

ISSN 2238-9113**ÁREA TEMÁTICA:** (marque uma das opções)

- COMUNICAÇÃO
- CULTURA
- DIREITOS HUMANOS E JUSTIÇA
- EDUCAÇÃO
- MEIO AMBIENTE
- SAÚDE
- TRABALHO
- TECNOLOGIA

ADEQUABILIDADE DAS AMOSTRAS PARA SCREENING/RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO**Jucelia De Fatima Dos Anjos (jucelia.anjos@bol.com.br)****Carolina Wosniack (carolinewkro@gmail.com)****Sonia Ramos Tosato (sonia.tosato@yahoo.com.br)****Ana Paula Xavier Ravelli (anapxr@hotmail.com)****Ednéia Peres Machado (edpmach@gmail.com)**

RESUMO- A eficácia do rastreamento do câncer do colo do útero está intrinsecamente relacionada à coleta satisfatória, e para isso, os esfregaços devem conter células da endo e ectocérvice. O objetivo desse trabalho foi identificar a adequabilidade das amostras em exames realizados no rastreamento do câncer do colo do útero, segundo o Sistema Bethesda e verificar o percentual de amostras insatisfatórias. É uma pesquisa documental, quantitativa e exploratória. Foram analisados 1.000 laudos de mulheres que procuraram os serviços de saúde pública no município de Ponta Grossa, no período de janeiro a dezembro de 2014. Os dados foram obtidos do SISCAN (Sistema de Informação do Câncer). Dos laudos analisados 52,4% não apresentaram células endocervicais. De 18 laudos com alterações citológicas, 83,3% obedeceram aos critérios de Bethesda quanto à qualidade da amostra (8.000 a 12.000 células escamosas e pelo menos 10 células endocervicais). A realização do *screening* para câncer do colo do útero contribui com a diminuição da mortalidade e morbidade, contudo as amostras cervicovaginais devem ser satisfatórias a fim de evitar resultados falso-negativos.

PALAVRAS-CHAVE – Colo do Útero. Neoplasias do Colo do Útero. Programas de Rastreamento.

Introdução

O câncer do colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e passível de prevenção. No Brasil é a quarta causa de morte por câncer em mulheres, sendo estimados para 2014 mais de 15.590 novos casos da doença no país (INCA, 2011).

Normalmente, a neoplasia do colo uterino inicia com uma lesão precursora, na maioria das vezes curável, que pode regredir espontaneamente ou, em alguns casos, progredir. A principal causa do câncer do colo do útero é a contaminação pelo vírus HPV (BRASIL, 2011) cuja exposição e contágio pela mulher pode diminuir com o uso de preservativos. Atualmente, a profilaxia da doença tem sido realizada pela vacinação em grande escala em meninas com nove anos de idade, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A vacina contra o vírus HPV tem eficácia comprovada em indivíduos que ainda não iniciaram a vida sexual. A forma tetravalente da vacina previne contra quatro tipos de vírus HPV (6, 11, 16 e 18), sendo os tipos virais HPV 16 e 18 responsáveis por 70% dos casos de câncer do colo do útero no Brasil (PORTAL BRASIL, 2015).

A diminuição da mortalidade e morbidade por câncer do colo uterino em países de alta renda é creditada a programas de rastreio eficazes. Uma pesquisa realizada em 57 países, incluindo o Brasil, constatou a necessidade de melhorias na qualidade e monitoramento dos exames cervicovaginais, necessários para impactar a diminuição da carga da doença, acarretando em eficiência no seu controle (GAKIDOU, NORDHAGEN E OBERVEVER, 2008).

No Brasil, o rastreamento do câncer do colo uterino, deve ser iniciado quando a mulher completar 25 anos ou se já estiver ativa sexualmente. Após a realização de dois exames consecutivos com resultados negativos, a sua repetição deve ser realizada a cada três anos, e assim sucessivamente, até completar 64 anos, devendo ser interrompido quando a mulher apresentar dois exames consecutivos em cinco anos com resultados negativos (BRASIL, 2013).

Os programas de prevenção do câncer do colo do útero utilizam o método de Papanicolaou, que consiste na realização do exame citológico cervicovaginal, através da coleta de células da Junção Escamocolumnar (JEC), representados pela união das células da ectocérvice e endocérvice, possibilitando a visualização de alterações celulares (SOUZA, 2014).

Contudo, a eficácia do rastreamento depende da qualidade da coleta. Para ser considerada satisfatória para a análise, segundo o Sistema Bethesda, a amostra deve ser constituída de um esfregaço com representatividade (pelo menos 10 células endocervicais e/ou metaplásicas) e celularidade adequada (presença de 8.000 a 12.000 células escamosas), bem distribuídas, fixadas e coradas (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que o máximo de amostras insatisfatórias seja de 5%. A problematização no rastreio do câncer do colo do útero no Brasil, está no fato da ausência de células endocervicais em uma amostra, não classificá-la como insatisfatória, sendo contudo, recomendado que se conste nos laudos o relato da ausência de células da endocérvice (BRASIL, 2011).

A ausência de células endocervicais pode acarretar em resultado falso-negativo, por isso é importante a comunicação entre o laboratório de citopatologia e os enfermeiros que coletam o material cervicovaginal sobre a qualidade da amostra (SOLOMON & NAYAR, 2005), a fim de minimizar falhas que propiciem danos a paciente pela evolução de uma possível doença, onerando o estado com os custos de novos exames e tratamentos complexos, além de gerar estatísticas não confiáveis (BRASIL, 2013).

Na atual nomenclatura utilizada para emissão de laudos citopatológicos cervicovaginais, a amostra é definida como “Satisfatória” ou “Insatisfatória”.

A amostra insatisfatória apresenta uma ou mais das seguintes condições: material hipocelular, obscurecimento por presença de sangue e/ou secreções, dessecaamentos, contaminantes externos, falta de identificação e na lâmina quebrada. Nesses casos a amostra deve ser rejeitada, e por recomendação do Ministério da Saúde, a mulher deve repetir o exame de 6 a 12 semanas, com correção do problema que resultou no exame insatisfatório. (BRASIL, 2011).

A amostra satisfatória apresenta células em quantidade representativa, bem distribuídas, fixadas e coradas, com informações sobre a zona de transformação (células endocervicais e/ou metaplásicas), e quando os esfregaços apresentarem apenas células escamosas na amostra, o exame deverá ser repetido em um ano (BRASIL, 2011; SOLOMON E NAYAR, 2005).

Sendo a excelência na qualidade da amostra cervicovaginal um dos focos do projeto de extensão “Prevenção e educação na atenção à saúde da mulher: coleta de exame Papanicolaou”, este tema é exaustivamente trabalhado com os acadêmicos de farmácia e enfermagem da UEPG.

Objetivos

Identificar a adequabilidade das amostras em exames realizados no rastreamento do câncer do colo do útero em Ponta Grossa, segundo o Sistema Bethesda.

Verificar o percentual de amostras insatisfatórias em exames de rastreamento de câncer do colo uterino em Ponta Grossa.

Referencial teórico-metodológico

O projeto de extensão “Prevenção e educação na atenção à saúde da mulher: coleta de exame Papanicolaou, além de realizar consulta de enfermagem, coleta de material cervicovaginal, executar o exame citológico de Papanicolaou com emissão de laudos, e fazer palestras educativas junto à população leiga na prevenção do câncer do colo uterino, tem também trabalhado junto à Secretaria Municipal de Saúde, no treinamento continuado do quadro de enfermagem que realiza a coleta de material cervicovaginal, no que concerne à qualidade das amostras.

Esse trabalho faz parte do estudo que avalia a qualidade das amostras colhidas no município de Ponta Grossa, na prevenção do câncer do colo uterino.

Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa e exploratória.

Foram analisados 1.000 laudos de exames citopatológicos cervicovaginais, realizados em 2014, no município de Ponta Grossa. Os dados foram coletados do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), que integra os antigos Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Câncer de Mama (SISMAMA).

Foram excluídas da pesquisa cinco mulheres hysterectomizadas.

A coleta do material cervicovaginal foi realizada pelos enfermeiros que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde de Ponta Grossa.

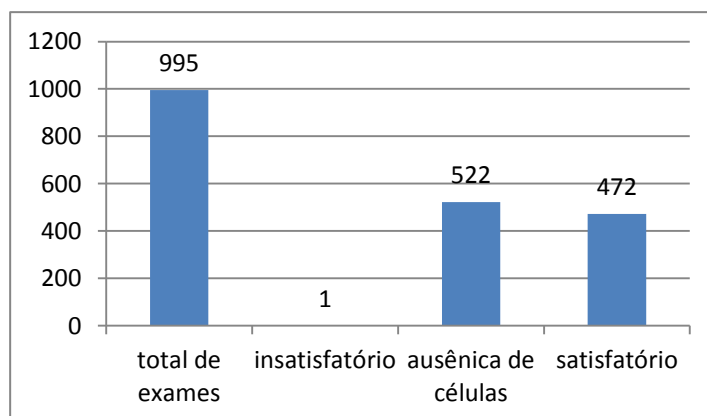
As amostras foram consideradas satisfatórias quando apresentaram células da JEC, segundo recomendação do Sistema Bethesda.

Os dados foram tabulados e analisados pelo programa Excel (2007).

Resultados

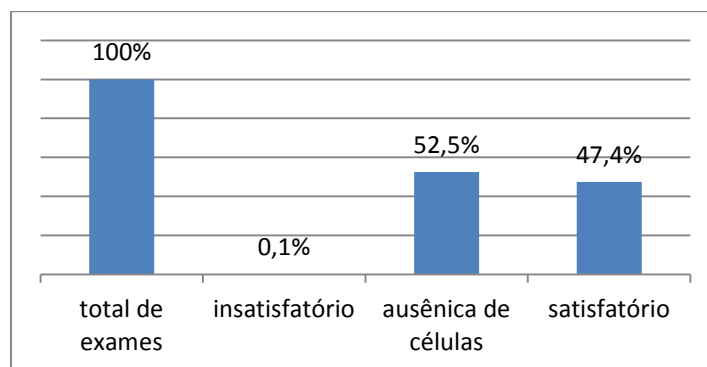
Dos 1.000 laudos de exames citopatológicos analisados, cinco foram descartados por se tratarem de mulheres hysterectomizadas. Dos 995 exames avaliados, um foi classificado como insatisfatório, 522 não apresentaram células endocervicais e 472 foram satisfatórios segundo a classificação de Bethesda (Gráfico 01). Em percentual, 52,4% não apresentaram células endocervicais (Gráfico 02).

GRÁFICO 1 – Presença de células da JEC em exames citopatológicos realizados em Ponta Grossa em 2014, em números absolutos.



Fonte: A autora

GRÁFICO 2 – Presença de células da JEC em exames citopatológicos realizados em Ponta Grossa em 2014, em porcentagem.



Fonte: A autora

Foram observadas 18 amostras com algum tipo de alteração celular, e dessas, 15 (83,3%) apresentaram-se adequadas para análise segundo o Sistema Bethesda, ou seja, continham células da endo e ectocérvice. As alterações celulares observadas foram: 7 (38%) com Lesão intraepitelial cervical grau II e III; 6 (33%) classificadas como Células Atípicas de Significado Indeterminado possivelmente não neoplásicas (ASC-US) e 5 (28%) como Lesão intraepitelial de baixo grau (compreendendo o efeito citopático pelo HPV e neoplasia intraepitelial cervical grau I).

Os resultados obtidos nesse trabalho coincidem com alguns estudos nacionais que sugerem a associação significativa entre a presença de células endocervicais e resultados alterados (AMARAL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível concluir que, se a coleta de material cervicovaginal for realizada corretamente, tomando-se amostras da região da junção escamo colunar (JEC), haverá mais

probabilidade de se detectar alguma lesão, pois dos 18 exames alterados, 83,3% estavam foram classificados como adequados para análise segundo o Sistema Bethesda.

A amostragem dos exames citopatológicos avaliados não se apresentaram satisfatórios para análise, pois 52,4% não continham células da endocérvice, o que pode ter acarretado em resultados falso-negativos prejudicando a detecção precoce do câncer do colo do útero.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Rita Goreti et al. **INFLUÊNCIA DA ADEQUABILIDADE DA AMOSTRA, SOBRE A DETECÇÃO DAS LESÕES PRECURSORAS DO CÂNCER CERVICAL**. Revista brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro v. 30 n 11 p.556-560, ago./Nov. 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n11/05pdf. Acesso em 10 mai 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; **CONTROLE DOS CÂNCERES DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA**. Departamento de ação básica, 2 ed. Brasília. Ministério da Saúde Editora, 2013. 124p.

BRASIL. INCA; **DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 104p. : il.

GAKIDOU, Emmanuela; NORDHAGEN, Stella. OBERMEYER, Ziad. **COVERANGE OF CERVICAL CANCER SCREENING IN 57 COUTRIES: LOW AVERAGE LEVELS AND LARGE INEQUALITIES**. Policy Forum.published 17 jun 2008. PLoS Med 5(6): e132. doi:10.1371/journal.pmed.0050132. <Disponível em <http://www.plosmedicine.org/search/simple>.> Acesso em 25 jun. 2015.

INCA (Brasil). **ABC DO CÂNCER, ABORDAGENS BÁSICAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER**. Printed in Brazil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

PORTAL BRASIL. **VACINAÇÃO CONTRA HPV**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/03/vacinacao-contrahpv-comeca-nesta-segunda-feira-10>. Acesso em 24 jun 2015.

SOUZA, Bianca de; ALMEIDA, Eva Aparecida; MACHADO, Edineia Peres. AVALIAÇÃO DA REPRESENTATIVIDADE CELULAR EM AMOSTRAS DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO UTERINO. 2014. 31 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2014.

SOLOMON, Diane; NAYAR, Ritu. **SISTEMA BETHESDA PARA CITOPATOLOGIA CERVICOVAGINAL**: definições, critérios e notas explicativas. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.