

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNO DE CARVALHO DORNELAS

ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS SOBRE A CONCORDÂNCIA ENTRE O RASTREAMENTO E O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO NUMA UNIDADE DE SAÚDE EM UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS.

UBERABA – MINAS GERAIS

2013

BRUNO DE CARVALHO DORNELAS

ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS SOBRE A CONCORDÂNCIA ENTRE O RASTREAMENTO E O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO NUMA UNIDADE DE SAÚDE EM UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

UBERABA - MINAS GERAIS

2013

BRUNO DE CARVALHO DORNELAS

ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS SOBRE A CONCORDÂNCIA ENTRE O RASTREAMENTO E O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO PARA O CÂNCER DO COLO UTERINO NUMA UNIDADE DE SAÚDE EM UBERLÂNDIA – MINAS GERAIS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Prof. Edison José Corrêa — UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em: 3/5/2013

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, pelo incentivo e ajuda na realização desta pesquisa.

A equipe da Unidade Básica de Saúde São João Evangelista, pela motivação e parceria no trabalho diário com a Medicina de Família e Comunidade.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela saúde e perseverança que tem me dado.

A meu pai, pelo esforço de educar seus filhos e pela companhia nas longas viagens ao polo de Corinto.

“Sua tarefa é descobrir o seu trabalho e, então, com todo o
coração, dedicar-se a ele.”

Buda.

RESUMO

No Brasil, o câncer do colo uterino é a segunda neoplasia e a quarta causa de mortalidade entre as mulheres, podendo ser evitado através da detecção e tratamento precoces. O esfregaço cérvico-vaginal, ainda é o mais eficaz para realizar o rastreamento. O objetivo do estudo foi analisar a concordância diagnóstica entre o esfregaço cérvico-vaginal e o resultado da biópsia do colo uterino correspondente. Realizou-se um estudo epidemiológico de carácter descritivo, transversal e retrospectivo, de abordagem quantitativa, com 5.779 esfregaços cérvico-vaginais, realizados numa unidade básica de saúde de Uberlândia, de janeiro de 2011 a outubro de 2012. Foram 436 casos positivos e desses, 173 casos foram biopsiados. A concordância diagnóstica global foi de 48% e para a categoria de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III) foi de 62%. Portanto, fazem-se necessários o permanente controle de qualidade interno e externo dos laboratórios e a educação continuada dos profissionais da saúde para o maior sucesso dos programas de rastreamento.

Descritores: Esfregaço cervical. Neoplasia do colo do útero. Controle de qualidade.

ABSTRACT

In Brazil, cervical cancer is the second neoplasm and the fourth leading cause of cancer mortality among women and it can be prevented by early detection and treatment. The cervical-vaginal smear is still the most effective way. The aim of the study was to analyze the diagnostic concordance between cervical-vaginal smear and the correspondent biopsy of the cervix. We conducted an epidemiological study of a descriptive nature, transversal and retrospective quantitative approach, on 5,779 cervicovaginal performed in a primary care unit of Uberlandia, from January 2011 to October 2012. We found 436 positive cases and of these, 173 cases went through a biopsy procedure. The global diagnostic concordance was 48% and for the category of high grade squamous intraepithelial lesion it was 62%. So, permanent laboratorial internal and external quality control and continuing education for health professionals are necessary screening programs success.

Descriptors: Cervical smears. Uterine cervical neoplasms. Quality control.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	14
5 ANALISE DOS DADOS SECUNDARIOS	15
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer do colo uterino é a segunda neoplasia maligna mais frequente na população feminina e a quarta causa de mortalidade por câncer entre as mulheres (INCA, 2012a). Faz-se a ressalva que se diagnosticado e tratado em tempo hábil, o câncer de colo uterino pode ser curável. Entretanto, os dados e informações oriundos do Instituto Nacional do Câncer (INCA) afirmam que essa doença tende a causar, ainda, 4.800 mortes anualmente. Estimam-se 17.540 novos casos de câncer do colo uterino para o ano de 2012 (INCA, 2012b).

O rastreamento e o diagnóstico precoce requerem, primariamente, o exame especular e a citologia oncológica, seguidos de colposcopia e biópsia dirigida. Atualmente, o teste de Papanicolaou é a principal ferramenta do combate ao câncer cervical no Brasil, onde são processados cerca de 12 milhões de exames citopatológicos cérvico-vaginais ao ano pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente (BRASIL, 2011).

O Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero tem promovido resultados positivos. Um exemplo palpável de que o Brasil tem conseguido êxito em suas ações de rastreamento é que, ultimamente, 44% dos casos são de neoplasia cervical intraepitelial grau III, também conhecida como carcinoma *in situ*, e classificada como lesão de alto grau segundo o Sistema Bethesda de 2001. Trata-se de um estágio precoce e passível de cura. Enquanto que na década de 1990, 70% dos casos diagnosticados eram de câncer invasor do colo uterino, isto é, a fase de prognóstico mais reservado da doença (BRASIL, 2011).

Infelizmente, os procedimentos para o exame de Papanicolaou não são perfeitos. O esfregaço cérvico-vaginal necessita de laboratório, com controle de qualidade interno e externo, e educação continuada dos profissionais da saúde para garantir a eficiência (BRASIL, 2011).

É sabido que a amostra dessecada, espessa e rica em sangue e células inflamatórias pode ter a visualização de células neoplásicas depreciada. O INCA cita que a taxa de falso negativo da citologia pode ultrapassar 50%. As Unidades de Monitoramento Externo da Qualidade Citológica (UMEQCs) têm informado uma

discrepância de 2,8% nos diagnósticos citopatológicos cérvico-vaginais (GAMBONI, 2012). Falhas no processo de rastreamento do câncer de colo uterino podem ter impacto positivo inferior ao que se espera.

A disciplina, Saúde da Mulher, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, lança o desafio de se fazer uma análise da situação sobre a prevenção do câncer do colo uterino e discute a qualidade da coleta, adequabilidade e monitoramento dos esfregaços cérvico-vaginais com a finalidade de sugerir e modernizar os protocolos assistenciais.

O Colégio Americano de Patologistas (CAP) define o controle de qualidade como o conjunto de processos e técnicas para detectar, reduzir e corrigir as deficiências no processo analítico. Sabe-se que desde a década de 1940, devido ao lançamento de programas de rastreamento e detecção dos resultados falso-negativos, tem-se dado mais dedicação ao controle de qualidade (GAMBONI, 2012).

A correlação citohistológica, isto é, a correspondência entre os achados na citologia oncológica com aqueles nas biópsias do colo uterino, é uma forma de controle de qualidade que permite identificar discrepâncias diagnósticas e propor medidas de melhorias para o escrutínio. Daí, a relevância do presente trabalho, que é analisar a correlação citopatológica entre os achados dos esfregaços cérvico-vaginais e o resultado da biópsia de colo uterino correspondente, realizados no município de Uberlândia – Minas Gerais, no ano de 2011 a outubro de 2012.

2 JUSTIFICATIVA

O câncer do colo do útero é um problema da saúde pública pelas altas taxas de morbimortalidade ainda existentes no nosso país. É uma doença que possui vários fatores de riscos. Há disponível nos serviços de saúde um exame para detecção precoce, que é a citologia oncótica, também conhecida como exame de Papanicolaou. O Ministério da saúde preconiza a realização de do exame de Papanicolaou a cada três anos, após dois exames consecutivos negativos (AMORIM *et al.*, 2006).

Êxitos no combate ao câncer do colo uterino estão sustentados no rastreamento seletivo e sistematizados, favorecendo os grupos mais vulneráveis (RAFAEL; MOURA, 2010).

Apesar da implantação da política de controle do câncer do colo do útero e de mama, verifica-se ainda que as taxas de incidência e de mortalidade ainda persistem pelo fato das medidas adotadas serem possivelmente deficientes na oferta, no acesso e na qualidade das ações realizadas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

Em estudo realizado por Corrêa e Villela (2008) analisando os resultados da adequabilidade das lâminas, observaram percentuais elevados de lâminas com limitações de leituras, sugerindo baixa capacitação dos profissionais para a coleta do material, condições inerentes às mulheres com doenças infecciosas cérvico-uterinas, que foram ao serviço por este motivo e assim mesmo foram feitas a coleta de material para o exame. Os autores sugerem que este fato pode ser o responsável pelo número expressivo de exames falso-negativos.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a correlação citopatológica entre os achados dos esfregaços cérvico-vaginais e o resultado da biópsia de colo uterino correspondente realizado no município de Uberlândia – Minas Gerais no ano de 2011 a outubro de 2012

3.2 ESPECÍFICOS

Descrever a frequência dos diagnósticos citopatológicos do exame de Papanicolau referente ao ano de 2011 a outubro de 2012;

Identificar os resultados histopatológicos das biópsias do colo uterino;

Confrontar os dados e informações colhidas e a concordância dos achados.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Para a realização deste estudo epidemiológico de carácter descritivo, transversal e retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de Uberlândia, executaram-se as subseqüentes etapas:

4.1 Análise descritiva de dados em formato eletrônico do Sistema de Informação do Controle de Câncer de Colo Uterino (SISCOLO) sobre o resultado e as observações pertinentes aos exames de citologia oncótica cérvico-vaginal coletados no município de Uberlândia durante o período de 2011 a 2012.

4.2 Levantamento no banco de dados do serviço dos 436 casos positivos com a finalidade de se identificarem aqueles que foram submetidos a estudo histopatológico.

4.3 Análise comparativa entre os 173 diagnósticos citológicos e anatomopatológicos correspondentes com o propósito de se determinar a concordância diagnóstica, como forma de monitoramento interno de qualidade em citopatologia cervical. Os diagnósticos citológicos foram comparados rigorosamente com os laudos histopatológicos e tiveram uma concordância absoluta em 83 casos.

5 ANALISE DOS DADOS SECUNDARIOS

Dentre as técnicas de rastreamento do câncer do colo uterino, a citologia oncótica cérvico-vaginal é considerada o exame mais efetivo e eficiente a ser aplicado coletivamente em políticas públicas de promoção da saúde (CORREA, 2012).

Do total de 5.779 esfregaços cérvico-vaginais, realizados numa unidade básica de saúde de Uberlândia, classificaram-se **436** casos como positivos segundo a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais recomendada pelo Ministério da Saúde: células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas; células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau, células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas, células glandulares atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau, lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (NIC I), lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III), lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III), não podendo excluir micro invasão, carcinoma epidermóide invasor, adenocarcinoma “*in situ*”, adenocarcinoma invasor, células de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas, células de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau e outras neoplasias malignas.

A terminologia utilizada pelo SisCOLO e por este trabalho reflete a compreensão mais atual do câncer do colo uterino. Através dela, comunicam-se as informações clinicamente relevantes a partir do laboratório para a equipe de saúde responsável pelo atendimento das mulheres adscritas as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No período de 01 de janeiro de 2011 a 01 de outubro de 2012, registraram-se no Sistema de informações do Câncer do Colo Uterino (SISCOLO) 5.779 exames de citologia oncótica provenientes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Uberlândia. Observa-se na Tabela 1 que desses esfregaços cérvico-vaginais, 436 (8%) casos resultaram positivos para algum dos diagnósticos citológicos segundo a Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduas Preconizadas (INCA, 2006).

Tabela 1- relação dos casos positivos por diagnóstico citopatológico cervical realizados no município de Uberlândia (MG) de janeiro de 2011 a outubro de 2012.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO	CASOS POSITIVOS
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas.	42
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau.	7
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas.	16
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau.	1
Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (NIC I)*	286
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III)**	45
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III), não podendo excluir microinvasão.	5
Carcinoma epidermóide invasor	8
Adenocarcinoma “ <i>in situ</i> ”	13
Adenocarcinoma invasor	3
Células de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas.	5
Células de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau.	4
Outras neoplasias malignas	1
Total	436

Fonte: Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (SiscCOLO), Ministério da Saúde, Brasil, 2012.

*Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (NIC I) compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia.

**Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III) compreendendo neoplasias intraepiteliais cervicais graus I e II.

O presente trabalho levantou-se, no banco de dados de uma unidade básica de saúde de Uberlândia, os 436 casos positivos com a finalidade de identificar aqueles que foram submetidos a estudo histopatológico. Constatou-se que 173 casos tiveram seguimento com algum método de biópsia do colo uterino; com laudo anatomopatológico disponível.

A seguir, foi descrito os resultados da análise comparativa entre os 173 diagnósticos citológicos e anatomopatológicos correspondentes com o propósito de se determinar a concordância diagnóstica, como forma de monitoramento interno de qualidade em citopatologia cervical. Os diagnósticos citológicos foram comparados rigorosamente com os laudos histopatológicos e tiveram uma concordância absoluta em 83 casos. Pela Tabela 2 verifica-se a síntese desses achados.

5.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas:

A prevalência desse diagnóstico no Brasil foi de 1,2% dentre todos os exames realizados e de 46% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL, 2011). Este trabalho encontrou 11% desse diagnóstico dentre as citologias de rastreamento positivas de uma UBS em Uberlândia. Por alguma razão, 13 casos foram submetidos a algum procedimento de biópsia, havendo concordância citohistopatológica em sete casos.

5.2 Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau:

A prevalência desse diagnóstico citológico no Brasil foi de 0,2% dentre todos os exames e de 7% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL, 2011). Este trabalho encontrou 1,6% desse diagnóstico dentre as citologias de rastreamento positivas de uma UBS em Uberlândia. Conforme as recomendações do Ministério da Saúde, todas as mulheres com laudo citopatológico de células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar

lesão de alto grau devem passar pela avaliação colposcópica. Apenas 03 casos foram seguidos com biópsia; não houve concordância diagnóstica entre a citologia e a histologia.

5.3 Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas e não se pode afastar lesão de alto grau:

A prevalência desses diagnósticos citológicos no Brasil foi de 0,13% dentre todos os exames e de 7% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL, 2011). Este trabalho encontrou 3,8% desses diagnósticos dentre as citologias de rastreamento positivas de uma UBS em Uberlândia. Conforme as recomendações do Ministério da Saúde, todas as mulheres com laudo citopatológico de células glandulares atípicas de significado indeterminado, (possivelmente não neoplásicas ou não se pode afastar lesão de alto grau) devem passar pela avaliação colposcópica. Foram seguidos com biópsia 10 casos; 04 tiveram concordância diagnóstica.

5.4 Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (NIC I):

A prevalência desse diagnóstico foi de 0,8% entre todos os exames citopatológicos realizados no Brasil em 2009. Considerando-se apenas os resultados alterados, a prevalência de lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (NIC I) foi de 31%, representando o segundo diagnóstico mais frequente (BRASIL, 2011).

Este trabalho encontrou 65,5% desses diagnósticos dentre as citologias de rastreamento positivas de uma UBS em Uberlândia. Por alguma razão, 98 mulheres foram submetidas à biópsia e mais da metade delas (52%) teve concordância diagnóstica entre a citologia cervicovaginal e o laudo histopatológico.

5.5 Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III):

A prevalência desse diagnóstico citológico no Brasil foi de 0,25% dentre todos os exames e de 9,7% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL, 2011). Este trabalho encontrou 10,3% desses diagnósticos dentre as citologias de rastreamento positivas de uma UBS em Uberlândia. Conforme as recomendações do Ministério da Saúde, todas as mulheres com laudo citopatológico de lesão escamosa intra-epitelial de alto grau (NIC II e III) devem passar pela avaliação colposcópica. Foram seguidos com biópsia 27 casos; 17 (62,9%) tiveram concordância diagnóstica.

Faz-se a ressalva que cerca de 70 a 75% das pacientes com laudo citológico de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III) apresentam confirmação histopatológica deste grau de doença e 1% a 2% terão diagnóstico de carcinoma invasor (LAVERTY *et al.*, 1988; KINNEY *et al.*, 1998; MASSAD; COLLINS; MEYER, 2001, apud INCA, 2011).

5.6 Lesão escamosa intra-epitelial de alto grau (NIC II e III), não podendo excluir micro-invasão e carcinoma epidermóide invasor:

A prevalência do diagnóstico citológico de lesão escamosa intra-epitelial de alto grau (NIC II e III), não podendo excluir micro-invasão e de carcinoma epidermóide invasor no Brasil foi de, respectivamente, 0,025% e 0,02% dentre todos os exames e de 0,95% e 0,75% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL, 2011). Este trabalho encontrou 1,1% de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III), não podendo excluir microinvasão e 1,8% de carcinoma epidermóide invasor.

Três mulheres com diagnóstico de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III), não podendo excluir microinvasão foram submetidas à biópsia e em um único caso houve concordância diagnóstica. Ao passo em que sete pacientes com diagnóstico citológico de carcinoma epidermóide invasor foram, também, submetidas à biópsia, havendo concordância cito-histológica em três casos.

Vale citar, com base em registros hospitalares de câncer, que 50% das mulheres portadoras de câncer do colo uterino foram diagnosticadas em estádios tardios. Provavelmente, trata-se do reflexo da dificuldade de diagnóstico precoce, da falta de informação e da dificuldade de acesso da mulher à rede de saúde (FEITOSA, 2007).

5.7 Adenocarcinoma “*in situ*” e adenocarcinoma invasor:

A prevalência desses diagnósticos citológicos no Brasil é menor que 0,01% dentre todos os exames e de 0,34% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL/MS/SISCOLO, 2010). Este trabalho encontrou 2,9% de adenocarcinoma *in situ* e 0,68% de adenocarcinoma invasor. Seis mulheres com o diagnóstico de adenocarcinoma *in situ* e duas outras com o de adenocarcinoma invasor foram submetidas à biópsia do colo uterino e não houve concordância diagnóstica em nenhum dos casos.

Entretanto, 50% dos adenocarcinoma *in situ* do colo uterino podem coexistir com lesões intraepiteliais escamosas ou carcinoma epidermóide invasivo (DENEHY; GREGORI; BREEN, 1997; SALAMI; PURI; BRISTOW, 2009; BRASIL, 2011), fato que dificulta o diagnóstico, uma vez que os fatores de risco para adenocarcinoma *in situ* e para as lesões escamosas são semelhantes (URSIN, 1996; apud INCA, 2011).

5.8 Células de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas e células de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau:

A prevalência do diagnóstico citológico dessa categoria no Brasil foi de 0,015% dentre todos os exames e de 0,5% considerando-se apenas os resultados alterados em 2009 (BRASIL, 2011). Este trabalho encontrou 1,1% de células de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas e 0,9% células de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau. Três mulheres com o diagnóstico de células de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas e outra com o de células de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau foram submetidas a biópsia do colo uterino e não houve concordância diagnóstica em nenhum dos casos.

Tabela 2 - Correlação entre os casos citológicos positivos e seus laudos histopatológicos correspondentes (biópsia do colo uterino) realizados no município de Uberlândia (MG) de janeiro de 2011 a outubro de 2012.

CASOS POSITIVOS	CASOS CONCORDANTES	CASOS DISCREPANTES	CASOS NÃO BIOPSIADOS
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	7	6	29
Células escamosas atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau	0	3	4
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas	4	5	7
Células glandulares atípicas de significado indeterminado, não se pode afastar lesão de alto grau	0	1	0
Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (NIC I)	51	47	188
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III)	17	10	18
Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III), não podendo excluir microinvasão	1	2	2
Carcinoma epidermóide invasor	3	4	1
Adenocarcinoma "in situ"	0	6	7
Adenocarcinoma invasor	0	2	1
Células de origem indefinida, possivelmente não neoplásicas	0	3	2
Células de origem indefinida, não se pode afastar lesão de alto grau	0	1	3
Outras neoplasias malignas	0	0	1
Total	83	90	263

Fonte: Banco de dados do serviço e do Sistema de Informações do Câncer do Colo do Útero (Sisccolo), Ministério da Saúde, Brasil, 2012.

Pelos dados apresentados é possível visualizar a diversidade de diagnósticos encontrados nos exames citopatológicos realizados no município de Uberlândia, justificando-se, portanto a importância da análise dos dados secundários existentes nos bancos da Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de propor ações que possam contribuir no esclarecimento precoce desses agravos a saúde da mulher.

Segundo BOTTARI (2013), a frequência dos casos diagnosticados de câncer do colo uterino é uma condição marcadora satisfatória para a avaliação das características institucionais e de normatização da atenção básica em saúde.

Cabe enfatizar que o câncer do colo uterino é uma doença de evolução lenta. Portanto, sua mortalidade pode ser evitada quando o diagnóstico e o tratamento sejam realizados na fase inicial. O rastreamento e o acompanhamento dos casos positivos são essenciais implicam na redução de tratamentos mais complexos e dispendiosos, no âmbito da saúde pública (UCHIMURA, 2009). Sob o prisma da Estratégia Saúde da Família, importantes contribuições podem ser ofertadas para o combate do câncer do colo uterino: vigilância e participação social (RAFAEL; MOURA, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, o câncer do colo uterino é, ainda, frequente causa de mortalidade entre as mulheres, a despeito dos resultados positivos do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero. O rastreamento e o diagnóstico precoce são as principais armas para o combate à morbimortalidade oriunda das neoplasias cervicais.

O exame de citologia oncológica cérvico-vaginal tem reprodutibilidade satisfatória. Entretanto, sua acurácia é observador-dependente podendo gerar falhas no processo de rastreamento do câncer de colo uterino com impacto positivo inferior ao que se espera. A correlação citohistológica é uma forma de controle de qualidade que permite identificar discrepâncias diagnósticas e propor medidas de melhorias para o escrutínio.

Este trabalho analisou 436 casos positivos de uma unidade básica de saúde de Uberlândia e detectou que 173 (40%) mulheres foram encaminhadas a outras unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade para seguimento com biópsia diagnóstica. A análise comparativa, rigorosa, entre os 173 diagnósticos citológicos e anatomopatológicos correspondentes demonstrou concordância absoluta em 83 (48%) casos.

Com relação à concordância diagnóstica entre a citologia e a histopatologia da categoria: lesão escamosa intraepitelial de alto grau (NIC II e III), observou-se 62,9% de compatibilidade. A taxa foi inferior aos 70 a 75% esperados para a categoria segundo vários autores.

Os resultados alcançados por este trabalho apontam para a necessidade de laboratório de leitura citológica, com permanente controle de qualidade interno e externo, e educação continuada dos profissionais da saúde do município de Uberlândia para garantir a eficiência do Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero e em última instância otimizar a Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, K. M. de.; FRIAS, P. G.; ANDRADE, C. L. T. de.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G.; SZWARCOWALD, C. L. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização de prevenção do câncer do colo do útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup. V. 2, S301 – S309, 2009.

AMORIM, V. M.S.L.; BARROS, M. de A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUN, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 11, p. 2329 – 2338, nov, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento de Câncer do Colo Uterino**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do câncer do colo útero e Sistema de Informação do câncer de mama. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0401>> Acesso em: ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília, DF. 2006.

BOTTARI, Clarissa Moraes de Sousa; VASCONCELLOS, Miguel Murat; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Câncer cérvico-uterino como condição marcadora: uma proposta de avaliação da atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2013.

CORREA, M. S.; *et al.* Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, dec. 2012.

CORRÊA, D. A. D.; VILLELA, W. V. O controle do câncer do colo do útero: desafio para implementação de ações programáticas no Amazonas, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n.4, p. 491-494, out/dez, 2008.

DENEHY, T. R.; GREGORI, C. A.; BREEN, J. L. Endocervical curettage, cone margins, and residual adenocarcinoma in situ of the cervix. **Obstet Gynecol Surv.**, n. 56, p. 567-75. 2001.

FEITOSA, T. M. P.; ALMEIDA, R. T. Perfil de produção do exame citopatológico para controle do câncer do colo uterino em Minas Gerais, Brasil, em 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, abr., 2007.

GAMBONI, M.; MIZIARA, E. F. Manual de citopatología diagnóstica. Sociedade Latinoamericana de Citopatología. Ed. Manole. São Paulo, 2011.

INCA. Definição, Câncer do Colo do Útero. 2012a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/colo_uterio/definicao>. Acesso em: ago. 2012.

INCA. Diagnóstico, Câncer do Colo do Útero. 2012b. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/diagnostico1>. Acesso em: ago. 2012.

INCA. Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

KINNEY, W. K. *et al.* Where's the high-grade cervical neoplasia? The importance of minimally abnormal Papanicolaou diagnose. **Obstet Gynaecol.** n. 6, p. 973-6, 1998.

LAVERTY, C. R. *et al.* The reliability of a cytological prediction of cervical adenocarcinoma in situ. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* n. 28, p. 516-22, 1988.

MASSAD, L. S.; COLLINS, Y. C.; MEYER, P. M. Biopsy correlates of abnormal cervical cytology classified using the Bethesda System. **Gynecol Oncol.** n. 82, p. 515-22, 2001.

RAFAEL, R. M. R; MOURA, A, T. M. S. Barreiras na realização da colpocitologia oncológica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, maio, 2010.

SAMALI, R.; PURI, I.; BRISTOW, R. E. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: a metaanalysis of 1278 patients evaluating the predictive value of conization margin status. **Am J Obstet Gynecol.** n.182, p.3-5, 2009.

UCHIMURA, N. S. *et al.* Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. *Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo*, v. 55, n. 5, 2009.

URSIN, G. *et al.* Sexual, reproductive, and other risk factors for adenocarcinomas of the cervix: results from a population-based case –control study (Califórnia, United States). **Cancer Causes Control.** n. 7, p. 391-401, 1996.