



MORTALIDADE POR NEOPLASIAS DE ÚTERO: O DÉFICIT DE INFORMAÇÕES NOS PRONTUÁRIOS RELACIONADO AO PROGNÓSTICO DA DOENÇA

Maria Eugenia Alcântara Albano¹, Jéssica Camila Fizinus²

RESUMO: As neoplasias são a segunda causa de morte em mulheres brasileiras, estando o câncer uterino em terceiro lugar. O objetivo do estudo é relacionar a influência do déficit de informações em prontuários de mulheres que foram a óbito por neoplasias do útero ao prognóstico da doença. O estudo englobará mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde que foram a óbito em Maringá por neoplasias de útero no período de 2009 a 2014. O estudo será realizado a partir de dados secundários obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá por meio de informações da Vigilância Epidemiológica e prontuários coletados no Sistema Gestor. A coleta de dados ocorrerá conforme descrito a partir da lista de óbitos por neoplasia de útero, correspondente ao CID-10: C55 Neoplasia maligna do útero, porção não especificada, C539 Neoplasia maligna do colo do útero, não especificado e C541 Neoplasia maligna do corpo do útero, posteriormente as mulheres serão identificadas no sistema gestor para captação do número do SUS, após esta etapa haverá a procura dos prontuários no sistema gestor. As variáveis analisadas nos prontuários serão: identificação da paciente, dados da UBS, antecedentes pessoais e familiares, história da doença atual, histórico de câncer, tratamento e óbito. Espera-se que o déficit de informações possua relação intrínseca com o prognóstico desfavorável do câncer de colo de útero. Assim, demonstrando de forma direta a relação da pouca ou nenhuma informação com a evolução ao óbito ocasionada pela doença.

PALAVRAS-CHAVE: Análise de prontuário; câncer de colo de útero; mortalidade; mulheres.

1 INTRODUÇÃO

“As neoplasias, atualmente, constituem a segunda causa de morte em mulheres brasileiras, sendo que o câncer de mama ocupa o primeiro lugar, seguido do câncer de pulmão, cólon e reto e colo uterino.” (BIM et al, 2010)

Thuler 2008, mostra que segundo a Agência Internacional de Pesquisa de Câncer (IARC, do inglês International Agency for Research on Cancer), ocorreram no mundo cerca de 273 mil óbitos por câncer do colo do útero em 2002, destes, 232.050 em países menos desenvolvidos. Dentro da série histórica desenvolvida pela IARC, constatou-se que no período de 1979 a 2005 houve um acréscimo de 0,32 por 100.000 na taxa de mortalidade de mulheres brasileiras.

Já o câncer do corpo do útero aparece em sexto lugar referente à frequência de acometimento entre as mulheres, com uma incidência mundial de cerca de 319 mil por ano. As principais acometidas são mulheres na menopausa, principalmente entre 50 e 65 anos. Quando diagnosticado no início de seu aparecimento, é acompanhado de um bom prognóstico, este fato é evidente quando analisam-se as taxas de mortalidade de países desenvolvidos, que geralmente detectam precocemente o câncer, e nota-se que são relativamente mais baixas. (INCA, 2014)

De acordo com o DATASUS no último ano dessa série histórica realizada no Brasil, 2005, o número de óbitos foi de 1.615. Sendo assim, houve um acréscimo de 16% quando comparado ao ano de 2013, registro mais recente do DATASUS.

O câncer caracteriza-se por um conjunto de células de um tecido ou órgão que crescem de forma lenta e inofensiva ou, rapidamente, de forma agressiva e desordenada, podendo ou não migrar para outras regiões do corpo. Este denomina-se neoplasia maligna e aquele, benigna. Quando presente em mucosa ou tecido epitelial nomeia-se carcinoma, e quando em glândulas, adenocarcinoma. As neoplasias do útero enquadram-se nessas classificações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), 2009, classifica o câncer do útero em: “I” quando o tumor está limitado à região do corpo do útero; “II” quando o tumor alcança o colo do útero; “III” quando o tumor ultrapassou os limites uterinos, mas ainda está limitado aos órgãos da região pélvica; e “IV” quando o tumor afetou a bexiga ou o ânus, ou mesmo, atingiu outros órgãos a partir de metástases. Esta classificação possui, ainda, subdivisões que englobam extensão e visibilidade do tumor. (MUTCH, 2009)

Em relação ao câncer do colo do útero, que inicia-se com modificações intra-epiteliais que, progressivamente tornam-se uma lesão cancerosa invasora, a classificação adotada até os dias atuais é a de Richart, 1967. O critério avaliado são as camadas acometidas pela neoplasia intra-epitelial cervical (NIC). Assim, é dividida em NIC I, NIC II e NIC III, sendo que no grau I observa-se uma desordenação apenas das camadas

¹ Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Cesumar - UNICESUMAR, Maringá - PR. maria.eugenia.albano@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Medicina do Centro Universitário Cesumar - UNICESUMAR, Maringá - PR. jessicafizinus@gmail.com



basais do epitélio estratificado, no grau II essa desordem aparece em três quartos da espessura do epitélio e no grau III, em todo o epitélio. A classificação adotada pelo Brasil, 2006, divide as lesões intra-epiteliais escamosas em baixo grau (LSIL) e alto grau (HSIL), sendo que esta corresponde aos NIC II e III, e aquela ao NIC I. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

No geral, o estágio inicial das neoplasias de útero é assintomático, porém, com a evolução da doença podem aparecer alguns sintomas: dor, corrimento e sangramento vaginal. (HOSPITAL DO CÂNCER DE BARRETOS, 2014)

Portanto, o diagnóstico na fase assintomática é o conjunto de uma boa anamnese aliada ao exame citopatológico do colo do útero realizado anualmente e a busca ativa de mulheres em idade fértil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Estes garantem o diagnóstico e estima-se que, com o tratamento adequado, diminuam cerca de 80% a incidência do câncer do colo do útero. (BIM, PELLOSO, CARVALHO e PREVIDELLI, 2010)

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa será do tipo observacional, transversal, epidemiológica, documental e quantitativa. Englobará mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que foram a óbito em Maringá por neoplasias de útero no período de 2009 a 2014. Terá como critério de exclusão mulheres que foram a óbito por neoplasias do útero em outros municípios, fora do período compreendido ou que não são usuárias do SUS.

O estudo será realizado a partir de dados secundários obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá por meio de informações da Vigilância Epidemiológica e prontuários coletados no Sistema Gestor.

Os materiais necessários para realização da pesquisa serão os prontuários que coletados no Sistema Gestor da obtidos Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. A partir destes, utilizando *laptops* pessoais, serão montadas planilhas no programa Microsoft Office Excel para relação de dados. Por fim através de pesquisas bibliográficas em livros, websites de instituições e órgãos relacionados ao tema, cartilhas e artigos, será redigida a pesquisa no Microsoft Office Word, procurando estabelecer a relação entre os dados e o prognóstico das pacientes.

Dados encontrados em livros, DATASUS, cadernos de atenção básica e artigos publicados referentes ao assunto serão relacionados com as variáveis presentes e as variáveis ausentes nos prontuários da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá referente a mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde da cidade de Maringá e que faleceram por neoplasias uterinas.

A coleta de dados ocorrerá primeiramente com a solicitação junto a vigilância epidemiológica, a lista de óbitos por neoplasia de útero, correspondente ao CID-10: C55 Neoplasia maligna do útero, porção não especificada, C539 Neoplasia maligna do colo do útero, não especificado e C541 Neoplasia maligna do corpo do útero, posteriormente as mulheres serão identificadas no sistema gestor para captação do número do SUS, após esta etapa haverá a procura dos prontuários no sistema gestor. As variáveis analisadas nos prontuários serão:

1. Identificação da Paciente: data de nascimento, idade, etnia e o número de atendimentos que realizou na Unidade Básica de Saúde desde o primeiro dia até o óbito;
2. Dados da UBS: nome da UBS que atendeu a paciente;
3. Antecedentes pessoais e familiares: dados referentes à hipertensão, diabetes, tabagismo, exame citopatológico, data e número de exames realizados pela paciente, data da menarca, primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, uso de anticoncepcional, número de filhos, uso de preservativo, história familiar de câncer, realização de atividade física, estado civil, escolaridade, renda familiar e número de pessoas que vivem com a renda familiar;
4. História da doença atual: em que será colhido dados referentes à data da primeira queixa ginecológica, identificação da queixa ginecológica, diagnóstico, data do diagnóstico do câncer, a classificação do CID-10, intervalo entre as citologias, satisfatoriedade dos tipos de células, se a paciente realizou cauterização, se a paciente se submeteu a alguma cirurgia, se houve metástase e, se houve, o local da metástase;
5. Histórico de câncer: em que será verificado se antes de apresentar câncer de útero tinha diagnóstico de câncer em outro local e, se a resposta for positiva, qual o local do câncer anterior;
6. Tratamento: em que será colhido a data do início do tratamento, tipo de tratamento e se houve presença de acompanhante nas consultas.
7. Óbito: em que será colhida a data do óbito e a causa do óbito.

As informações dos prontuários serão, enumeradas em uma planilha no Microsoft Excel de acesso apenas das autoras e orientadora do projeto, de maneira que a identidade das pacientes seja preservada.

Os aspectos éticos que envolverão a presente pesquisa serão embasados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS 466/2012) (BRASIL, 2012).



O projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICESUMAR, Centro Universitário Cesumar, após a liberação da Secretaria Municipal de Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Espera-se que o déficit de informações possua relação intrínseca com o prognóstico desfavorável do câncer de colo de útero. Assim, demonstrando de forma direta a relação da pouca ou nenhuma informação com a evolução ao óbito ocasionado pela doença.

REFERÊNCIAS

BIM, Cíntia Raquel, PELLOSO, Sandra Marisa, CARVALHO, Maria Dalva de Barros e PREVIDELLI, Isolde Terezinha Santos. **Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava**, Paraná, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, 2. ed, p.42, Brasília, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**, p.49, Rio de Janeiro, 2014.

MUTCH, David G. **The new FIGO staging system for cancers of the vulva, cervix, endometrium and sarcomas**, 2009.

THULER, Luiz Claudio Santos. **Mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil**, 2008.