirurgias eletivas, incluindo o levantamento das demandas e necessidades de exames e esclarecimentos dos pacientes, promovendo um acolhimento dos mesmos. Durante a consulta de enfermagem, observamos, dentre outros problemas, a expectativa e angústia dos pacientes pelo aguardo da cirurgia, o que motivou o interesse em conhecer melhor a situação de saúde e as necessidades desta população, assim como identificar o grau de gravidade da patologia desses pacientes.

A importância deste serviço é inquestionável. Entretanto, evidencia-se que são necessárias adequações, uma vez que nos últimos anos a demanda crescente dos pacientes tem determinado um aumento da fila de espera para a realização do tratamento cirúrgico da tireoide, fato este que certamente compromete a qualidade de vida dessa clientela, e que tem sido motivo de constante preocupação dos profissionais que atuam diretamente com estes pacientes.

Paralelamente eu vinha desenvolvendo a partir de 2010, trabalho integrado com os profissionais de serviço de Endoscopia Per Oral e Setor da Voz, na avaliação, e viabilização de exames complementares e necessários para realização da tireoidectomia, tais como a laringoscopia, cuja parceria se estabeleceu ainda para o segmento de pacientes com alterações vocais e de deglutição, no período pré e pós operatório, o que motivou o interesse em realizar Mestrado na Área de Distúrbios da Comunicação, e pesquisar temas que tivessem interface com a área de enfermagem.

Considerando ainda como essencial a realização de avaliações e diagnósticos sistemáticos dos serviços de saúde para o aprimoramento do atendimento à população, propusemos um estudo que visou realizar uma caracterização do referido serviço, com vistas ao aperfeiçoamento do mesmo e em especial assistência da enfermagem da qual sou responsável, e ao mesmo tempo contribuir para ampliação do conhecimento científico sobre o tema em estudo.

1 INTRODUÇÃO

Os nódulos da tireoide afetam a população em geral, e são causa de uma série de doenças tireoidianas com diferentes graus de gravidade. Nela estão incluídos os nódulos únicos ou múltiplos da tireoide de caráter benigno ou maligno. Entre as principais causas associadas a essas ocorrências, são citados mecanismos autoimunes, fatores genéticos e ambientais (PONTES *et al.*, 2002; YAMAZAKI *et al.*, 2004; GRAF, 2004; MAIA *et al.*, 2007).

O principal fator ambiental na determinação de grande parte das patologias da tireoide é a deficiência de iodo na alimentação, sendo esse micronutriente essencial para o funcionamento e produção dos hormônios da glândula tireoide. Estimativas apontam que 1/3 da população mundial vive em áreas deficientes de iodo (África, Ásia e América Latina) e entre 4 a 5% desta população apresenta problemas associados com esta deficiência, como origem de tumores da tireoide e de bóciós. A história natural do bócio é de um aumento progressivo da glândula, com desenvolvimento de múltiplos nódulos, presença ou não de sintomas compressivos locais e/ou de queixas cosméticas (ROBERTI *et al.*, 2010; GRAF, 2004; PONTES, 2002).

Estudos mais recentes têm revelado um aumento da incidência das neoplasias da tireoide nas últimas décadas, situação que tem preocupado os profissionais da área. Apesar da alta incidência de câncer de tireoide, autores têm apontado para a 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, CANALI; CORAL, 2009).

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.

A tireoidectomia total ou subtotal é fortemente indicada nos casos de nódulos suspeitos de neoplasias malignas, bócios de grande volume com sintomas compressivos, adenoma tóxico, tireoidites e recidivas da doença. Apresenta importante benefício na elucidação diagnóstica final, mediante estudo histológico do exame anatomopatológico, o que irá permitir o adequado tratamento e seguimento do paciente, principalmente para os casos de neoplasia confirmados (GRAF, 2004; ACETA *et al.*, 2011).

Nesta intervenção cirúrgica, podem ocorrer complicações que determinam distúrbios da comunicação e da deglutição. Rosato *et al.* (2005), acrescentam que alterações vocais após tireoidectomia geralmente são atribuídas à cirurgia mal praticada. Contudo, outras causas de deficiência da voz, até mesmo em sujeitos não operados, deveriam ser levadas em conta. Para Souza *et al.* (2005), mediante a perda ou disfunção de um órgão, determinadas limitações podem ser impostas de forma abrupta ao paciente, após uma intervenção, sem que ele tenha sido preparado para enfrentar as novas dificuldades.

Segundo Souza, Crespo e Medeiros (2009), a alteração vocal provocada por lesão dos nervos laríngeos, durante a tireoidectomia, pode exercer grande impacto na qualidade de vida dos pacientes pela perda ou deficiência da comunicação oral, caracterizada por afonia, disfagia e risco aumentado da aspiração.

Dessa forma, cumpre ao profissional enfermeiro conhecer os aspectos que envolvem o paciente cirúrgico, incluindo a patologia, epidemiologia, as principais complicações associadas com a intervenção cirúrgica, os cuidados e as ações educativas que contemplem as necessidades integrais dos pacientes.

O conhecimento e o estudo das doenças permitem identificar sua ocorrência e relevância para a saúde da população, os principais fatores de risco associados, bem como nortear ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças.

Para Gomes (2009) a investigação é essencial à ciência de enfermagem assim como em todas as áreas profissionais, para o desenvolvimento de um saber científico que sirva de orientação para a realização da prática.

Nesse contexto, a enfermagem pode incorporar a prática de avaliação do serviço no seu cotidiano, e do atendimento ao paciente, identificando suas necessidades e buscando mudanças que visem, promover uma assistência integralizada e humanizada, tendo em vista melhor qualidade do serviço e da assistência prestada a estes pacientes.

Com base nessas considerações, o presente estudo teve como objetivo caracterizar e avaliar um serviço público de saúde, que é referência para tratamento de patologias da tireoide, a partir de dados relatados pelos pacientes com indicação de tireoidectomia, com vistas ao aperfeiçoamento do atendimento a esses pacientes, incluindo a qualificação da consulta de enfermagem pré-cirúrgica e respondendo as seguintes questões de pesquisa: Como se caracteriza um serviço público de saúde, referência para tratamento da tireoide? Como está o acesso e qual o perfil dos pacientes que chegam a este serviço, incluindo a presença de transtornos da voz previamente à cirurgia? Como aperfeiçoar a atenção de enfermagem no período pré-operatório de pacientes com doenças tireoidianas?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar e avaliar um serviço público de saúde, referência para tratamento de patologias da tireoide, a partir de dados relatados pelos pacientes com indicação de tireoidectomia, com vistas ao aperfeiçoamento do atendimento a esses pacientes, bem como da consulta de enfermagem pré-cirúrgica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico e de saúde de pacientes com indicação de cirurgia de tireoide em um serviço de referência, com destaque para a qualidade de vida em voz.
- Descrever as condições de acesso dos pacientes com doenças tireoidianas e com indicação cirúrgica a um serviço de referência.
- Identificar as principais demandas de educação em saúde de pacientes com indicação de cirurgia de tireoide para o aperfeiçoamento da consulta de enfermagem no pré- operatório;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 EPIDEMIOLOGIA DAS PATOLOGIAS DA GLÂNDULA TIREOIDE

O câncer da tireoide segundo o Instituto Nacional de Câncer –INCA (2012) é considerado raro na maioria das populações mundiais, representando entre 2% e 5% do total de câncer em mulheres e menos de 2% em homens. São consideradas áreas de alto risco para o desenvolvimento do câncer da tireoide em mulheres, a América Central, Japão e Ilhas do Pacífico, com uma incidência superior a 5 casos novos a cada 100 mil mulheres. Na maioria dos países, as taxas de incidência vêm mostrando um padrão de crescimento lento, porém contínuo (cerca de 1% ao ano) durante as últimas décadas. As taxas de mortalidade apresentam queda continuada na maioria das populações, provavelmente em virtude da melhoria do tratamento.

Estudos de GRAFF (2004) e BERTELLI (2009) referem que a incorporação da ultrassonografia de tireoide, a partir da década de 80, permitiu a detecção precoce de nódulos, observando-se um aumento na prevalência dos nódulos da tireoide, que ocorre entre 17 e 67% da população. Contudo, somente entre 5 a 10% são malignos. A população feminina é mais afetada, na proporção de 3 a 5 vezes mais do que para o gênero masculino, sendo os casos de bócio os mais frequentes.

Os bócios são definidos como: difusos, nodulares, podendo ser uninodulares ou multinodulares, tóxicos (hiperfuncionantes), atóxicos e mergulhantes (quando o aumento e volume da glândula tireoide invade a cavidade torácica total ou parcialmente). Podem ainda ser classificados em endêmicos e esporádicos. (GUYTON; HALL, 2011; GRAFF, 2004; BERTELLI *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2010).

Para Meyer e Maia (2009), o bócio multinodular (BMN) é uma patologia comum, clinicamente detectado em 2 a 6% dos indivíduos em regiões com dieta suficiente de iodo, o que sugere uma base molecular e/ou genética para a doença. Para as áreas endêmicas, a prevalência é maior. É uma doença de longa duração que pode permanecer estável ou crescer lentamente por muitos anos. Entretanto, o crescimento rápido de um ou mais nódulos também é descrito, e a avaliação de pacientes com BMN deve ser direcionada à exclusão de malignidade, através da realização da punção aspirativa dos nódulos maiores do que 1 cm e/ou com características ultrassonográficas sugestivas de malignidade. Além da ingestão de iodo, outros fatores ambientais como fumo, exposição à radiação e ingestão de certas substâncias bociogênicas e drogas, como o carbonato de lítio, têm sido propostos como fatores de risco para o desenvolvimento de bócio difuso e bócio multinodular.

Segundo os autores supracitados, a **patogênese desta disfunção tireoidiana ainda não está inteiramente elucidada**. O conceito atual é que a maioria dos componentes do BMN é de tecidos neoplásicos, e não puramente hiperplásicos secundários à deficiência de iodo.

Com relação às neoplasias no Brasil, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os Registros de Câncer da Base Populacional (RCBP) são considerados fontes de grande importância para definição do perfil epidemiológico dessas patologias no país. Ambos são gerenciados pelo departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que atua em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Há 22 RCBP implantados em vinte capitais, Distrito Federal e Campinas, sendo de

responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS) a viabilização, padronização e continuidade dos RPCB no país (COELI *et al.*, 2005).

Coeli *et al.*(2005), em estudo exploratório, cujo objetivo foi investigar as taxas de incidência e de mortalidade por câncer de tireoide na população brasileira, entre 1980 e 2001, nas cidades que contam com os RCBP, revelam que os resultados apontaram para um padrão constante em todo o período analisado, com crescimento das taxas a partir da faixa etária de 30 a 39 anos, valores mais elevados para o sexo feminino, e para uma queda de mortalidade por câncer de tireoide, nos últimos 20 anos, em ambos os sexos. As autoras relatam grande variação das taxas de incidência entre os locais estudados, especialmente para o sexo feminino. Atribuem as variações observadas, à qualidade dos dados dos RCBP.

Ward (2005) comenta que apesar das limitações do estudo supra citado, o trabalho insere os dados brasileiros de incidência e de mortalidade na epidemiologia mundial do câncer de tireoide, permitindo comparações com outras nações e sugerindo ações estratégicas para o nosso país como uma melhor distribuição dos recursos diagnósticos e terapêuticos entre as diversas regiões do Brasil.

Mais recentemente, com base nestes registros, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) realizou estimativas que apontam que no Brasil ocorrerão 10.590 novos casos de câncer de tireoide em mulheres em 2012, determinando uma taxa de 11/100 mil mulheres. A magnitude em homens é muito pequena, não sendo recomendado o cálculo da estimativa, segundo o INCA (2012).

Excluído os tumores da pele não melanoma, o câncer da tireoide em mulheres é o terceiro mais incidente na região Norte (7/100 mil); o quarto nas regiões Sudeste (15/100 mil) e Nordeste (6/100 mil), e, nas regiões Sul (10/100 mil)

e Centro-Oeste (6/100 mil), ocupa a quinta e sexta posições, respectivamente. (INCA,2012).

Para o Estado do Paraná, são estimados, no mesmo ano, 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 (INCA, 2012).

Os tumores malignos da tireoide são classificados em diferenciados e indiferenciados. Para os carcinomas diferenciados, o do tipo papilar representa a forma mais comum de câncer de tireoide, seguido do tipo folicular, ambos com melhor prognóstico quando detectados precocemente e tratados adequadamente. O carcinoma medular e anaplásico são classificados como indiferenciados, sendo este último o mais agressivo, com elevada taxa de letalidade (MATSUO *et al.*, 2004; COELI *et al.*, 2005).

Segundo Maia *et al.* (2007), os carcinomas diferenciados respondem por 90% dos casos de todas as neoplasias malignas de tireoide e apresentam, geralmente, bom prognóstico quando tratados adequadamente. Porém, alguns indivíduos apresentam doença agressiva, e sua complexidade e manejo desafiam os conhecimentos atuais.

Bertelli *et al.* (2009), ao realizarem um estudo retrospectivo com 69 pacientes, entre 65 e 84 anos, submetidos a qualquer procedimento cirúrgico sobre a glândula tireoide, revelam que 20% das neoplasias eram do tipo carcinoma anaplásico, caracterizado como um dos mais agressivos, comprovando a gravidade do carcinoma de tireoide na população idosa.

Cordioli *et al.* (2009) realizaram estudo sobre a Região Metropolitana de Florianópolis, com a inclusão de pacientes com diagnóstico de câncer de tireoide submetidos a tratamento cirúrgico entre 2000 e 2005, e apontaram para um aumento de 132% no período analisado ou de 26% de aumento por ano. Nesse estudo, a proporção de casos para as mulheres foi de 16 a 36% entre 2000 e 2005 respectivamente (aumento de 119%), enquanto para os homens, foi de 1,22% em 2000 e 5,01% em 2005, representando um aumento de 310%. O carcinoma papilar de tireoide respondeu por 85% dos casos, seguido do carcinoma folicular, com 13,20%. Apesar do aumento dos casos de câncer de tireoide identificados, a taxa de mortalidade diminuiu, ficando entre 0,58% e 0,61% dos casos.

Dentre os fatores de risco de neoplasias de tireoide, são valorizados na literatura, a história familiar de câncer de tireoide, exposição à irradiação na região da cabeça e pescoço, história pessoal de bócio, nódulo palpável com crescimento tumoral rápido, firme e com fixação em estruturas adjacentes, paralisia de cordas vocais e linfadenopatia regional. O tabagismo, o consumo de álcool e o uso de hormônios no sexo feminino têm sido investigados, sendo que alguns estudos encontram algumas correlações, porém com dados pouco consistentes (GRAF, 2004; COELI *et al.*, 2005).

O INCA (2012), com base em estudos científicos, aponta a exposição à radiação ionizante ambiental ou terapêutica como o fator mais fortemente associado ao câncer de tireoide, dentre os já descritos.

Para Pontes *et al.*(2002), o papel do iodo na dieta como fator determinante no câncer de tireoide tem sido controverso. Carcinomas foliculares e anaplásicos têm sido associados com a baixa ingestão de iodo em áreas carentes, enquanto que em áreas com suficiência de iodo incidem mais carcinomas papilíferos.

Nesse aspecto, Knobel e Neto (2007) comentam que tanto a deficiência crônica do iodo quanto o excesso levam à hiperplasia e hipertrofia dos elementos foliculares, por excesso de TSH, o que pode estar associado com o maior risco de câncer de tireoide, especialmente para o gênero feminino.

Além disso, a queda das taxas de mortalidade tem sido atribuída ao maior acesso aos serviços de saúde, à popularização e utilização dos meios de diagnóstico, como a ultrassonografia e a citologia pela Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF). Este método é considerado o mais adequado para a diferenciação do nódulo benigno e maligno, além de simples, de baixo custo, e disponível nos serviços de saúde especializados (COELI *et al.*, 2005; MAIA *et al.*, 2007; WARD; GRAF, 2008).

Após o diagnóstico e a indicação da cirurgia de tireoide, o acesso ao tratamento em serviço especializado deveria ser garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), evitando-se as complicações pelo retardo do tratamento e do próprio procedimento como destacado a seguir.

3.2 A CIRURGIA DA TIREOIDE E SUAS COMPLICAÇÕES

A cirurgia de tireoide foi descrita pela primeira vez, em todas as suas etapas, por Desault, em 1791. Em 1808, foi publicado o primeiro relato de tireoidectomia total por Dupuytren, o que resultou na morte do doente por “choque”. Até 1850, 70 tireoidectomias haviam sido reportadas na literatura mundial, com uma mortalidade operatória de 41% (CERNEA; BRANDÃO, 2008).

Cernea e Brandão (2008), em seu artigo de revisão intitulado “Kocher e a história da tireoidectomia”, descrevem que, anteriores a esse período, algumas

tentativas de remoção de tireoide e de bóciós foram relatadas, quando os pacientes morriam de complicações, como sepse e choque. Esse cenário começou a mudar entre 1887 e 1894, com Billroth, docente de cirurgia da Universidade de Zurique, que demonstrou interesse pelo tratamento cirúrgico de bóciós com grande volume em pacientes com insuficiência respiratória obstrutiva. No período entre 1856 a 1861, foram realizadas vinte tireoidectomias com 40% de mortalidade. Tais resultados o fizeram abandonar por 10 anos a cirurgia de tireoide.

Em 1867, Billroth, então catedrático de cirurgia na Universidade de Viena, realizou com sucesso a primeira laringectomia total por câncer (1873), seguida de outros procedimentos. Com o desenvolvimento de técnicas antissépticas e instrumentos cirúrgicos mais adequados, aventurou-se a operar novamente a glândula tireoide. Entre 1887 e 1894, realizou mais de 48 tireoidectomias, reduzindo a mortalidade operatória para 8,3%. Entre seus inúmeros discípulos, destacam-se Kocher e Johann Von Mickulicz, este último recomendava a tireoidectomia subtotal, com preservação da porção posterior do lobo tireoidiano menos afetado a fim de diminuir a morbidade cirúrgica (CERNEA; BRANDÃO, 2008).

Elmir Theodor Kocher, nascido em 1841, graduado na Universidade de Berna, tornou-se catedrático em cirurgia em 1872, aos 31 anos, cargo esse que ocupou por 45 anos. Deixou grandes contribuições no campo da medicina em diversos procedimentos cirúrgicos. Contudo, as mais significantes relacionaram-se com o entendimento da fisiologia da glândula tireoide, a exemplo do hipotireoidismo, tratamento e cirurgia de tireoide. Em 1883, após realizar 34 tireoidectomias, publicou um trabalho científico intitulado “Über Kropfextirpation und ihre Folgen. Arch. Fur Klinische Chirurgie”, considerado um marco na história da técnica da tireoidectomia. Nele, é descrito com detalhes os princípios técnicos da tireoidectomia total e da

lobectomia tireoidiana, os quais se mantêm quase que inalterados até os dias de hoje (CERNEA; BRANDÃO, 2008; KOOP, 2009).

Koop (2009) relata que Kocher também introduziu a avaliação estatística a fim de analisar as taxas de mortalidade, complicações e resultados. Em 1917, nos seus 76 anos, um pouco antes de sua morte, apresentou, no Congresso Suíço de Cirurgia, sua experiência de 5.000 tireoidectomias, com mortalidade de 0,5% (CERNEA; BRANDÃO, 2008).

Graf (2004), em um estudo de revisão de Doença Nodular de Tireoide, aponta para índices de complicações cirúrgicas em torno de 1,5% na cirurgia de tireoide com complicações definitivas. Atribui o risco de complicações à experiência do cirurgião e extensão da cirurgia, sendo que a paralisia de pregas vocais por lesão do nervo laríngeo recorrente ocorre em 2% dos casos.

A hipocalcemia clínica e laboratorial após cirurgia de tireoide é apontada como a complicação cirúrgica mais comum. Pode ocorrer de forma temporária ou definitiva, com índices que variam de 0,5 a 28% dos casos, com maior frequência para a forma temporária (GRAF, 2004; NETTO *et al.* 2007; DEDIVITIS *et al.*, 2010; LEE *et al.*, 2010).

Complicações respiratórias podem ocorrer em até 30% dos casos em tireoidectomias por bócios de grande volume, que podem se estender à região subesternal (GRAFF, 2004).

Rahman (2009) realizou um estudo prospectivo, observacional, para determinar a incidência de complicações respiratórias pós-tireoidectomia e identificar os possíveis fatores de risco. A população estudada foi de 262 pacientes que tinham realizado tireoidectomia por bócio em um hospital de ensino da universidade de Llorin (Nigéria), no período de janeiro de 1999 a 2003. Nesse estudo, as

complicações respiratórias ocorreram em 20 (7,6%) dos pacientes, destes, 12 (60%) tinham entre quatro a oito possíveis fatores de risco para complicações respiratórias. Entre os fatores de risco associados, foram citados bócio com duração de pelo menos cinco anos, bócio gigante, estreitamento da traqueia e bócio positivo para malignidade. O autor enfatiza que fatores como a duração do bócio e bócio gigante deveriam ser levados em consideração no manejo do pós-operatório e da prevenção de complicações respiratórias, e também ser um alerta para a equipe no manejo destes pacientes.

A paralisia de prega vocal é definida como a falta de mobilidade de uma das pregas vocais, como consequência de algum tipo de lesão do nervo laríngeo. A falta de mobilidade da prega vocal impossibilita a aproximação competente de ambas as pregas vocais, determinando quadro clínico de disфонia podendo ser acompanhado de episódios de aspirações. A literatura atual aponta para índices de complicações relacionados à alteração de mobilidade de prega vocal e de disfonias pós-tireoidectomia, de 0 a 12,4% (NETTO *et al.* 2007; VOLPI *ET AL.*, 2007; BERTELLI, 2008; ORÉ; SAAVEDRA, 2008; YANGALI; MORENO, 2008; KOLAWOLE; OLURODE, 2009).

No estudo de Rosato *et. Al* (2005) foram analisados 228 pacientes que foram submetidos a tireoidectomia total. Todos os pacientes realizaram, no período pré e pós-operatório, avaliação clínica e instrumental do nariz e laringe. No período pré-operatório, 86 (41%) dos pacientes mostraram rouquidão e disfagia, 12 (6%) hipomobilidade da prega vocal devido à função deficiente do nervo laríngeo recorrente, 6 (3%) hipotonia da prega vocal devido à deficiência do nervo laríngeo superior, 34 (16%) tinham disfagia, e 30 (14%) apresentavam rouquidão devido a outras causas. Neste estudo, no seguimento do pós-operatório do primeiro mês,

71(34%) tinham ausência dos sintomas apresentados no período pré-operatório. A paralisia de corda vocal unilateral ocorreu em 8 (4%), e a forma permanente ocorreu em 4 pacientes (2%). Com base nos resultados, os autores recomendam a avaliação clínica e instrumental referentes à dinâmica da laringe e dos nervos (ROSATO *et al.* 2005).

Segundo Monteiro *et al.* (2010), se por um lado, o crescente desenvolvimento tecnológico da medicina proporcionou o tratamento de várias doenças, por outro lado, desencadeou um processo de desumanização. Dessa forma, a preocupação com o conceito qualidade de vida vem resgatar aspectos mais amplos que o controle dos sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida.

Partindo desta compreensão, a qualidade de vida (QV) tem sido utilizada como indicador para avaliação da eficácia e do impacto de determinados tratamentos em grupos de portadores de diversas doenças, onde também tem sido muito útil na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (FLECK *et al.*, 1999).

A avaliação da qualidade de vida em voz vem sendo utilizada com certa frequência pelos profissionais da fonoaudiologia e outros, para avaliar as complicações cirúrgicas, o impacto das cirurgias e outros procedimentos na área do pescoço, como as cirurgias da tireoide. Desta forma, buscou-se um aporte teórico sobre esta temática, descrito no capítulo a seguir.

3.3 QUALIDADE DE VIDA EM VOZ E OS DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO

Para Shepherd e Fisher (2004) a qualidade de vida é um conceito que vem sendo definido na tentativa de categorizar aspectos da experiência do ser humano por meio da avaliação de seus domínios individuais. Avalia-se o impacto físico e psicossocial que as doenças, disfunções ou incapacidades podem acarretar para as pessoas acometidas, permitindo assim um melhor conhecimento do paciente e de sua adaptação a estas modificações (MORRIS *et al.*, 1998).

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu qualidade de vida como “ *a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL GROUP, 1994).

Seid e Zanon (2004) referem que estas definições têm influenciado as políticas e práticas de saúde nas últimas décadas, o que pode ser de grande valia na superação de modelos de atendimento voltados para a prática clínica em que são desconsiderados os aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais. As autoras concluem que sua utilização pode contribuir para a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência na perspectiva da saúde como direito à cidadania.

Para Berlim & Fleck (2003), a mensuração de qualidade de vida auxilia o profissional de saúde a priorizar problemas e a comunicar-se melhor com o paciente.

Segundo Mangilli *et al.* (2008), avaliar a qualidade de vida relacionada à voz e deglutição possibilita demonstrar o real impacto das alterações na vida dos indivíduos, além de contribuir com a compreensão de como o paciente lida com tais dificuldades, bem como fornecer informações que poderão ser utilizadas para um

melhor direcionamento do tratamento, com foco nos aspectos considerados relevantes para cada paciente.

Ortega (2007) menciona que as enfermidades da voz impactam cada vez mais a população, pois para toda atividade necessita-se da voz, a qual é uma importante forma de transmitir adequadamente tudo o que se deseja comunicar. Um estudo que avaliou a qualidade de vida de um grupo de indivíduos disfônicos com alterações de prega vocal, todas de causa benigna, concluiu que a disfonia compromete a qualidade de vida, independentemente do uso profissional da voz, e que o seu grau estava relacionado com uma pior qualidade de vida, independentemente da profissão (SPINA *et al.*, 2009).

Mangilli *et al.* (2008), ao investigarem as contribuições da fonoterapia na voz, deglutição e na qualidade de vida de um grupo de pacientes com alteração unilateral de mobilidade de prega vocal, relataram que a maior causa das imobilidades estava relacionada ao tratamento da alteração da tireoide, com prevalência para o sexo feminino, com 76,9% dos sujeitos, e os tipos de tumores mais prevalentes foram os de tireoide, com 69,2%. A melhora na qualidade vocal após fonoterapia foi verificada em (69,2%) dos pacientes, o que auxiliou na melhora do paciente nos aspectos da voz e da deglutição. Acrescentam que o impacto dessas alterações pode variar conforme as características pessoais de cada indivíduo e de suas necessidades de interação social, familiar e profissional.

Nesse contexto, o profissional Enfermeiro, na consulta de enfermagem, pode contribuir na identificação dos diversos distúrbios de comunicação, orientando o paciente sobre a necessidade de um atendimento multiprofissional, dentre outros aspectos.

3.4 A CONSULTA DA ENFERMAGEM NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO - ESPAÇO PARA GARANTIA DO DIREITO À INFORMAÇÃO E À EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Martins (2009) destaca que informações claras trazem benefícios nas fases de prevenção, tratamento e recuperação da doença, além de contribuir com a mudança de comportamento, facilitar a participação nas decisões e na continuidade dos cuidados, o que maximiza os resultados de saúde.

A consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei do exercício profissional n.º 7.498/86, regulamentada em 25 de junho de 1986, conforme o Art. 8.º, que trata das funções privativas do enfermeiro. Em 1993, essa atividade passou a assumir caráter obrigatório em todos os níveis de assistência, conforme a Resolução n.º 159 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Constitui um importante meio de avaliação, diagnóstico e planejamento da assistência. A enfermagem enquanto profissão tem o papel de promover o bem-estar do ser humano, atuar na promoção da saúde, na prevenção de enfermidades, na ocorrência de doenças graves, nas incapacidades e no processo de morrer (BEDIN et al., 2004).

Segundo Chaves *et al.* (2005), na medida que o profissional enfermeiro assume com prioridade seu papel no esclarecimento do paciente em relação ao seu processo de saúde e doença, e sobre os seus direitos enquanto paciente, oferecerá a este, meios de reconhecimento e incentivo ao exercício da cidadania.

Pereira (2003) reforça que as ações de saúde não implicam somente no uso do raciocínio clínico, diagnóstico, na prescrição de cuidados e de avaliação terapêutica instituída ou em processos de intervenção na doença, mas também em

processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação de seu estado de saúde.

Para tanto, Baggio (2006) enfatiza que as orientações prestadas pelo profissional de enfermagem devem ser adequadas às necessidades do cliente, manifestadas ou não, o que exige a capacidade do profissional de percebê-las e identificá-las.

O período pré-operatório se inicia a partir do momento em que a cirurgia passa a ser indicada e termina quando o paciente é encaminhado ao bloco cirúrgico. Essa fase é subdividida em pré-operatório mediato, período que antecede à cirurgia por tempo indeterminado, ou seja, pode corresponder a dias, meses ou anos, e o pré-operatório imediato representa o período de vinte e quatro horas antes da cirurgia (GOMES, 2009).

Assim, nesse período, são muitos os cuidados e procedimentos que envolvem o paciente a exemplo da necessidade de realização de exames, avaliação clínica e anestésica, dentre outros. O planejamento da assistência e os cuidados prestados ao paciente nesse período poderão influenciar de forma positiva ou negativa no seu tratamento e na fase de recuperação. Nesse processo, os aspectos emocionais, psicológicos e sociais merecem destaque na assistência prestada ao paciente.

Christóforo e Carvalho (2009), em estudo que objetivou caracterizar os cuidados de enfermagem prestados a pacientes em período pré-operatório de cirurgia eletiva, mencionam que para a maioria dos pacientes o preparo na fase pré-operatória inicia na ocasião da admissão, ou seja, na véspera da cirurgia ou poucas horas antes da cirurgia. Destacam que é um período curto, uma vez que deve ser planejado de acordo com a individualidade de cada paciente. Observam que os cuidados mais frequentes estão relacionados a rotinas instituídas pela instituição,

como avaliação do jejum, colocação de roupa própria para o centro cirúrgico, verificação de sinais vitais, entre outros. Desses cuidados, 70% foram realizados sem orientação. As autoras atribuem para esse fato, o envolvimento dos profissionais, que na sua rotina, apressados, precisam preparar os pacientes, e o fazem de forma automática, esquecendo da importância atribuída à orientação do cuidado prestado.

Nesta direção, Kruse *et al.* (2009), ao avaliarem a opinião dos pacientes sobre a orientação fornecida pela enfermeira no período pré-operatório com relação ao enfrentamento do período perioperatório, observaram que os pacientes lembravam que tinham sido orientados, porém pouco lembravam do que lhes havia sido dito. As autoras acreditam que isso se deva em parte à ritualização da orientação pré-operatória que tradicionalmente é feita de forma semelhante a todos, ou seja, independentemente do paciente e do procedimento cirúrgico a ser realizado, e o fato de os pacientes serem orientados de forma passiva, sem participação em seu aprendizado. Ressaltam que a linguagem adotada para as orientações fornecidas deve ser simples e objetiva a fim de facilitar a compreensão do paciente.

O direito do paciente à informação está assegurado através de vários instrumentos. Muitos estudiosos têm se dedicado a avaliar as informações dadas aos pacientes, o conhecimento dos profissionais sobre os direitos dos pacientes e a importância atribuída pelos profissionais de saúde sobre essa temática. Os resultados em geral apontam para o desrespeito a esse direito, o não cumprimento, e mesmo quando é reconhecido como importante, nem sempre é praticado pela grande maioria dos profissionais de saúde (MARTINS, 2009; SILVIA; NAKATA, 2005; PEREIRA *et al.*, 2004; CRISTÓFORO; CARVALHO, 2009; TETANI; PINTO, 2007; BAGGIO, CALLEGARO E ERDMANN, 2011).

Entre os documentos que asseguram esse direito aos usuários, são citados os seguintes: a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2006), formulada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestora Tripartite; o Código de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078); o Código Civil Brasileiro e o Código de Ética Médica conforme a resolução 196/96. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN-311/2007), de acordo com o artigo 17.º do capítulo I, estabelece que prestar informações adequadas a pessoas, famílias e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências da assistência de enfermagem constitui um dever e uma responsabilidade do profissional enfermeiro. Nessa abordagem, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) se constitui em um importante instrumento ético e legal que garante as informações ao paciente, a sua família e a outros.

Na cirurgia de tireoide, conforme já descrito, podem ocorrer complicações de frequência variável. Parte delas acarreta distúrbios da comunicação e da deglutição. Considerando tais aspectos, as orientações fornecidas ao paciente no período pré-operatório devem ser minuciosas, claras no que se refere aos cuidados e complicações, bem como devem ser contemplados seus aspectos emocionais e psíquicos a fim de que o mesmo possa exercer melhor enfrentamento das possíveis complicações e sequelas.

Considerando estes aspectos desenvolveu-se um estudo quantitativo exploratório descrito a seguir.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa.

A população alvo constituiu-se dos pacientes com indicação de cirurgia de tireoide, encaminhados para a consulta de enfermagem pré-cirúrgica.

A pesquisa foi realizada em um hospital público, que é referência para a média e alta complexidade, sendo também um hospital de ensino 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. Os atendimentos de emergência são realizados de acordo com encaminhamentos feitos pelas unidades de atendimento 24 horas da rede secundária de saúde.

No hospital de referência, os pacientes de atendimento para consulta eletiva passam pela Central de Agendamento de Consultas para abertura de prontuário, cadastro e confirmação da presença na consulta agendada. Após esses procedimentos, são encaminhados aos respectivos ambulatórios. Mediante a indicação de cirurgia, novo encaminhamento é feito internamente, via pedido de consulta, para as clínicas cirúrgicas (Ambulatórios da Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo). Quando os pacientes com alterações da tireoide são encaminhados pela rede básica direto para os ambulatórios das clínicas cirúrgicas, estes são reencaminhados internamente ao Ambulatório da Endocrinologia para avaliação e complementação diagnóstica. Após a consulta médica nos ambulatórios das clínicas cirúrgicas, os pacientes com indicação de cirurgia, são encaminhados à Central de

Internação para cadastramento e agendamento da cirurgia, conforme disponibilidade do hospital. Nesse serviço, os pacientes são inicialmente recepcionados para conferência e atualização do cadastro pessoal e, na sequência, passam por atendimento e consulta de enfermagem.

Durante a consulta de enfermagem, são realizados procedimentos de educação em saúde, orientações pré-operatórias e encaminhamentos para realização dos exames de rotina e avaliação anestésica, priorizando os casos suspeitos de neoplasias.

Foram incluídos, nesse estudo, 48 pacientes com indicação de cirurgia da tireoide oriundos dos Ambulatórios da Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, que aceitaram participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: pacientes com idade inferior a 18 anos e pacientes com recidiva de bócio que já haviam sido submetidos à tireoidectomia parcial. Para a avaliação da qualidade de vida em voz, foram excluídos 16 pacientes com mais de 60 anos, uma vez que o processo natural e global de envelhecimento produz mudanças anatômicas e fisiológicas em todo organismo, e conseqüentemente as alterações do funcionamento físico, vocais e laríngeas são mais presentes nesta fase, o que poderia influenciar as variáveis analisadas.

4.1 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O período de coleta foi entre 15 de fevereiro de 2011 a 15 de julho de 2011, e foi realizada na Central de Internação, durante a consulta de enfermagem, a qual é realizada na sequência da consulta médica. Os pacientes convidados a participar do

estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 2). Todos os paciente convidados aceitaram participar do estudo.

Utilizou-se questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas (Apêndice 4), que foi aplicado pela pesquisadora anteriormente a qualquer orientação relacionada à patologia e cirurgia a ser realizada.

As variáveis analisadas referentes ao perfil sociodemográfico foram: idade, gênero, município de residência, raça/cor, renda, escolaridade. Do perfil da saúde foram: patologia referida pelo paciente, sinais e sintomas iniciais, início dos sintomas, diagnóstico de acordo com os registros do prontuário, sintomas atuais, qualidade de vida em voz, limitações provocadas pela patologia, presença de comorbidades, medicações utilizadas, tratamento anterior à patologia, fatores de riscos para a patologia (antecedentes familiares de doenças da tireoide, exposição à radiação de cabeça e pescoço, tabagismo, uso de álcool).

Para o perfil do acesso aos serviços de saúde e de conhecimento da patologia e tratamento cirúrgico, analisaram-se: o tempo de espera para consulta no hospital, tempo de espera para consulta nos ambulatórios da Endocrinologia, Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo, situação de espera segundo percepção dos pacientes, informações recebidas antes da consulta de enfermagem sobre o tratamento da patologia, tratamento cirúrgico, principais dúvidas, preocupações e importância atribuída ao tratamento cirúrgico.

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.

Para mensurar a qualidade de vida relacionada à voz, utilizou-se o instrumento Qualidade de Vida em Voz (QVV). As questões relacionadas ao

protocolo foram incluídas no instrumento da pesquisa e foi aplicado pela pesquisadora. As dúvidas foram esclarecidas momentos antes da aplicação do instrumento, durante a consulta de enfermagem.

O protocolo QVV foi desenvolvido por Hogikyan e Sethuraman (1999), traduzido e adaptado para o português por Behlau em 2001. Em 2005, novas adequações foram realizadas por Gasparini e Behlau. Este protocolo tem por características ser de simples aplicação e sensível à influência da disfonia na qualidade de vida (KASAMA; BRASOLOTTO, 2007). É composto por dez questões que envolvem os domínios físico, socioemocional e total. O protocolo QVV foi validado para o Brasil (BEHLAU *et al.*, 2009).

O QVV visa compreender como os problemas de voz podem interferir nas atividades de vida diária. O paciente deve classificar esses problemas em uma escala de 1 a 5, onde: 1 = não é um problema, 2 = raramente é um problema, 3 = é um problema moderado, 4 = quase sempre é um problema, 5 = realmente é um problema.

Os resultados são apresentados por escores que variam de 0 a 100%. Sua pontuação máxima indica a melhor qualidade de vida relacionada à voz e aponta ainda que aspectos da qualidade de vida podem estar comprometidos em função da voz (GASPARINI; BEHLAU 2009).

As fórmulas para o cálculo dos escores são:

a) escore total (itens de 1 a 10):

$$\text{Total} = 100 - (\text{escore bruto} - 10)/40 \times 100;$$

b) escore do domínio socioemocional (itens 4, 5, 8 e 10):

$$\text{Socioemocional} = 100 - (\text{escore bruto} - 4)/16 \times 100;$$

c) escore do funcionamento físico (itens 1, 2, 3, 6, 7 e 9):

$$\text{Funcionamento físico} = 100 - (\text{escore bruto} - 6)/24 \times 100.$$

Os parâmetros para análise dos escores obtidos pelo QVV estão descritos no Quadro 1.

QUADRO 1 – Escores para indivíduos com vozes saudáveis e disfônicos conforme o protocolo – QVV

<i>PROTOCOLO DE ESCORES</i>	<i>VOZES SAUDÁVEIS (%)</i>	<i>DISFÔNICOS (%)</i>
Escore Total	98	65,9
Escore Socioemocional	99,4	70,6
Escore Físico	97,1	62,7

FONTE: GASPARINI; BEHLAU (2009).

Baseado nos parâmetros deste protocolo (Quadro 1), estabeleceu-se como intervalos para análise do QVV Total, escores entre 98 a 100, abaixo de 98 até 65,9, e abaixo de 65,9. Para o domínio socioemocional, os intervalos dos escores foram entre 99,4 e 100, abaixo de 99,4 até 70,6, e abaixo de 70,6. Para o domínio do funcionamento físico, os intervalos foram entre 97,1 e 100, abaixo de 97,1 até 62,7, e abaixo de 62,7.

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

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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 (Apêndice 1).

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA TIREOIDE

Participaram da pesquisa 48 pacientes com indicação de cirurgia de tireoide, que passaram pela consulta de enfermagem e atenderam aos critérios de inclusão do estudo.

Na Tabela 1, são descritos os dados relacionados ao perfil sociodemográfico quanto à idade, gênero, município de residência, raça, renda e escolaridade.

O perfil sociodemográfico demonstrou que no serviço em estudo predomina o atendimento de pacientes do gênero feminino (95,83%), na faixa etária entre 50 a 59 anos e uma média de 51 anos. A raça branca correspondeu a 66,67% dos casos, seguida de pardos com 22,92%. Quanto à procedência, 45,83% eram do município de Curitiba, 27,08% da região metropolitana, e 27,08% de outros municípios do Estado do Paraná. Com relação à escolaridade, 47,92% tinham o ensino fundamental incompleto, e 14,58% 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 58,33% (Tabela 1).

TABELA 1 – Perfil socioemográfico de pacientes com indicação de cirurgia de tireoide em um hospital de referência (n=48)

VARIÁVEL	N.º	%
IDADE		
Menos de 29 anos	4	8,33
De 29 a 39 anos	9	18,75
De 40 a 49anos	7	14,58
De 50 a 59 anos	12	25,0
De 60 a 69 anos	12	25,0
Acima de 70 anos	4	8,33
GÊNERO		
Masculino	02	4,17
Feminino	46	95,83
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
Curitiba	22	45,83
Região Metropolitana	13	27,08
Outros municípios do PR	13	27,08
RAÇA/COR		
Branca	32	66,67
Parda	11	22,92
Preta	4	8,33
Amarela	1	2,08
RENDA		
Sem renda	1	2,08
Até 2 salários mínimos	28	58,33
Até 3 salários mínimos	8	16,67
Acima de 3 salários mínimos	11	22,92
ESCOLARIDADE		
Sem Alfabetização	7	14,58
Fundamental incompleto	23	47,92
Fundamental completo	4	8,33
Ensino médio incompleto	3	6,25
Ensino médio completo	5	10,42
Terceiro grau incompleto	2	4,17
Terceiro grau completo	4	8,33

5.2 PERFIL DE SAÚDE DOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DA TIREOIDE E QUALIDADE DE VIDA EM VOZ

Na Tabela 2, apresentam-se os motivos da indicação da cirurgia relatados pelos pacientes. Verifica-se que a presença de nódulo no pescoço seguido de bócio e suspeita de câncer e/ou tumor da tireoide constituíram os principais motivos referidos.

TABELA 2 – Motivos referidos pelos pacientes para indicação da cirurgia (n=48)

MOTIVOS REFERIDOS PARA A CIRURGIA	N.º	%
Nódulo na tireoide/caroço no pescoço	19	39,58
Bócio	12	25,0
Suspeita de câncer	9,0	18,75
Aumento/alterações da tireoide	3	6,25
Câncer de tireoide	2	4,17
Outras**	3	6,25

* Questões de múltipla escolha – excedendo 100%

**Outras (descontrolo da doença, para tirar a tireoide, está incomodando)

A Tabela 3 demonstra 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. Constatou-se que o bócio multinodular atóxico, correspondeu a principal causa, com 35,42% dos casos; seguido de lesão folicular com 16,66% e bócio mergulhante, com 14,58%. O Carcinoma papilar, foi a principal neoplasia com 6,25%. O adenoma folicular correspondeu a 6,25% dos casos. Foram indicação de cirurgia ainda o bócio colóide, multinodular tóxico, a doença de Graves, nódulos colóide e o bócio difuso (Tabela 3).

TABELA 3 – Diagnósticos das patologias da tireoide de acordo com os registros do prontuário (n=48)

PATOLOGIAS DIAGNOSTICADAS	N.^o	%
Bócio multinodular atóxico	17	35,42
Lesão folicular	8	16,67
Bócio mergulhante	7	14,58
Bócio coloide	4	8,33
Carcinoma papilar de tireoide	3	6,25
Adenoma folicular	3	6,25
Bócio multinodular tóxico	2	4,17
Bócio difuso	1	2,08
Nódulo coloide	1	2,08
Bócio coloide+hiperparatireoidismo 1 ^o +nódulo tireoide	1	2,08
Doença de Graves	1	2,08

Na Tabela 4, estão relacionados os sinais e sintomas iniciais, tempo de início e os sintomas atuais relacionados à patologia da tireoide. Percebeu-se que a maior parte dos sintomas atuais aumentou quando comparados aos iniciais. A presença de nódulo/caroço e aumento de volume no pescoço, correspondeu a 50 % dos casos, dos sintomas iniciais, seguido de dificuldades com a alimentação. Os primeiros sintomas, em 25% dos casos, ocorreram ente 5 e 10 anos anteriores à entrevista, e acima de 10 anos para 16,67%.

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 77,08%. As dificuldades para engolir foram relatadas por 62,50%, e as alterações vocais, 45,83%. A falta de ar foi relatada por 37,50% dos pacientes, e as dificuldades para dormir pelo desconforto físico relacionado ao bócio, por 18,75% (Tabela 4).

TABELA 4 – Sinais e sintomas da patologia referidos pelos paciente com indicação de tireoidectomia (n=48)

VARIAVEIS	Nº	%
SINAIS E SINTOMAS INICIAIS DA PATOLOGIA*		
Nódulo ou caroço e ou aumento de volume no pescoço	24	50,00
Engasgos, afogamentos, dificuldade para engolir	12	25,00
Nervosismo/ ansiedade	9	18,75
Dor no pescoço/ garganta/ ardência	7	14,58
Dificuldade respiratória (falta de ar)	6	12,50
Cansaço	5	10,42
Palpitação	5	10,42
Sensação de sufoco	3	6,25
Dificuldade para dormir	3	6,25
Assintomáticos	2	4,17
Outros (dor no peito, sudorese, alteração vocal, pigarro)	5	10,41
INÍCIO DOS SINTOMAS DA PATOLOGIA		
Menos de 1 ano	6	12,50
De 1 a menos de 2 anos	3	6,25
De 2 a menos de 3 anos	9	18,75
De 3 a menos de 5 anos	10	20,83
De 5 a menos de 10 anos	12	25,00
Mais de 10 anos	8	16,67
Média em anos e desvio padrão em anos	7,04	dp 6,86
SINTOMAS ATUAIS DA PATOLOGIA*		
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	18,75
Cansaço	5	15,68
Dor, ardência e secura na garganta	4	8,33
Pigarro	4	8,33
Sensação de sufoco/angustia	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)

A Tabela 5 descreve os distúrbios relacionados com a deglutição e alterações vocais, em pacientes com menos de 60 anos. Observou-se que as dificuldades com a deglutição foram relatadas pela maior parte (56,25%), e entre estes os mais frequentes foram engasgos e afogamentos (34,38%), dificuldades para engolir alimentos de consistência mais seca, aperto na garganta, sensação de espinho (9,37%), a comida para na garganta, (6,25%), dor e desconforto para engolir alimentos maiores (6,25%). Alterações vocais foram relatadas em 40,63% dos casos. A rouquidão correspondeu a 18,75%; voz grossa a 12,50%; e 9,38% indicaram perdas/falhas na voz. Mudança de voz e voz trancada foram relatadas em 6,25% dos casos (Tabela 5).

TABELA 5 – Tipos de queixas relacionadas à deglutição e alterações vocais dos pacientes com indicação da cirurgia da tireoide com menos de 60 anos (n=32)

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>N.^o</i>	<i>%</i>
DIFICULDADES COM A DEGLUTIÇÃO		
Sim	18	56,25
Não	14	43,75
TIPOS		
Engasgos/afogamentos	11	34,38
Comida não passa (para na garganta)	2	6,25
Aperto na garganta ao engolir/sensação de espinho e dificuldade com alimentos secos	3	9,37
Dor e desconforto para engolir alimentos maiores	2	6,25
PRESENÇA DE ALTERAÇÕES VOCAIS		
Sim	13	40,63
Não	19	59,38
TIPOS		
Voz rouca	6	18,75
Voz grossa	4	12,50
Perdas/falhas na voz	3	9,38
Sensação de voz trancada/mudança de voz	2	6,25

* Questões de múltipla escolha – excedendo 100% para queixas vocais

A Tabela 6 apresenta os escores do domínio do funcionamento físico, socioemocional e total, de acordo com o protocolo Qualidade de Vida em Voz para o grupo de pacientes com menos de 60 anos. Os resultados mostram que existem diferenças entre os três domínios. Observaram-se maiores escores no domínio socioemocional e menores escores nos domínios físico e total. No domínio total, 53,2% tiveram escores entre 98 e 65,9; 20,9 % abaixo de 65,9. Para o domínio físico, 46,9% estavam entre 97,1 e 62,7; 28,1% abaixo de 62,7. No domínio socioemocional, 65,62% tiveram escores entre 99,4 e 100; 18,75% tiveram escores entre 99,4 e 70,6, e 15,63% abaixo de 70,6. De acordo com o protocolo descrito no Quadro 1, 20,9% apresentaram escores compatíveis com vozes disfônicas para o domínio do QVV Total, 15,6% para o domínio socioemocional e 28,1% para o domínio do funcionamento físico.

TABELA 6 – Avaliação dos escores da qualidade de vida em voz para o grupo de pacientes abaixo de 60 anos de idade (n=32)

VARIÁVEIS	N.º	%
QVV TOTAL		
De 98 a 100	8	25,0
Abaixo de 98 até 65,9	17	53,2
Abaixo de 65,9	7	20,9
QVV SOCIOEMOCIONAL		
De 99,4 a 100	21	65,62
Abaixo de 99,4 até 70,6	6	18,75
Abaixo de 70,6	5	15,63
QVV FÍSICO		
De 97,1 a 100	8	25,0
Abaixo de 97,1 até 62,7	15	46,9
Abaixo de 62,7	09	28,1

A Tabela 7 se refere à correlação entre os sinais e sintomas atuais relatados pelos pacientes e os escores do QVV total. Verifica-se que a maioria dos pacientes que relataram ansiedade, dor no pescoço, presença de nódulo/caroço no pescoço, dificuldade para engolir e falta de ar, apresentaram escores entre 98 e 65,9, e os menores escores (abaixo de 65,9) foram apresentados pelos pacientes que tinham dificuldades para engolir, cansaço, e dificuldades para dormir. Dos pacientes que relataram alterações da voz, 6 apresentaram escores entre 98 e 65,9, e outros 6 apresentaram escores abaixo de 65.

TABELA 7 – Relação entre os principais sinais e sintomas e o resultado do QVV Total para o grupo de pacientes com menos de 60 anos (n=32)

SINAIS E SINTOMAS	QVV TOTAL			
	Entre 100 e 98	Entre 98 e 65,9	Abaixo de 65,9	Nº de pacientes por sintoma relatado
Alteração da voz	1	6	6	13
Dificuldade para engolir	2	9	7	18
Cansaço	1	2	3	6
Falta de ar	1	5	4	10
Dor no pescoço/garganta	1	2	-	3
Ansiedade/nervosismo	1	4	-	5
Dificuldade para dormir	2	2	3	7
Nódulo/caroço no pescoço	5	13	7	25

A Tabela 8 apresenta as limitações referidas pelos pacientes com relação à patologia da tireoide. Constatou-se que para 66,67% dos pacientes, a patologia da tireoide levava a alguma limitação em sua vida, sendo que, para a maioria (29,17%),

estava relacionada ao trabalho e aos afazeres do dia a dia. Nervosismo, ansiedade, dificuldades com a alimentação e cansaço diário foram as mais frequentes. O fator estético correspondeu a 8,33% dos casos.

TABELA 8 – Limitações provocadas pela patologia da tireoide referidas pelos pacientes (n=48)

VARIÁVEIS	N.º	%
APRESENTAM LIMITAÇÕES		
Sim	32	66,67
Não	16	33,33
TIPO DE LIMITAÇÕES REFERIDAS*		
Trabalho e afazeres	14	29,17
Nervosismo e ansiedade	11	22,91
Alimentação	8	16,67
Cansaço	8	16,67
Falta de disposição	6	12,50
Falta de ar/dificuldades com a respiração	6	12,50
Estética	4	8,33
Dificuldades para dormir	4	8,33
Vida social	4	8,33
Dor em outras partes do corpo/local	3	6,25
Arritmias	1	2,08

Na Tabela 9, identifica-se a presença de comorbidades em pacientes com indicação de cirurgia de tireoide, o uso contínuo de medicações, tipos de medicamentos utilizados e se tinham alguma restrição alimentar . Verificou-se que a maior parte dos pacientes (66,67%) dos pacientes apresenta comorbidades, sendo as de maior frequência a hipertensão arterial, correspondendo a 54,17%, e diabetes, a 12,50%. Outras comorbidades de menor frequência foram: artrose, doenças do coração, doenças respiratórias, doença de Parkinson, depressão, fibromialgia e historia prévia de câncer, com 4,17%. A maioria fazia uso contínuo de medicações.

Com relação a alguma restrição alimentar, 39,58% referiram que sim; destes, a maior parte relatou restrições com o sal e gordura.

TABELA 9 – Caracterização do paciente segundo a presença de comorbidades (n=48)

VARIÁVEIS	N.º	%
PRESENÇA DE COMORBIDADES		
Sim	32	66,67
Não	16	33,33
TIPO DE COMORBIDADE*		
Hipertensão	26	54,17
Diabetes	6	12,50
Artrose	4	8,33
Doenças do coração	2	4,17
Doenças respiratórias	2	4,17
Parkinson	1	2,08
Depressão	2	4,17
Fibromialgia	2	4,17
História prévia de câncer	2	4,17
Outras*	4	8,33
UTILIZA MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO		
Sim	32	66,67
Não	15	31,25
MEDICAMENTOS UTILIZADOS		
Anti-hipertensivos	27	56,25
Para tireoide (triiodotironina, tapazol)	10	20,83
Para controle de diabetes	6	12,50
Antidepressivo	4	8,33
Antiagregante plaquetário (AAS)	5	10,42
Diuréticos	6	12,50
Protetores gástricos (omeprazol)	5	10,42
Para controle do colesterol	6	12,50
Cálcio	4	8,33
Outros **	5	10,41
TEM RESTRIÇÃO ALIMENTAR		
Sim	19	39,58
Não	29	60,42

*Outros (insuficiência renal, esclerose múltipla, retinopatia, síndrome metabólica, doenças ginecológicas, reumatismo, hérnia de hiato)

**Outros (corticoides, hormônios)

A Tabela 10, descreve os tipos de tratamentos já realizados para a patologia da tireoide de parte dos pacientes. Entre os que realizaram tratamento, 7 (14,58%) faziam uso de medicação antitireoidiana, 4 (8,33%) de hormônio tireoideo. Dos pacientes, 3 (6,25%) realizaram tratamento com iodoterapia, 2 (4,17%) utilizavam infiltração com etanol. Aqueles que realizaram mais de um tratamento constituíram 3 (6,25%) pacientes, sendo que 1 (2%) fez iodoterapia, medicação antitireoidiana e infiltração local com etanol por diagnóstico de hipertireoidismo com nódulo dominante à esquerda e bócio multinodular, e estudo histológico pós-intervenção, evidenciando carcinoma papilífero (Tabela 9).

TABELA 10 – Caracterização do paciente com indicação de cirurgia de tireoide, segundo tratamento anterior da patologia da tireoide (n=48)

VARIÁVEIS	N.º	%
TRATAMENTO ANTERIOR DA PATOLOGIA		
Sim	13	27,08
Não	35	72,92
TRATAMENTOS REALIZADOS		
Puran (hormônio tireoideo)	4	8,33
Tapazol (medicação antitireoidiana)	7	14,58
Iodoterapia (I-131)	3	6,25
Infiltração local com etanol	2	4,17

Questões de múltipla escolha – excedendo 100%.

Na Tabela 11, é demonstrado os fatores de risco relacionados à patologia da tireoide. Entre estes, a presença de doenças tireoidianas em familiares próximos foi relatada em 29 (60,41%) dos casos. Destes, 2 (4,17%) tinham história de câncer de tireoide na família. A exposição à radiação de cabeça e pescoço foi relatada em 1

caso (2,08%); tabagismo em 5 (10,42%); ex-tabagismo em 12 (25%); uso de bebida alcoólica em 1 caso (2,08 %) (Tabela 11).

TABELA 11 – Perfil do paciente com indicação de cirurgia de tireoide, segundo fatores de riscos para a patologia (n=48)

VARIÁVEIS	N.º	%
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DOENÇAS DA TIREOIDE		
Sim	29	60,41
Não	19	39,58
Sim para tumores de tireoide	2	4,17
EXPOSIÇÃO À RADIAÇÃO DE CABEÇA E PESCOÇO		
Sim	1	2,08
Não	47	97,91
TABAGISMO		
Sim	5	10,42
Não	43	89,58
Ex-tabagista	12	25,00
USO DE ÁLCOOL		
Sim	1	2,08
Não	47	97,91

5.4 CONDIÇÕES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS PACIENTES COM INDICAÇÃO DA CIRURGIA DE TIREOIDE

A tabela 12 apresenta a origem dos encaminhamentos para o tratamento da patologia e tempo de espera para consulta no Serviço especializado e de internação para realização da cirurgia. Observou-se que os encaminhamentos para 32 casos (66,67%), foram realizados pelas unidades de saúde local, e 13 (27,8%) se referem a pacientes já em acompanhamento no serviço especializado, no ambulatório de

Endocrinologia, Ginecologia ou Hemato-Oncologia do próprio hospital e 3 (6,25%) são referentes a encaminhamentos não ligados à rede básica de saúde. Quanto ao tempo de espera para o 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 tempo de espera para internação e cirurgia, 33 pacientes (68,75%) relataram essa espera. Destes, 19 (39,58%) aguardavam por cirurgia por mais de um ano, sendo que 9 (18,75%) aguardavam por mais de 2 anos. A negativa de espera para internação se referiu a pacientes novos, correspondentes a 16 (33,33%) (Tabela 12).

TABELA 12 - 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
<i>Média em meses com desvio padrão (dp)</i>	<i>3,05</i>	<i>5,39(dp)</i>
TEMPO DE ESPERA CONSULTA NO AMB ENDÓCRINO		
Menos de 1 mês	11	22,92

Continua...

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
<i>Média meses c/ desvio padrão(dp)</i>	<i>3,85</i>	<i>5,82(dp)</i>
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)	<i>14,85</i>	<i>17,80(dp)</i>

Na Tabela 13 é analisada a percepção dos pacientes sobre a espera para o tratamento da doença. Verificou-se que a maioria referiu espera maior para internação e realização da cirurgia, seguida de espera para consulta especializada e exames especializados de maior complexidade.

TABELA 13 – Situações de espera para o tratamento da doença, segundo a percepção dos pacientes com indicação da cirurgia (n=48)

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>
Internação	30	62,50
Consulta especializada	19	39,58
Exames especializados (tomografia, biopsia, exames cardiológicos)	9	18,75

Questões de múltipla escolha – excedendo 100%.

A Tabela 14 relaciona as cirurgias realizadas durante o período de coleta do estudo com o diagnóstico do paciente de acordo com o registro do prontuário e resultados de exames do estudo histológico, após intervenção. Durante o período do estudo, 20 (41,66%) dos pacientes realizaram cirurgia e 28 (58,33%) não. A maior parte das cirurgias realizadas estava relacionada ao câncer de tireoide ou à suspeita de neoplasias, tais como o adenoma folicular, sendo que casos de nódulo colóide, e um dos casos de bócio multinodular e bócio colóide também tinham, por diagnóstico prévio, lesão folicular de tireoide pela PAAF no pré-cirúrgico. Observou-se que, entre os casos de bócio, os pacientes com o bócio multinodular atóxico é que tiveram maior acesso à cirurgia. Por outro lado, se comparados todos os casos de bócios (mergulhantes, tóxicos, e difuso) pode-se observar que a maior parte não teve acesso à cirurgia.

TABELA 14 – Relação entre o diagnóstico e a cirurgia realizada (n=48)

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>REALIZAÇÃO DE CIRURGIA</i>				<i>TOTAL</i>
	<i>Não</i>	<i>%</i>	<i>Sim</i>	<i>%</i>	
Bócio multinodular atóxico (1 caso c/ suspeita de lesão folicular)	8	47,06	9	52,94	17
Lesão folicular	8	100%	0	0%	8
Bócio mergulhante	6	100%	1	14,28%	7
Carcinoma papilar de tireoide	-	-	3	100%	3
Bócio coloide (1 caso c/suspeita lesão folicular)	2	50%	2	50%	4
Adenoma folicular (pré-op c/ lesão folicular)	-	0	3	100%	3
Bócio multinodular tóxico	2	100%	-	0%	2
Nódulo de tireoide+bócio coloide+hipertir.	1	100%	-	0%	1
Bócio difuso	1	100%	-	0%	1
Nódulo coloide (pré op c/lesão folicular)	-	0	1	100%	1
Doenças graves	-	0	1	100%	1
Total	28	58,33%	20	41,66%	48

5.5 DEMANDAS DE INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE A PATOLOGIA E CIRURGIA DA TIREOIDE

A avaliação do conhecimento do paciente relacionado à patologia da glândula da tireoide, e tratamento cirúrgico é descrito na Tabela 15. Observou-se que 36 (75%) relataram ter recebido informações, 10 (20,83%) disseram não ter recebido, e 2 (4,17%) responderam que não se lembravam. Sobre as informações recebidas, as de maior frequência estiveram relacionadas com a necessidade do tratamento cirúrgico, suspeita de malignidade ou doença maligna, tireoide com alterações (aumentada, presença de nódulos, volume do bócio), causas

relacionadas à patologia, e com a necessidade de medicamentos e acompanhamento após a cirurgia. Desse grupo, 22 (45,83%) consideraram as informações suficientes e 23 (47,91%) não as consideraram suficientes.

Com relação ao tratamento cirúrgico, 27 (56,25%) pacientes referiram terem recebido informações, e 20 (41,67%) não, 1 (2,08%) não lembrava. Entre as informações recebidas, o risco de ter problemas vocais foi a mais frequente, correspondendo a 17 casos (35,42%), seguida de riscos respiratórios, 9 (18,75%), cirurgia delicada com riscos, 9 (18,75%). Cirurgia simples com baixos riscos de complicações foi relatada em 4 (8,33%), 5 (10,42%) sobre a incisão e riscos de sangramento aumentado. Possibilidade de alterações dos níveis de cálcio e necessidade de uso de medicação pós-cirurgia correspondeu a 8,33%. As informações foram suficientes para 15 (31,25%) e não suficientes para 31 (64,58%), e 2 (4,17%) disseram não saber.

TABELA 15 – Conhecimento sobre a indicação de cirurgia de tireoide e sobre a patologia (n=48)

VARIÁVEIS	Nº	%
RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA ANTES DESTA CONSULTA		
Sim	36	75,00
Não	10	20,83
Não lembra	2	4,17
INFORMAÇÕES RECEBIDAS		
Necessidade do tratamento cirúrgico	13	27,08
Nódulo na tireoide com suspeita de malignidade	11	22,92
Alterações da tireoide (nódulos, bócio)	10	20,83
Causas da patologia	6	12,50
Doença benigna	5	10,42
Medicação e acompanhamento pós-cirúrgico	5	10,42
Possibilidade de riscos respiratórios	3	6,25
Não lembra	3	6,25
AS INFORMAÇÕES FORAM SUFICIENTES		
Sim	22	45,83
Não	23	47,92
Não sabe	3	6,25
RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE A CIRURGIA ANTES DESSA CONSULTA		
Sim	27	56,25
Não	20	41,67
Não lembra	1	2,08
INFORMAÇÕES RECEBIDAS		
Riscos de problemas vocais	17	35,42
Riscos respiratórios	9	18,75
Cirurgia delicada com riscos	9	18,75
Cirurgia simples com baixo risco de complicações	4	8,33
Sobre a cirurgia (tipo de incisão, riscos de sangramento)	5	10,42
*Outros (alterações de níveis de cálcio, necessidade de uso de medicação p/tireoide pós-cirurgia)	4	8,33
AS INFORMAÇÕES FORAM SUFICIENTES		
Sim	15	31,25
Não	31	64,58
Não sabe	2	4,17

As informações apresentadas na Tabela 16 se referem às dúvidas e preocupações sobre o tratamento da doença e cirurgia. Com relação ao tratamento da patologia, evidenciou-se que a possibilidade de confirmação para a malignidade da doença, seguida da necessidade ou não de uso contínuo de medicação após a cirurgia, foram as mais prevalentes. As principais preocupações e dúvidas relacionadas à cirurgia foram o medo de complicações vocais, seguida de medo de complicações gerais, medo da anestesia e dúvidas sobre o ato cirúrgico (corte, duração da cirurgia, remoção total ou parcial da glândula tireoide). O medo da necessidade de uso de traqueostomia foi também relatado. Para a maioria dos pacientes, a realização do tratamento cirúrgico foi considerada importante. Os principais motivos consistiram na espera em melhorar a condição de saúde e redução dos sintomas apresentados, seguidos da possibilidade de evitar complicações futuras, livrar-se da doença e do desconforto geral, tratar o câncer, obter melhores condições estéticas e, conseqüentemente, na vida social.

TABELA 16 – Demandas de informação e educação dos pacientes com indicação de cirurgia da tireoide (n= 48)

VARIÁVEIS	N.º	%
DUVIDAS E PREOCUPAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO		
Sim	20	41,67
Não	28	58,33
DÚVIDAS RELATADAS		
Malignidade da doença	8	16,67
Necessidade do uso contínuo da medicação pós-cirurgia	6	12,50
Melhora ou não dos sintomas pós-cirurgia	3	6,25
Outras (se afeta o rim, causas da doença, alterações no organismo com a falta da tireoide)	3	6,25
DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES SOBRE A CIRURGIA		
Sim	37	77,08
Não	11	22,92
DÚVIDAS E PREOCUPAÇÕES RELATADAS		
Medo de complicações vocais	15	31,25
Recuperação no pós-operatório	8	16,67
Medo da anestesia	7	14,58
Medo de complicações gerais	9	18,75
Ato cirúrgico (corte, duração da cirurgia, remoção total ou parcial da glândula)	5	10,42
Medo da necessidade de traqueostomia	4	8,33
CONSIDERA IMPORTANTE REALIZAR A CIRURGIA		
Sim	45	95,83
Não	2	4,17
MOTIVOS RELATADOS		
Melhorar a saúde, os sintomas gerais	21	43,75
Evitar complicações futuras/agravamento da doença	11	22,91
É uma necessidade	5	10,42
Se livrar da doença e do desconforto geral	4	8,33
Estética	3	8,33
Melhorar a vida social	2	4,17
Tratar o câncer	2	4,17

6 DISCUSSÃO

Os dados relacionados ao perfil sociodemográfico quanto idade e etnia coincidem com os de Oré e Saavedra (2008), em estudo retrospectivo, cujo objetivo foi conhecer a incidência da patologia da glândula tireoide em 274 pacientes operados no 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 e 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). Para Golbert et al (2005), o gênero é tema de debate entre estudiosos, que consideram o gênero masculino como um fator prognóstico negativo e independente, comparado às mulheres, que apresentam uma evolução mais favorável.

Constatou-se a baixa escolaridade e renda familiar da maior parte da população estudada, o que pode estar relacionado com as características da origem da população, que se referem a pacientes oriundos da rede básica de saúde e/ ou em atendimento num serviço de média e alta complexidade da rede pública de saúde (Tabela 1).

Verificou-se que a maioria dos pacientes relatou conhecer o motivo principal da cirurgia, sendo que os principais motivos estiveram associados às características da doenças nodulares da tireoide (Tabela 2). Segundo Graf (2004), a doença nodular de tireoide representa um aumento nodular clinicamente evidente da tireoide, caracterizado pelo crescimento excessivo e transformação estrutural e/ou funcional de uma ou várias áreas tireoideanas.

Evidenciou-se que o principal diagnóstico dos pacientes com indicação de cirurgia, foi o bócio multinodular atóxico, lesão folicular e o bócio mergulhante (Tabela 3).

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.

Lima *et al.* (2002), analisando 1265 pacientes com tireopatias pela PAAF, em uma área considerada endêmica, identificam que o bócio coloide e/ou multinodular foi a tireopatia mais frequente, com 54,38% dos casos, e a principal neoplasia foi o tumor folicular com 8,61% dos casos. O gênero feminino correspondeu a 92%, nas faixas entre 30 e 60 anos.

A PAAF tem sido um método de diagnóstico fortemente recomendado para a avaliação dos nódulos tireoidianos pela sua alta sensibilidade na diferenciação de nódulos benignos ou malignos. A Sociedade Latino-americana recomenda que todo nódulo único, maior ou igual a 1 cm, deveria ser avaliado pela PAAF, cuja incidência de neoplasia é a mesma de nódulos palpáveis (GRAFF, 2004; MAIA *et al.*, 2007; CAMARGO *et al.*, 2009

Para Accetta *et al.* (2011), o tumor folicular é o diagnóstico pré-operatório mais desconfortável para o cirurgião, pois nem o mais experiente cirurgião tem condições de definir, no exame citológico ou na congelação pré-operatória, a real natureza desses tumores, uma vez que os critérios de comprometimento da cápsula e a angioinvasão que caracterizam o carcinoma são comprovados pelo exame anátomo-patológico.

Pacheco *et al.* (2009), ao avaliarem 395 casos de punção com agulha fina, verificaram que as lesões benignas corresponderam a 62%, as neoplasias malignas

a 15,4%, e os carcinomas papilares a 5,1%. Neste estudo, foi possível avaliar que a punção resultou em 92,3% de sensibilidade e 88,2% de especificidade, e a taxa de falsos negativos foi de 7,7%. Para esses autores, os resultados demonstraram a eficácia da prova para avaliar nódulos únicos e dominantes de tireoide, com resultados citológicos, permitindo estabelecer conduta terapêutica definitiva.

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 tireoide como o mais frequente câncer diferenciado de tireoide (COELI *et al.*, 2005; BERTELLI *et al.*, 2009; CORDIOLI, CANALLI e CORAL, 2009; PACHECO *et al.*, 2009; ZHU *et al.*, 2009).

Tanto os sintomas iniciais relatados como os atuais, estiveram relacionados com a presença do nódulo/caroço no pescoço, seguidos das dificuldades de deglutição, como engasgos e afogamentos (Tabela 4). 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 respiração (falta de ar ou dificuldades para respirar), dificuldades para dormir e cansaço. Observou-se ainda que as dificuldades para dormir eram devido ao desconforto físico relacionado ao volume do bócio, expressos por sensação de sufoco ou tipo corda apertando o pescoço, difícil posição para dormir, necessidade de uso de dois ou mais travesseiros para melhor conforto respiratório, poucas horas de sono, sudorese noturna. Parte dessas queixas foi atribuída aos sintomas compressivos ocasionados pelo aumento da glândula tireoide e ao volume do bócio.

Com relação às dificuldades com a deglutição expressados, 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.

Observou-se que para a maior parte dos pacientes que foram submetidos ao tratamento cirúrgico durante o período de coleta com diagnóstico de bócio multinodular, o peso do produto da tireoidectomia foi entre 120g a 275g. Esses dados acrescidos dos casos de bócio multinodular mergulhantes e de bócio difuso podem, em parte, justificar as queixas relatadas como engasgos frequentes, alterações vocais, dificuldades com a respiração e desconforto para dormir. Outro aspecto observado foi o tempo de evolução do bócio que, para a maior parte dos pacientes, foi acima de cinco anos (Tabelas 4 e 5).

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. Para Clave *et al.* (2004), essa ocorrência pode ser resultante de alterações estruturais da orofaringe e esôfago.

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, e na avaliação clínica foi detectada alteração na deglutição em 25%. Justificou-se a redução de elevação da laringe, que ocorreu em 42,5% dos casos, 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.

Greenblatt *et al.* (2009), avaliando os efeitos da disfagia sobre a qualidade de vida em 116 pacientes com doenças da tireoide no pré-operatório e um ano após a cirurgia de tireoide, constaram que no pré-operatório a média de escores foi abaixo de 9 nos 11 domínios para todos os pacientes, o que indicou que a percepção relacionada à função da deglutição estava prejudicada e afetava a qualidade de vida, enquanto que no pós-operatório tardio foi evidenciada melhora estatisticamente significativa em oito domínios (compressão, físico, mental, temor, seleção da comida, sono, fadiga e comunicação).

Com relação às alterações vocais, evidenciou-se que a principal queixa foi a rouquidão, seguida de voz grossa. Sensação de voz trancada, necessidade de maior esforço para falar e de falhas na voz também foram relatadas, porém em menor frequência.

Na avaliação de qualidade de vida e voz em pacientes abaixo de 60 anos, observou-se maior efeito para o domínio físico. Esses resultados coincidem com as queixas vocais relatadas pelos pacientes, com impacto nas alterações laríngeas que

possam sentir, tais como rouquidão, necessidade de maior esforço vocal para falar, ardência e dor local. Evidenciou-se que dos pacientes que tiveram escores abaixo de 62,7 do domínio físico, a maioria tinha por diagnóstico bócio multinodular atóxico, seguido de bócio mergulhante, e que as queixas vocais predominantes foram rouquidão e voz grossa. Tais achados sugerem piora da qualidade de vida relacionada ao domínio do funcionamento físico. Por outro lado, observou-se que o domínio socioemocional comprometeu menos a qualidade de vida com relação às alterações vocais. (Tabela 6).

Spina *et al.* (2009) avaliando a qualidade de vida em voz, de 101 pacientes com queixas vocais, encaminhados do ambulatório de otorrinolaringologia ao setor de reabilitação vocal, dos quais 37 faziam uso profissional da voz e 64 não, constatam que quanto pior a disfonia, pior o resultado do escore físico, independente do uso profissional da voz. As autoras correlacionam seus resultados, com o fato das questões do escore físico serem mais facilmente observadas e identificadas pelo paciente, pois são sensações físicas, mais objetivas, enquanto que o escore emocional pode variar ou mesmo ser difícil mensurar quando a sensação não está presente no momento da avaliação.

Rosato *et al.* (2005), ao avaliarem 208 pacientes submetidos a tireoidectomia total no período pré-operatório e pós-operatório, identificaram alterações vocais como rouquidão e disfagia em 41% dos pacientes no período pré-operatório.

As principais limitações relacionadas com a patologia da tireoide foram atribuídas ao trabalho ou afazeres do dia a dia, e aos aspectos emocionais expressos por nervosismo, ansiedade e alimentação. O fator estético ocorreu 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 (Tabela 8).

Observou-se que a hipertensão arterial foi a principal comorbidade, seguida de diabetes, sendo que 22% apresentavam 2 comorbidades, e 10% mais de 3 comorbidades (Tabela 9). Estudos epidemiológicos brasileiros registram prevalências de hipertensão arterial de 40% a 50 % entre adultos com mais de 40 anos de idade. Para o diabetes mellitus, estima-se um contingente brasileiro de 6 milhões de portadores da doença (MS - Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011).

Bertelli *et al.* (2008), estudando a frequência de doenças tireoidianas em 69 pacientes de indicação cirúrgica, evidenciaram que entre as comorbidades clínicas, a hipertensão arterial correspondeu a 71%, o diabetes *mellitus* a 17%.

No presente estudo, parte dos pacientes (30%) já havia realizado ou estava fazendo tratamento para a tireoide. A maior parte fazia uso de medicação antitireoidiana seguida do hormônio tireoideu, e de tratamento com iodoterapia (I131). Como doenças prévias relacionadas a disfunções tireoidianas, observou-se predomínio maior para o hipertireoidismo. Segundo Graf (2004), pacientes com bócio nodular podem apresentar disfunção tireoidiana após muito tempo de evolução, sendo o hipertireoidismo a mais frequente, o qual se instala de forma insidiosa (Tabela 9).

Entre os fatores de risco, conforme demonstrado, a exposição à radiação de cabeça e pescoço esteve relacionada a 1 caso. História de câncer de tireoide na família foi relatada em 2 casos. A maioria relatou doenças tireoidianas em familiares

próximos. Também Pontes *et al.* (2002) relatam em seu estudo frequência de 63,9% em antecedentes familiares de doença tireoidiana. Cordioli, Canali e Coral (2009) encontraram existência de história familiar da doença da tireoide de até 43,51%, e antecedentes familiares de câncer em 19 pacientes (18,26%) em 2000 e 2005, respectivamente (Tabela 11).

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: internação para realização da cirurgia, consulta especializada e 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 12).

Verificou-se ainda que a maioria dos pacientes não relatou espera para ser atendida 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, biopsia 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, observou-se que, dos grupos que tiveram menor tempo de espera (menos de 30 dias e entre 1 e 6 meses), a maioria estava relacionada com suspeita de neoplasia e de câncer de tireoide (Tabelas 12 e 14).

Sarmento e 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. Acrescentam que é fundamental ter o conhecimento da quantidade de pessoas aguardando determinada cirurgia, do número de casos graves e da taxa de morbi/mortalidade.

Conforme demonstram as Tabelas 12 e 13, 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. Cabe ressaltar que este Serviço não possui o Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço voltado para realizar cirurgias da tireoide. Por outro lado, o Ambulatório de Endocrinologia é de referência nas diversas patologias endócrinas, e possui um ambulatório específico da tireoide, e com frequência, casos novos de suspeita de neoplasia e de câncer de tireoide são recebidos. Dessa forma, visando colaborar com o Serviço e atender a demanda local, a equipe de Cirurgia do Aparelho digestivo, conta com um profissional que realiza esta intervenção uma vez por semana, juntamente com outras demandas, parte delas relacionadas à área oncológica, quando as condições do Serviço permitem. Contudo, é de consenso da equipe priorizar os casos de câncer, suspeita de neoplasia, seguido de bóciós de grande volume. Dadas as dificuldades descritas, os pacientes com doença benigna,

a exemplo dos bólios multinodulares, embora apresentem sintomas compressivos expressivos, prolongam seu tempo de espera na fila e, destes, muitos não chegam a realizar a cirurgia.

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 e 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, Machado e Lima (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 e 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.

O Ministério da Saúde reconhece que, no âmbito do SUS, ao lado dos avanços conquistados, persistem problemas que demandam novas medidas no processo de aperfeiçoamento do sistema de saúde, problemas que estão diretamente relacionados com os objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde. Entre os problemas apontados, são citadas a fragmentação do processo de trabalho da rede assistencial e das relações entre os diferentes profissionais, dificultando a complementariedade entre a rede básica e o sistema de referência, e a insuficiente atenção aos direitos dos usuários (BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional da Saúde/PNS 2008/2009-2011*).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2004), o debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, 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.

Identificou-se que a maioria dos pacientes recebeu alguma orientação sobre a patologia e tratamento cirúrgico. Contudo, a maior parte considerou insuficientes as informações recebidas. Tais resultados podem ser atribuídos ao fato de que grande parte das informações prestadas eram restritas, tais como: “o tratamento é só cirúrgico”, que havia suspeita para a malignidade ou de que a doença era benigna e outras mencionadas, o que na maioria das vezes não contemplava as dúvidas e anseios com relação ao tratamento que haviam de se submeter, somado ao fato de que, parte deles, relatou não ter recebido qualquer informação. Observou-se que, entre as informações dadas, a mais frequente esteve relacionada aos riscos de complicações vocais, seguida de riscos respiratórios, e que a principal preocupação e o medo maior foram o perigo da perda da voz. Contudo, para a maioria, a realização da cirurgia foi considerada importante e necessária. Os motivos relatados foram a possibilidade de cura da doença ou a melhora da saúde geral, e os sintomas apresentados, parte deles associados aos sintomas compressivos, ocasionados pelo aumento de volume da glândula tireoide (Tabelas 15 e 16).

Fernandes e Backes (2010) mencionam que a educação em saúde precisa ser mais praticada e melhorada. Como justificativa para a prática ainda tímida, são relatadas a grande demanda de pacientes, a falta de envolvimento, compromisso e interesse dos profissionais para com a população.

De acordo com achados da literatura, muitos autores têm se dedicado a avaliar as informações que são fornecidas ao paciente, seu grau de satisfação e de entendimento. Na maior parte dos estudos, os resultados mostram que os pacientes estão insatisfeitos com as informações que recebem ou que as informações sobre o tratamento proposto não foram adequadas, que muitos pacientes não recebem orientação e tampouco os direitos dos pacientes são respeitados e valorizados

(MARTINS, 2009; SILVIA; TANAKA, 2005; CHAVES, COSTA; LUNARDI, 2005; CRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Assim, os resultados apresentados, remetem à importância e necessidade da atuação do profissional enfermeiro no atendimento ao paciente cirúrgico no ambiente ambulatorial, junto com a equipe multidisciplinar. Nesse sentido, a consulta de enfermagem qualificada, com proposta de um atendimento digno e respeitoso, com valorização dos aspectos subjetivos e objetivos, baseados no maior vínculo e responsabilização com o paciente e com suas necessidades de saúde, pode contribuir para a maior eficiência no planejamento de todo o processo que envolve o paciente cirúrgico, incluindo o preparo do paciente e de sua família, ao tratamento proposto, com vistas à maior qualidade e satisfação destes com relação ao tratamento e cuidado ofertados.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atendendo aos objetivos do estudo, conclui-se que o serviço de referência pesquisado para atendimento de pacientes portadores de patologia de tireoide, apresentava as seguintes características:

- a) atende a pacientes com uma média de 51 anos de idade, predominantemente do sexo feminino, raça branca, baixa escolaridade e renda familiar, procedentes do município de Curitiba, tendo como principais sintomas, nódulo do pescoço, dificuldades de deglutição e alterações da voz. A média de início dos sinais e sintomas foi de 7,04 anos. O principal diagnóstico identificado nesse serviço foi o bócio multinodular atóxico, seguido de lesão folicular e bócio mergulhante, e a principal neoplasia confirmada, após estudo anátomo-patológico e histológico foi o carcinoma papilar. A análise da qualidade de vida em voz demonstrou que as alterações da voz estão presentes na fase pré-cirúrgica e que o domínio do funcionamento físico teve maior impacto na qualidade de vida. As dificuldades com o trabalho e afazeres do dia a dia constituíram a principal limitação relacionada à patologia. A hipertensão arterial e o diabetes foram as principais comorbidades relatadas. Parte dos pacientes fazia algum tipo de tratamento para a tireoide ou já havia sido submetida a tratamento da tireoide, especialmente o uso de medicação antitireoidiana e de hormônio tireoideo. Entre os fatores de risco relacionados, observou-se que a maior parte dos pacientes tinha história de antecedentes familiares de doenças da tireoide, e o câncer de

tireoide familiar foi relatado em 4% dos casos. A radiação de cabeça e pescoço foi relatada em um caso (2%).

- b)** a principal origem dos encaminhamentos para o serviço em estudo, para o tratamento da patologia, foi a Unidade de Saúde, seguida de encaminhamentos internos entre as especialidades do serviço em estudo. 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.
- c)** a maioria dos pacientes do serviço em estudo considerou as informações ofertadas insuficientes. As principais dúvidas e preocupações relacionadas ao tratamento da patologia foram a possibilidade de confirmação para a malignidade da doença e a necessidade de uso permanente de medicação. Com relação ao tratamento cirúrgico, o medo da perda da voz foi a principal preocupação, seguido de complicações gerais e medo da anestesia. A importância relacionada à realização da cirurgia foi atribuída à melhora da condição de saúde e dos sintomas apresentados.

Conhecer o perfil epidemiológico das patologias que afetam a população, as necessidades, dúvidas, angústias dos pacientes, relacionadas com a patologia, o tratamento e as intervenções, são fatores essenciais para os profissionais de saúde, particularmente para o enfermeiro, dada a sua atuação na assistência, planejamento e gerenciamento.

Considerando que o número de casos suspeitos e confirmados de neoplasia pós-intervenção foi relevante, o acesso aos serviços de saúde especializados ao paciente com disfunção tireoidiana é de fundamental importância.

A caracterização do serviço público em estudo aponta para a necessidade da ampliação de acesso à cirurgia da glândula da tireoide, de ações de educação em saúde mais adequadas, e da atenção de uma equipe multidisciplinar.

Pode-se considerar, com base nestas conclusões, que embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha apresentado grandes avanços, persistem deficiências, especialmente na atenção secundária e terciária, que precisam ser sanadas para que possa verdadeiramente cumprir os seus princípios e diretrizes. Identificar as necessidades de saúde dos usuários e os entraves que impossibilitam as respostas a essas necessidades devem ser práticas constantes de todos os profissionais de saúde. A busca pelo atendimento resolutivo, objetivando os melhores resultados de saúde, é de fundamental importância, tanto no que se refere às diferentes esferas governamentais quanto à gestão local e à equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

ACETA, P.; ACETA, I.; ACETA, A. C.; ARAUJO, M. S. de; ACETA, 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.

BAGGIO, M. A.; *O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem*. Rev. Eletrônica de Enfermagem, v. 8, n. 1, p. 9-16, 2006. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso 20.06.2011.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, L. E. *Relações de “ não cuidado” de enfermagem em uma emergência: que cuidado é esse?* Esc. Ana Nery, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.116-123, jan./mar. 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.

BEHLAU, M.; OLIVEIRA, G.; SANTOS, L.M.A.DE.; RICARTE, A. *Validação no Brasil de protocolos de auto-avaliação do impacto de uma disfonia*. Pró Fono Revista de Atualização Científica, São Paulo, v. 21, n. 4, p.21-4, out./dez. 2009.

BERLIM, M.T.; FLECK, M.P.A. “Quality of life”: *a brand new concept for research and practice in psychiatry*. Rev Bras de Psiquiatria, Porto Alegre-RS, v.25, n. 4, p. 249-52, maio, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde* /Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8p. (serie E. Legislação de Saúde). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 mar. 2011.

_____. *Plano Nacional da Saúde/PNS 2008/2009-2011*. Brasília-DF, 2 de dezembro, p.85, 2009. Acesso em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 23 out. 2011

_____. *Câncer no Brasil- Registros de base Populacional*. Acesso em 23.10.11 <www.inca.gov.br>

_____. *Estimativa 2012/Incidência de Câncer no Brasil*. Acesso em 16.02.12 <<http://www.inca.gov.br/estimativa2012>>

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*. Acesso em 02.04.12
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

BEDIN, E.; RIBEIRO, L. B. M.; BARRETO, R. A. S. S. *Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico*. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 6, n.3,p.400-9, 2004. Disponível em:<<http://fen.ufg.br/>> Acesso em: 2 abr. 2011.

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.

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.

CAMARGO, R *et al*. Latin American Thyroid Society recommendations for the management of thyroid nodules. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v. 53, n. 9, p. 1. p.167-75, dec. 2009.

CHAVES, P.L.; COSTA, V.T.; LUNARDI,V.L. *A Enfermagem Frente aos direitos de pacientes hospitalizados*. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis- SC, v.14, n.001,p. 38-43, jan-março, 2005.

CLAVE,P.; TERRÉ, R.; KRAA, M.; SERRA, M. *Approaching oropharyngeal dysphagia*. Revista Espanola de Enfermidades Digestivas. Madrid, v.96, n.2, p. 119-131, fev, 2004.

CERNEA, Cláudio Roberto; BRANDÃO, Lenine G. *Kocher e a história da tireoidectomia*. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v. 37, n. 4, p. 240-243, out./nov./dez. 2008.

CORDIOLI, M. I. C. V; CANALI, M. H. B. S; CORAL, M. H. C. *Increase incidence of thyroid câncer in Florianópolis, Brasil: compartive study of diagnosed cases in 2000 and 2005*. Arq. Bras Endocrinologia Metabol, São Paulo, v. 53, n. 4, p.453-60, jun. 2009.

COELI,C.M.;BRITO,A.S.;BARBOSA,F.S.;RIBEIRO,M.G.;SIERO,A.P.A.V.;M.;VAISM AN. *A incidência e mortalidade por câncer de tireoide no Brasil*. Arq Bras Endocrinol Metabol. São Paulo, n. 49, p.503-509, agosto, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Disponível em:<<http://portal.cfm.org.br>> Acesso em 03 fev.2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de Ética dos profissionais de enfermagem*. Disponível em:<http://www.coren-rj.org.br/codigo_etica.htm>. Acesso em: 3 abr. 2011.

CHRISTÓFORO , B.E.B.; CARVALHO, D.S. *Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório*. Rev. Esc. Enfermagem da USP, São Paulo, v.43, n.1, p. 14-22, março, 2009.

DEDIVITIS, R. A.; JUNIOR, E. G. P.; MOLINARI, N.; BARBOSA, E. C. D. de. *Estudo prospectivo da hipocalcemia clínica e laboratorial após cirurgia da tireoide*. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. (Impr.), São Paulo, v. 76, n.1, p.71-7, jan./fev. 2010.

ECKLEY, A. C., ANELLI, W., DUPRT, A. C. *Sensibilidade e especificidade da análise-perceptivo-auditiva da voz na triagem de distúrbios laríngeos*. *Rev. Brasileira de Otorrinolaringologia*. São Paulo, v. 74, n. 2, p.168-71, mar./abr, 2008.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES,V.M.S. *Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.63, n.4, p. jul/ago, 2010

FLECK, M.P.A.; LEAL O.F; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. *et al.*; *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)*. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:21-8.

GASPARINI,R.; BEHLAU,M. *Protocolo de Qualidade de Vida em Voz*, 2009.

GRAF, Hans. *Doença Nodular de Tireoide*. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metab*, v. 48, n. 1, p. 93-104, fev. 2004.

GOMES, N. C. R. P. *O doente cirúrgico no período pré-operatório: Da informação recebida às necessidades expressas*. 2009, 202 f. Dissertação (mestrado em ciências de enfermagem) - Instituto de Ciências biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, 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.

GREENBLATT, David Yü,; SIPPEL,R.;LEVERSON,G.;FRYDMAN,S.S.;CHEN,H. *Thyroid resection improves perception of swallowing function in patient with thyroid disease*. Word J. Surg, Wisconsin-USA, v. 33, n. 2, p. 255-60, nov. 2009.

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.

KASAMA, S. T.; BRASOLOTO, A. G. *Percepção vocal e qualidade de vida*. Pró Fono revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 19, n.1, p.19-28, jun/abr.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.

KRUSE, M. H. L. *et al. Orientação pré-operatória da enfermeira: lembranças de pacientes*. Rev. Eletronica de Enfermag, v.11, n. 3, p. 494-500, 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br>> Acesso em 16/06/2011.

KOPP, P. Theodor Kocher (1841-1917) *Nobel Prize Centenary 2009*. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 53, n. 6,p.1176-80, dec. 2009.

KNOBEL, M.; NETO, G. M. *Relevance of iodine intake as a reputed predisposing factor for thyroid câncer*. Arq. Bras. Endocrinol Metab., São Paulo, v. 51, n. 5, p.701-12, jul. 2007.

LUNARDI, P. L. C.; COSTA, V. T.; LUNARDI, V. L. *A enfermagem frente aos direitos de pacientes hospitalizados*. Texto contexto – enferm. Florianópolis, v. 14, n.1, p.38-43, jan./mar. 2005.

LEE, Y. S.; NAM, K. H.; CHUNG, W. Y.; CHANG, H. S.; PARK, C. S. *Posperative of Thyroid Cancer in a Single Center Experience*. J Korean Med Sci, v. 25, n. 4, p. 541-545, abr. 2010. Published online 2010 March 19. Doi: 103346/jkms.

LIMA, M.A.; YAMADA, A.F.; NAVARRO, F.C.; RESENDE, E.M.; FERREIRA, B.P.; BORGES, M.F. *Punção Biópsia Aspirativa de Tireoide em região Endêmica de Bócio*

coloide. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & metabologia, São Paulo, v.46, n.3, junho, 2002.

MATOS, F. G. O. A.; PÍCCOLI, M.; SCHNEIDER, J. F. *Reflexões sobre aspectos emocionais do paciente cirúrgico*. Ciência Cuidado e Saúde, Maringá, v. 3, n.1, p. 93-98, jan./abr. 2004.

MATOS, R. E.; SOARES, E.; CASTRO, M. E. de; FIALHO, A. V. M. de; CAETANO, J. A. *Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado*. Rev. Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 176-81, abr./jun, 2009.

MATSUO, Silvia E. *et al. Marcadores biológicos de tumores tireoidianos*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & metabologia, São Paulo, v.48, n.1, p.114-125, fev. 2004.

MANGILLI, D. L.; AMOROSO, M. R. M.; NISHIMOTO, I. N.; BARROS, A. P.; ANGELIS, E. C. de. *Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alteração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia*. Rev. Sociedade Bras. Fonoaudiologia, São Paulo, v.13, n. 2,p.103-12, maio, 2008.

MAIA, A. L. *et al. Nódulos de tireoide e câncer diferenciado de tireoide: consenso brasileiro*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, v. 51, n.5,p.867-93, 5, jul. 2007.

MARTINS, J.C.A. *Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbidade*. Ribeirão Preto,Rev. Latino Americana, v. 17, n.3, p. 335-40, mai-jun, 2009.

MEYER, E. S.; MAIA, A. L. *Aspectos patogênicos e clínicos do bócio multinodular*. HCPA, Porto Alegre, v.29, n. 3, p. 246- 254, nov, 2009.

MONTEIRO, R.; BRAILE,D.M.; BRANDAU, R.; JATENE,F.B. *Qualidade de vida em foco*. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, São José do Rio Preto, v.25,n.4, p. 568-574, out/dez, 2010.

MORRIS J, Perez D, McNoe B. *The use of quality of life data in clinical practice*. Rev. Rapid Science Publishers, v.7, n.1, p.85-91, 1998.

NETTO, I. P. *et al. Vocal fold immobility after thyroidectomy wuth intraoperative recurrent laryngeal nerve monitoring*. Med. J., São Paulo, v.125, n. 3, p.186-90, may, 2007.

ORTEGA T. O. *Transtornos de la voz. Rev. Med. Clin. Condes*, v. 20, n.1, p.116-124 jan, 2009.

ORÉ, J; SAAVEDRA, J. *Patología quirúrgica de La glândula tiróides. Anales de La Facultad de Medicina*. Lima, v. 69, n.3, p.182-187, set. 2008.

Organização Mundial da Saúde. *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Geneva:WHO,1998. Disponível em: [HTTP://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html) Acesso em 20/02/2012.

PACHECO, C. A.; AYALA,N.O.DE.; LINARES,Y.; SANABRIA,E.; CANOZO,L. *La punción com aguja fina método de estudo diagnóstico em nódulos de la glândula tiróides. Revista Venezuelana oncologia*. Caracas, v. 21, n. 2, p.77-84, jun. 2009.

PEREIRA, A. L. F. *As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.1527-34, 5. set./out. 2003.

PEREIRA, M. L. T.; SARDENBERG, T.; MENDES, H. W. B.; OLIVEIRA, R. A. de. *Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4. p. 1113-1022, out./dez. 2004.

PONTES, A. A. P. *et al. Prevalência de Doenças da Tireoide em uma Comunidade do Nordeste Brasileira. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 46, n. 5, p.544-49,out. 2002.

PUTNOKI, D. S.; HARA, F.; OLIVEIRA, G.; BEHLAU, M. *Qualidade de vida em voz: o impacto de uma disfonia de acordo com gênero, idade e uso vocal profissional. Revista da sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v.15, n. 4,p.485-90, dez. 2010.

RAHMAN, G. A. *Possible risk factors for respiratory complications after thyroidectomy: na observational study. Ear Nose Throat J.*, United States, v. 88, n.4, p. 890-2, apr. 2009.

RAMOS, Alberto Jose S. *et al. Prevalência de doença tireoidiana em pacientes com diabetes tipo 1. Arquivos Brasileiro Endocrinologia & Metabologia*,São Paulo, v. 47, n. 2, p. 177-182, abr. 2003.

ROSATO, L.; CARVELATO, M.T.; TOMA, G.DE.; AVENIA, N. *Recurrent laryngeal nerve damage and phonetic modifications after total thyroidectomy: surgical malpractice only or predictable sequence?* *World J Surj.*, United States, v. 29, n. 6, p.780-4, jun. 2005.

ROBERTI, A.; OLIVEIRA, J.M.; PORTO, L.B.; ARAUJO, W.E.C.; MEDEIROS, K.B. *Concomitância de bócio colóide com outras doenças tireoidianas: coincidência ou influência de fatores ambientais e individuais?* *Rev. Bras Clinica Medica*. São Paulo, v. 8, n.5, p. 378-81, set-out, 2010.

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.

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.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-88, mar./abr. 2004.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. *Comunicação: uma necessidade percebida no período pré operatório de pacientes cirúrgicos*. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 58, n. 6, p.673-6, nov./dez, 2005.

SOUZA, L. S., CRESPO, A. N., MEDEIROS, J. L. A. *Laryngeal vocal and endoscopic alterations after thyroidectomy under local anesthesia and hypnosedation*. *Brazilian 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.

SOUZA, L.R.Q.; RIBAS, J.M.; MALAFAIA, O.; CZECZKO, N.G.; R, C.A.P.M.; SOUZA, G.D.; MARINHO, C.H. *Expressão citofotométrica da Caspase-3 no carcinoma papilífero da tireoide e no bócio colóide*. *Rev.Col. Bras. Cir.* Rio de Janeiro, v.37, n.5, set/out, 2010.

SPINA, A. L.; MAUNSELL, R.; SANDALO, K.; GUSMÃO, R.; CRESPO, A. *Correlação da qualidade de vida e voz com atividade profissional*. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 75, n. 2, p.275-279, mar./abr. 2009.

- SCHINDLER, A.; GROSSO, E. TIDDIA, C.; CAVALOT, A.L.; RICCA, G, OTTAVIANI, F.; SCHINDLER, O. *Swallowing disorders: management data*, Acta Otorhinolaryngologia, Italia, v.23, p.180-4, october, 2003.
- SHEPHERD, K.L.; FISHER, S.E. *Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment*. Oral Oncol. v. 40, p.751-7, August, 2004.
- TAVARES, J. G.; SILVA, E H. A. A. *Considerações teóricas sobre a relação entre respiração oral e disfonia*. Rev. Soc. Bras de Fonoaudiologia, São Paulo, v.13, n.4, p.405-10, jul. 2008.
- TETANI, A. C.; PINTO, M. H. *A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico*. Rev. Arquivo Ciências e Saúde, v.14, n. 2, p. 85-91, abr./jun. 2007.
- VOLPI, E. M.; SANTOS, A. B. O. de; CAPELLI, F. A. de; ANDRADE, C. R. A.; OMOKAWA, M.; BRANDÃO, L. G. *Tireoidectomia vídeo assistida: experiência de 120 casos*. Rev. Colegio Brasileiro de Cirurgiões, v. 34, n. 1, p. 3-8, jan./fev, 2007.
- 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.
- WARD, L.S. *Epidemiologia do câncer da tireoide no Brasil: Apontando Direções na Política de Saúde do País*. Arq. Bras. Endocrinologia Metab, São Paulo, v.49, n.4, p. 474-76, agosto, 2005
- YAMAZAKI, C.A. *et al. Incidência de malignidade na doença nodular da tireoide com baixa suspeita clinica: estudo observacional prospectivo por dois anos num coorte de 50 pacientes*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. São Paulo, v. 48, n. 2, p.282-93, abr. 2004.
- YANGALI, Ruben; MORENO, Kattia. *Paralisis vocal permanente: corrección quirurgica 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.

APÊNDICE 1 – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA



Curitiba, 28 de maio de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)
Marilu Rita Villa Koga
Neste

Prezada Pesquisadora:


Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL VOCAL E INFORMAÇÕES DO PACIENTE NA CIRURGIA DE TIREOIDE”, foi analisado COM PENDÊNCIA pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 27 de abril de 2010. Após, analisadas as pendências encaminhadas pelo pesquisador, este CEP/HC considera o projeto aprovado em 25 de maio de 2010. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0090.0.208.000-10
Registro CEP: 2193.087/2010-04

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 28 de novembro de 2010.

Atenciosamente,



Renato Tambara Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE TIREOIDE EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO.

INVESTIGADOR (A): Marilu Rita Villa Koga

LOCAL DA PESQUISA: Hospital de Clínicas da UFPR

RUA: Maria Clara, 33, apto 41, Br. Alto da Glória, Curitiba Pr, CEP 80030140

FONE PARA CONTATO: 9151-1446.

PROPÓSITO DA INFORMAÇÃO AO PACIENTE E DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador. Para poder participar, é necessário que você leia o documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar do estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar deste estudo ou se retirar a qualquer momento.

OBJETIVO/PROPÓSITO DO ESTUDO

Caracterizar os pacientes com indicação de cirurgia de tireoide em um serviço de atendimento especializado.

PROCEDIMENTOS

Será feito uma entrevista com perguntas contendo dados como: sexo, idade, tipo de doença, tratamentos já realizados, principais sintomas, doenças associadas, se sente algum desconforto e limitações devido a doença e suas informações e acesso a ao tratamento e a cirurgia.

Os benefícios desta pesquisa é identificar os grupos em que as doenças ocorrem com mais frequência, os fatores de risco que podem estar associados às doenças da tireoide, os tipos de doenças que mais acontecem e as informações que o paciente possui sobre a cirurgia a ser realizada. Outro benefício importante é orientar e preparar o paciente a ser submetido à cirurgia de tireoide no período pré-operatório.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua decisão é voluntária. Você pode decidir não participar no estudo. Uma vez que você decidiu participar do estudo, você pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se você decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

Sua participação é voluntária, portanto você não será pago por sua participação neste estudo. A entrevista será realizada após consulta médica, ou durante o internamento no período pré-operatório.

PERMISSÃO PARA REVISÃO DE REGISTROS, CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS

O investigador, responsável pelo estudo e pela equipe, irá coletar informações sobre você. Em todos esses registros, um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo. Membros das Autoridades de saúde ou do Comitê de Ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. Você tem direito de acesso aos seus dados. Você pode discutir esta questão mais adiante com o pesquisador responsável.

CONTATO PARA PERGUNTAS

Se você ou seus parentes tiver alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do paciente, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve contatar o investigador do estudo ou sua equipe: Marilu Rita Villa Koga, fone 91511446 . Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) do Hospital de Clinicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone: 3360-1896. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

APÊNDICE 3

DECLARAÇÃO DO CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento.

NOME DO PACIENTE	ASSINATURA	DATA
------------------	------------	------

NOME DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA	DATA
---------------------	------------	------

NOME DO INVESTIGADOR	ASSINATURA	DATA
----------------------	------------	------

APENDICE 4 – INSTRUMENTO DE PESQUISA CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES COM INDICAÇÃO DE CIRURGIA DE TIREOIDE EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO

Data: _____ entrevistador (a): _____

Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista _____

1) N.º de identificação do questionário _____ 2) iniciais do nome: _____

Sr (a), vou fazer algumas perguntas sobre seus dados pessoais, sobre a sua doença, sobre as informações/orientações que recebeu e situação de tratamento, que são muito importantes para esta pesquisa e para melhorar o atendimento neste serviço. Fique à vontade para responder. Agradeço desde já a sua colaboração.

Vamos começar:

3) Quantos anos o (a) senhor (a) tem? _____ 4) Sexo: () Feminino () Masculino.

5) Qual a sua profissão? _____ 6) Quantos anos estudou? _____

7) Em qual município/estado reside atualmente? _____

8) Há quanto tempo mora neste município? _____

9) Em qual município/estado nasceu? _____

10) Qual a sua raça/cor?

() branca; () parda (); indígena (); amarela () outra.

11) Qual a renda atual da família? () até 1 salário mínimo; () até 2 salários mínimos; () até 3 salários mínimos; () acima de 3 salários mínimos.

12) Você sabe o motivo da sua cirurgia?

Não (); Sim (); c) Qual? _____

13) Diagnóstico médico no prontuário: _____ 14) CID _____

14) Quais foram os primeiros sinais e sintomas relacionados à doença da tireoide?

b) Quando iniciaram os primeiros sintomas (em meses/dias): _____

15) Você apresenta alterações como: caroço (); alteração da voz (); dificuldade para engolir (); dificuldade para respirar (); Outros desconfortos ()

Quais:

16) A doença da tireoide traz alguma limitação na sua vida (no trabalho, em casa, no cuidado com filhos, ou outros)?

a) Não (); b) Sim (); c) Quais

17) Você trata de outras doenças?

a) Não (); b) Sim (); c) Quais?

18) Você usa medicações diariamente?

a) Não (); b) Sim (); c) Quais? _____

19) Na sua família alguém já teve ou tratou de alguma doença relacionada à tireoide?

a) Não (); b) Sim (); c) Quais? _____

20) Você alguma vez chegou a fazer algum tratamento que recebesse radiação na cabeça ou pescoço?

a) Não (); b) Sim (); c) Para que? _____

21) Você fuma?

a) Não (); b) Sim (); c) Se sim, quantos cigarros ao dia? _____

c) Há quanto tempo você fuma? _____

22) Você já fumou?

a) Não (); b) Sim (); c) Quantos cigarros fumava por dia? _____

d) Por quanto tempo fumou? _____

23) Você usa bebidas alcoólicas?

a) Não (); b) Sim (); c) Se sim, quais: _____

d) Quantas doses por semana? _____

e) Há quanto tempo faz uso de bebida alcoólica? _____

24) Na sua alimentação diária há algum tipo de alimento que você tenha restrição?

a) Não (); b) Sim (); c) Se sim, quais: _____

e) Motivo: _____

25) Quem encaminhou você para o HC? _____

26) Qual foi o principal motivo desse encaminhamento? _____

27) Quanto tempo você precisou esperar para conseguir atendimento no HC? _____

28) Em quais clínicas ou médicos você consultou no HC?

() Ambulatório da clínica médica Tempo de espera _____

() Ambulatório da endocrinologia Tempo de espera _____

() Ambulatório da cirurgia Geral Tempo de espera _____

29) Em quais situações encontrou demora de atendimento para a sua doença atual (tireoide)?

() Consulta na Unidade de Saúde Tempo de espera: _____

() Consulta especializada Tempo de espera: _____

() Realização de exames em geral Tempo de espera: _____

() Internação Tempo de espera: _____

() Outras dificuldades? _____

() Nenhuma.

30) Você já fez outro tipo de tratamento para a tireoide antes da indicação da cirurgia:

a) Não (); b) Sim (); c) Se sim, quais: _____

31) Você recebeu alguma informação sobre a sua doença?

a) Não (); b) Sim (); c) Se sim, quais:

32) Você acha que elas foram suficientes? a) Não () b) Sim ()

33) Sobre a sua cirurgia, você já recebeu alguma informação?

a) Não (); b) sim (); c) Se sim, quais? _____

questões de múltipla escolha – excedendo 100%.

34) você acha que elas foram suficientes? A Não () b) Sim ()

35) Você tem alguma dúvida ou preocupação sobre o seu tratamento?

a) Não (); Sim (); Se sim, quais? _____

36) Você tem alguma dúvida ou preocupação sobre a sua cirurgia?

a) Não (); b) Sim (); c) Se sim, quais: _____

37) Para você é importante fazer esse tratamento cirúrgico?

a) Não (); b) Sim; c) Se sim, por quê? _____

38) Data prevista para a cirurgia (data do prontuário): _____

APENDICE 5 - PROTOCOLO QVV

Protocolo de Qualidade de Vida em Voz – QVV (Gasparini, Behlau, 2005)

Nome _____ Data: _____

Idade: _____

Estamos procurando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária. Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados à voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como sua voz tem estado nas duas últimas semanas. Não existem respostas certas ou erradas.

Para responder ao questionário, considere tanto a gravidade do problema, como sua frequência de aparecimento, avaliando cada item abaixo de acordo o tamanho do problema que você tem. A escala que você irá utilizar é a seguinte:

- 1 = não é um problema
- 2 = é um problema pequeno
- 3 = é um problema moderado/médio
- 4 = é um grande problema
- 5 = é um problema muito grande

Por causa de minha voz, O quanto isto é um problema?

- | | |
|--|-----------|
| 1. Tenho dificuldades em falar forte (alto) ou ser ouvido em lugares barulhentos. | 1 2 3 4 5 |
| 2. O ar acaba rápido e preciso respirar muitas vezes enquanto eu falo. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Às vezes, quando começo a falar não sei como minha voz vai sair. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Às vezes, fico ansioso ou frustrado (por causa da minha voz). | 1 2 3 4 5 |
| 5. Às vezes, fico deprimido (por causa da minha voz). | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tenho dificuldades em falar ao telefone (por causa da minha voz). | 1 2 3 4 5 |
| 7. Tenho problemas no meu trabalho ou para desenvolver minha profissão (por causa da minha voz). | 1 2 3 4 5 |
| 8. Evito sair socialmente (por causa da minha voz). | 1 2 3 4 5 |
| 9. Tenho que repetir o que falo para ser compreendido. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Tenho me tornado menos expansivo (por causa da minha voz) | 1 2 3 4 5 |