



# O CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA

NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS



**Ministério da Saúde**  
**Instituto Nacional de Câncer**

F  
6.99465  
823con  
3.ed. rev.  
EMOTEC

Novembro - 1994

# **O CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA**



**NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS**

**3ª edição revisada**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER  
COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE CONTROLE DE CÂNCER - Pro-Onco  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MATERNO INFANTIL**

1994

*616-99465  
B 823 com  
1994*

c 1994 Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Tiragem 5.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

Instituto Nacional de Câncer (INCa)  
Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro-Onco)  
Av. Venezuela, nº 134 bloco A - 9º andar  
Centro - RJ CEP: 20081-310  
Tel.: 263-8565/263-6568/253-1656  
Fax: 263-8297

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

#### Ficha catalográfica

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Pro Onco. Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama - Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde. 3ª edição revisada. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer/Coordenação de Programas de Controle de Câncer/Coordenação de Saúde Materno Infantil. 1994

1. Câncer de Mama 2. Câncer do Colo 3. Prevenção

Reg 5284

Tombo:  
38/2010  
12/05/2010

### 1.2.3 - Colposcopia

A colposcopia é uma técnica que permite localizar, no colo do útero, as lesões pré-malignas e o carcinoma invasivo inicial, em mulheres com citologia anormal. Não deve ser utilizada isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico.

A colposcopia tem, portanto, indicações precisas, quais sejam:

- *diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas;*
- *orientação do local correto para biopsiar; e*
- *seguimento das pacientes portadoras de lesões atípicas.*

A colposcopia hoje, como técnica de exame importante nas ações preventivas do câncer do colo uterino, não deve se limitar ao estudo do colo uterino, mas também da vagina, vulva, região perineal e perianal, representando dessa forma, um grande avanço propedêutico para a infecção viral por HPV. Atualmente, recomenda-se também, sempre que possível, a peniscopia do companheiro da mulher.

#### Nomenclatura Internacional dos Aspectos Colposcópicos

O Comitê Internacional de Nomenclatura Colposcópica, no VII Congresso Mundial de Patologia Cervical e Colposcopia, recomendou a seguinte classificação:

A - *Achados colposcópicos normais:*

- Epitélio escamoso original
- Epitélio colunar
- Zona de transformação normal

B - *Achados colposcópicos anormais*

1. Dentro da zona de transformação

- Epitélio acetobranco\*
  - plano
  - micropapilar ou microcircunvoluções
- Pontilhado\*
- Mosaico\*
- Leucoplasia\*
- Zona iodo negativa
- Vasos atípicos

2. Fora da zona de transformação (ectocérvice/vagina)

- Epitélio acetobranco\*
  - plano
  - micropapilar ou microcircunvoluções
- Pontilhado\*
- Mosaico\*
- Leucoplasia\*
- Zona iodo negativa
- Vasos atípicos

C - *Achados colposcópicos sugestivos de câncer invasor*

D - *Achados colposcópicos insatisfatórios*

- Junção escamocolunar não visível
- Inflamação intensa ou atrofia intensa
- Cérvix não visível
- Outros achados

## **EQUIPE DE ELABORAÇÃO**

Emilia Rebelo Lopes - INCA/Pro-Onco/MS

Evaldo de Abreu - INCA/Pro-Onco/MS

Maria das Mercês Pontes Lima Cunha - UFPe

## **ASSESSORIA TÉCNICA**

Mário Jaconianni - INCA/Pro-Onco/MS

Marconi Luna - Sociedade Brasileira de Mastologia

Antonio L. Almada Horta - Sociedade Bras. de Citopatologia

## **ILUSTRAÇÕES**

Alessandro T. Barbastefano - INCA/Pro-Onco/MS

## **EDIÇÃO e DIAGRAMAÇÃO**

Evaldo de Abreu - INCA/Pro-Onco/MS

Claudia Justo de Carvalho Pires - INCA/Pro-Onco/MS



# CONTROLE DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E DE MAMA

## SUMÁRIO

	<b>Apresentação</b>	5
	<b>Introdução</b>	7
<b>1</b>	<b>- Câncer cérvico-uterino</b>	13
1.1	- Epidemiologia do câncer cérvico-uterino	13
1.2	- Ações de controle do câncer cérvico-uterino	14
1.2.1	- Procedimentos técnicos de coleta	15
1.2.2	- Medidas para controle de qualidade dos esfregaços	22
1.2.3	- Colposcopia	25
1.2.4	- Teste de Schiller	27
1.2.5	- Histopatologia	28
1.3	- Controle, seguimento e tratamento	30
<b>2</b>	<b>- Câncer de Mama</b>	34
2.1	- Epidemiologia do câncer de mama	34
2.2	- Ações de controle do câncer de mama	35
2.2.1	- Auto-exame das mamas	35
2.2.2	- Exame clínico das mamas	38
2.2.3	- Exame citológico	40
2.2.4	- Exame histopatológico	43
2.2.5	- Mamografia	43
2.2.6	- Ultra-sonografia	44
<b>3</b>	<b>- Controle no ciclo gravídico-puerperal</b>	45
<b>4</b>	<b>- Bibliografia consultada</b>	46

## Apresentação

As neoplasias malignas constituem um importante problema de saúde pública no Brasil, principalmente em consequência da maior exposição do brasileiro a fatores de risco ambientais e de modificações nos hábitos de vida, em associação ao aumento do número de pessoas idosas, decorrente da maior expectativa de vida da população. Entre as neoplasias malignas, o câncer cérvico-uterino e o de mama constituem as principais causas de óbitos na população feminina de 15 anos ou mais.

A normalização das ações de prevenção e controle nesse campo é, sem dúvida, uma atividade estratégica dentro do processo de organização de um sistema nacional de saúde, com vistas a possibilitar que distintas instituições governamentais, mesmo ligadas a diferentes órgãos, trabalhem sob orientação única. A normalização das ações de saúde, orientadas para problemas prevalentes, permite que os serviços de saúde orientem suas atividades de forma a obter um significativo impacto sobre a ocorrência desses problemas, em vez de apenas responder passivamente à demanda espontânea da população.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem trabalhando na elaboração e divulgação de manuais que procuram, de modo simples e direto, definir e justificar o conteúdo das referidas ações,



normalizar os procedimentos e padronizar as condutas a ser adotadas no controle dessas neoplasias. Eles objetivam, ademais, oferecer material adequado para a capacitação de recursos humanos, sem a qual não se poderá garantir à população o pleno atendimento a seu direito de assistência à saúde.

A elaboração deste manual contou com a contribuição de diversos profissionais, instituições e entidades do setor da saúde de vários estados do Brasil, que desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

Agora em sua 3a. edição, este manual, revisado e atualizado, busca contribuir para a sistematização da atuação dos profissionais de saúde da rede básica e subsidiar o desenvolvimento das ações de prevenção e controle dessas neoplasias, de modo a propiciar a redução da morbimortalidade a elas vinculada. Espera-se que ele continue sendo enriquecido com as contribuições oriundas da própria equipe de saúde da rede básica, de cuja atuação depende fundamentalmente o êxito das ações aqui recomendadas.

**Marcos F. Moraes**

Diretor do Instituto Nacional de Câncer

**Evaldo de Abreu**

Coordenador do Pro-Onco/INCa

# Introdução

Nas últimas décadas, o Brasil registrou um acentuado grau de urbanização, concentrando atualmente cerca de 70% de sua população em áreas urbanas. Mesmo assim, observa-se hoje no país a existência simultânea de doenças infectocontagiosas com doenças crônico-degenerativas relacionáveis ao processo de industrialização e suas conseqüentes agressões ao meio ambiente e ao homem.

Em 1988, as doenças crônico-degenerativas foram responsáveis por cerca da metade dos óbitos registrados no Brasil. O câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, apresentaram, no período de 1978 a 1986, as maiores taxas de mortalidade, entre as mulheres. A distribuição dos óbitos por essas duas neoplasias apresenta diferenças regionais, relacionadas ao grau de desenvolvimento. O câncer cérvico-uterino apresenta-se com maior frequência nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

No período de 1981 a 1985, o câncer cérvico-uterino apresentou uma frequência relativa de 20,1% o que o colocou no segundo lugar entre as neoplasias malignas da população feminina (Tabela 1).

Embora exista tecnologia simples e de baixo custo para a prevenção e o diagnóstico precoce deste tipo

**Tabela 1-** Distribuição percentual (%) das 10 localizações mais freqüentes do câncer primário, em mulheres, no período de 1981 a 1985, no Brasil.

Localização anatômica	%
pele	24,3
colo uterino	20,1
mama	16,6
estômago	4,4
corpo do útero	2,7
reto	2,4
cólon	2,1
ovário	1,8
glândulas tireóide	1,6
gânglios linfáticos	1,6

Fonte: Diagnósticos de Câncer: Brasil 1981/85. RNPT/INCA/MS, Rio de Janeiro, 1991.

de tumor, passível de ser incorporada a todos os serviços de saúde, sua utilização sistemática ainda é reduzida, e atualmente ela é disponível a apenas uma pequena parcela da população feminina.

Somente através de ações preventivas é possível alcançar-se de forma efetiva e com baixo custo o controle dessa doença. O exame citológico periódico do conteúdo cérvico-vaginal permite inclusive o diagnóstico da neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) I e II, consideradas lesões precursoras.

Sob o ponto de vista epidemiológico, diversos estudos brasileiros, ainda que recorram a dados parciais e utilizem o número de exames citológicos

realizados e não de mulheres submetidas ao exame preventivo, têm demonstrado que a cobertura alcançada pelo teste de Papanicolaou é muito baixa. Um desses levantamentos, realizado pela Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco/INCa/MS, estima que em 1989 essa cobertura no Brasil não ultrapassou 8% das mulheres com mais de 20 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde - OMS estabelece que, para a obtenção de impacto epidemiológico na freqüência e distribuição do câncer cérvico-uterino, é necessária uma cobertura de 85% da população feminina de risco.

Para alcançarem a abrangência necessária ao controle da doença, as ações de prevenção devem ser exercidas integralmente por todas as instituições prestadoras de serviços de saúde, nos diversos níveis de atendimento. É fundamental a descentralização da coleta do material cérvico-vaginal, na medida em que essa prática estimula a freqüência de mulheres nos serviços básicos, promovendo a expansão da cobertura. Por sua vez, a centralização do diagnóstico cito-histopatológico permite a qualidade, a unificação do sistema de informação e a racionalização dos custos.

Nos últimos anos, estudos desenvolvidos em todo o mundo vêm demonstrando que, após um exame de Papanicolaou negativo, a redução do risco cumulativo de câncer cérvico-uterino mantém-se bastante elevada nos primeiros cinco anos

subseqüentes, não sendo significativa a diferença observada quando o exame é realizado a intervalos de um, dois ou três anos.

Devido à necessidade de adotar uma uniformização de conduta que permita o ajuste da demanda de exames à capacidade operativa dos serviços de saúde, com vistas ao aumento de cobertura populacional, o Ministério da Saúde e o então Ministério da Previdência e Assistência Social, através de seus organismos responsáveis, promoveram uma Reunião de Consenso, que contou com a participação de especialistas nacionais e internacionais dedicados ao controle do câncer cérvico-uterino, realizada no Rio de Janeiro em 1988.

Foram reconhecidos nessa reunião, como fatores responsáveis pelos altos índices de câncer cérvico-uterino, no Brasil, os seguintes:

- insuficiência de recursos humanos e de materiais disponíveis na rede de saúde para prevenção, diagnóstico e tratamento;
- utilização inadequada dos recursos existentes;
- má articulação entre os serviços de saúde na prestação de assistência nos diversos níveis de atenção;
- indefinição de normas e condutas;
- baixo nível de informação em saúde da população em geral; e
- insuficiência das informações necessárias ao planejamento das ações de saúde.

Essa reunião definiu, como explicitado a seguir, a periodicidade do exame preventivo e a faixa etária a serem priorizadas para obter-se o controle do câncer cérvico-uterino.

### **Periodicidade do exame preventivo do câncer cérvico-uterino:**

*A periodicidade do exame de Papanicolaou a ser adotada na ação de controle do câncer cérvico-uterino será de três anos, após a obtenção de dois resultados negativos com intervalo de um ano.*

### **Faixa etária:**

*A faixa etária priorizada é a de 25 a 60 anos, com ênfase em mulheres que nunca realizaram exame preventivo em sua vida.*

Constituem pontos importantes para o melhor funcionamento do modelo de assistência, nos sistemas estaduais de saúde, a consolidação do conceito de atenção integral à saúde: da mulher e o aproveitamento máximo da capacidade instalada da rede de serviços.

Outra ação importante para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino foi realizada em outubro de 1993, no Rio de Janeiro - o Seminário sobre Nomenclatura e Controle de Qualidade nos Programas do Rastreamento

de Câncer Cérvico-Uterino, promovido pelo Instituto Nacional de Câncer (Coordenação de Programas de Controle do Câncer - Pro-Onco), e a Sociedade Brasileira de Citopatologia -, objetivando a padronização da nomenclatura citopatológica e o estudo de mecanismos para a garantia da qualidade dos diagnósticos realizados nos laboratórios de citopatologia cervical.

Também assume papel de relevo a definição das atribuições dos diferentes componentes da equipe de saúde no atendimento clínico-ginecológico, particularmente em relação aos procedimentos de prevenção do câncer cérvico-uterino e de detecção precoce do câncer de mama. Deverá ser dada ênfase ao treinamento da clientela feminina quanto à realização rotineira do exame clínico das mamas.

O estabelecimento de mecanismos de *referência e contra-referência*, nos serviços de saúde, é imprescindível para a garantia do diagnóstico, tratamento, controle e seguimento.

Enfim, nenhuma ação de controle do câncer cérvico-uterino e de mama avançará sem a participação do componente educativo que atinja a população de mulheres e os profissionais de saúde. Nesse processo, é de fundamental importância a participação das universidades e a definição de estratégias de comunicação social.

# Câncer Cérvico-Uterino

O câncer cérvico-uterino é uma afecção progressiva, iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos. Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, anteriormente denominadas displasias (leve, moderada e acentuada). Atualmente, essas lesões são classificadas como neoplasias intra-epiteliais cervicais do tipo I, II e III (NIC I,II,III), sendo que a NIC III corresponde à displasia acentuada e carcinoma *in situ*.

O principal objetivo das ações de controle do câncer cérvico-uterino é:

*prevenir o carcinoma invasivo, através da detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras.*

## 1.1 - Epidemiologia do câncer cérvico-uterino

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com:

- início de atividade sexual em idade precoce;
- multiplicidade de parceiros (ambos os sexos);



- história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus (HPV 16,18,31,35 etc.) e herpes vírus tipo 2 (HSV-2);
- baixo nível sócio-econômico;
- tabagismo; e
- carências nutricionais, como a hipovitaminose A.

*Todas essas variáveis caracterizam o comportamento de risco de câncer cérvico-uterino e devem ser consideradas na determinação da população-alvo do programa de controle. Ao lado dessas variáveis, é importante considerar, ainda, a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado.*

## 1.2 - Ações de controle do câncer cérvico-uterino

As atividades de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e também do câncer de mama, devem ser desenvolvidas de uma maneira integrada às ações que compõem a *assistência integral à saúde da mulher*. Dessa forma, deverão ser oferecidas a todas as mulheres que buscam os serviços de saúde por qualquer motivo ações educativas individuais e em grupos de reflexão sobre os benefícios que decorrem dessas atividades.

As ações educativas deverão ser, de preferência, aquelas que busquem a participação e reflexão

conjunta dos profissionais de saúde com as mulheres sobre os diferentes aspectos relacionados às doenças e às ações de controle das mesmas.

Embora o processo educativo deva permear todas as atividades, uma boa estratégia para o desenvolvimento das ações educativas é a chamada atividade em *Sala de Espera*, onde informações são dadas enquanto mulheres esperam a consulta médica.

As ações de controle do câncer cérvico-uterino envolvem atividades preventivas e curativas, a seguir discriminadas:

- consulta clínico-ginecológica;
- coleta de material para esfregaço cérvico-vaginal;
- teste de Schiller;
- colposcopia;
- citopatologia;
- histopatologia;
- tratamento dos processos inflamatórios e neoplasias intra-epiteliais;
- encaminhamento para clínica especializada dos casos indicados para complementação diagnóstica e/ou tratamento;
- controle dos casos negativos; e
- seguimento dos casos tratados.

### **1.2.1 - Procedimentos técnicos de coleta de material cérvico-vaginal para o diagnóstico citopatológico**

Ultimamente muito se tem discutido sobre a importância da representatividade celular na coleta de material cérvico-vaginal para o diagnóstico

citopatológico. A amostra é considerada adequada quando há representatividade celular dos locais anatômicos de onde o material foi coletado (fundo de saco vaginal posterior, ecto e endocérvice), as células estão bem preservadas e o processamento técnico das lâminas tem boa qualidade.

Cabe enfatizar que, para a boa qualidade da coleta do material, é importante ter-se à disposição local e instrumental adequados para essa atividade, bem como tempo para o esclarecimento de dúvidas e de superação de temores eventualmente apresentados pela mulher.

### **Técnica de coleta do esfregaço cérvico-vaginal**

A fim de garantir uma boa qualidade dos esfregaços, as mulheres devem ser orientadas previamente a não fazerem uso de medicamentos ou duchas intravaginais durante as 48 ou 72 horas que precedem o dia da coleta, e evitarem relações sexuais nas 24 horas antecedentes ao exame. O exame deve ser realizado fora do período menstrual e, nos casos de hemorragia, a coleta do material poderá ser feita desde que se adicione à solução fixadora três gotas da solução aquosa de ácido acético a 2%.

Para a realização do exame, a mulher deve ser colocada na posição ginecológica, o mais confortável possível, e ter a bexiga esvaziada antes do mesmo. Sob boa iluminação, observa-se atentamente os órgãos genitais externos, prestando-se

atenção à distribuição dos pelos; à integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios; e a presença de secreções vaginais, de sinais de inflamação (inclusive das glândulas de Bartholino) e de veias varicosas. A seguir, coloca-se o espéculo, que deve ser de acordo com as características da mulher a ser examinada - pequeno, médio ou grande. Não deve ser usado qualquer tipo de lubrificante, uma vez que a lubrificação pode interferir na confecção do esfregaço. O espéculo deve ser introduzido suavemente e de maneira que o colo do útero fique exposto completamente, o que é indispensável para a realização da coleta. Nesta fase do exame, também é importante a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como as do colo do útero.

Em seguida, realiza-se o procedimento da coleta propriamente dito, para o que se utiliza de uma espátula de madeira.

Uma espátula de madeira de boa aceitação é a que tem uma extremidade arredondada e a outra afilada, porque permite coletar-se o material da JEC (junção escamocolunar) e até do canal cervical.

#### *Fundo de saco vaginal:*

Com a extremidade arredondada da espátula, retirar o material do fundo de saco vaginal e colocá-lo na parte central da lâmina. (Figura 1)

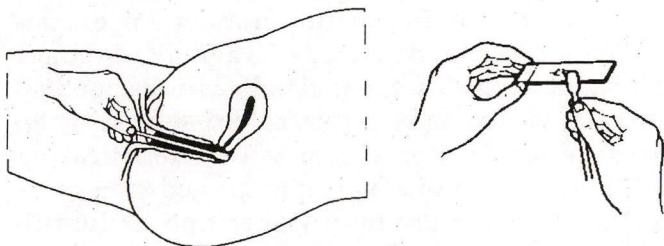


Figura 1

*Ectocérvice (junção escamocolunar - JEC):*

Com a outra extremidade da espátula - a afilada (que apresenta uma reentrância) -, fazer um raspado da ectocérvice (junção escamocolunar), realizando um movimento rotativo de 360 graus em torno do orifício cervical e colocar o material coletado sobre a amostra do fundo de saco. (Figura 2)

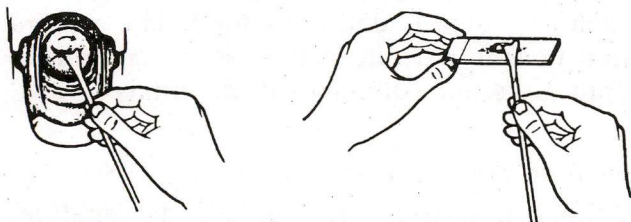
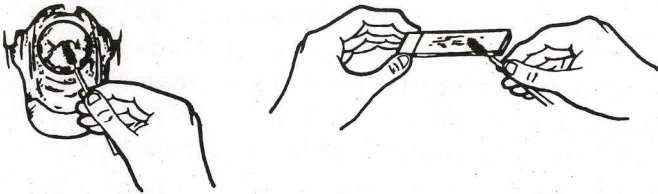


Figura 2

### *Canal Cervical:*

Introduzir no canal cervical, se permeável, a extremidade mais afilada da espátula ou uma escovinha tipo "Campos da Paz" e fazer um movimento giratório de 360 graus. Colocar o material retirado da endocérvice sobre as duas amostras coletadas anteriormente. Distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada, para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem macerações. (Figura 3)



**Figura 3**

### **Observação:**

Outra opção para o preparo dos esfregaços é colocar as amostras coletadas do fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e canal cervical na extremidade distal, no centro e na extremidade proximal da lâmina, respectivamente.

A lâmina deve ser identificada em uma das suas extremidades com lápis diamante ou marcador de

azulejo ou ainda, no caso de a extremidade ser fosca, com lápis comum de grafite.

### Técnica de fixação do esfregaço

O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o dessecamento do material a ser estudado.

A fixação poderá ser feita por um dos seguintes métodos:

1) Colocar a lâmina com o esfregaço dentro de um recipiente de boca larga contendo álcool a 96%, em uma quantidade que cubra totalmente o esfregaço. Quando forem colocadas várias lâminas em um mesmo recipiente, na extremidade de cada uma deve ser colocado um clipe de material inoxidável, para evitar o contato entre elas. Fechar e identificar o recipiente cuidadosamente.

2) Pingar, imediatamente após a coleta, 3 a 4 gotas de solução fixadora (polietilenoglicol) sobre a lâmina, de modo a cobrir todo esfregaço. Deixar secar ao ar livre sobre um suporte apropriado e acondicionr cuidadosamente a lâmina para o transporte ao laboratório. Lacrar a tampa da caixa ou cartela com fita gomada. A embalagem deve ser revestida com espuma de *nylon* e papel, a fim de evitar a quebra de lâminas.

3) Borrifar a lâmina, imediatamente após a coleta, com *spray* fixador (*cytospray* ou similar), a uma distância de 20 cm. A embalagem das lâminas deve

ser providenciada da mesma forma descrita no item anterior.

Da rigorosa observação das normas e recomendações anteriormente apresentadas depende a qualidade do exame. É oportuno lembrar que os resultados *falsos-negativos* observados, em um significativo percentual, corresponde a problemas técnicos, tais como local inadequado da coleta, quantidade insuficiente da mesma, má distribuição das amostras obtidas, defeitos de fixação e, conseqüentemente, dessecação do material a ser estudado.

Concluídos o exame e a coleta, retira-se o espéculo delicadamente.

Nos casos de mulheres grávidas, não haverá inconveniente em realizar o exame; porém, a coleta deve ser dupla - fundo de saco posterior e ectocérvice (junção escamocolunar). A coleta tríplice pode ser feita em clínicas especializadas.

### *Alertas importantes*

1 - Realizar a coleta *tríplice*, dispondo os esfregaços no maior sentido da lâmina. Nos casos de gestantes realizar a coleta dupla.

2 - Identificar a lâmina com as iniciais do nome da mulher e o número correspondente, de acordo com o prontuário ou registro da unidade da coleta.

3 - Após a confecção do esfregaço, gotejar sobre o mesmo o fixador, de maneira que o esfregaço fique totalmente coberto (4 a 5 gotas) ou submergi-



lo em álcool a 96%. O material não fixado resseca, impedindo a leitura da lâmina.

4 - Não usar lubrificante para a introdução do espéculo.

5 - Preencher com clareza a requisição, mencionando sempre os achados relevantes à inspeção, tais como corrimento e lesões do colo.

6 - Não realizar a coleta quando houver corrimento espesso e purulento. O procedimento correto é remover o mesmo previamente à coleta.

7 - Nos casos de hemorragia, adicionar algumas gotas de solução de ácido acético a 2% à solução fixadora. Informar o fato na requisição.

8 - Não usar lâminas que não apresentem a extremidade fosca, pois qualquer tentativa de identificação resultará difícil.

9 - Enviar as lâminas devidamente acondicionadas para o transporte e sempre acompanhadas da requisição.

### **1.2.2 - Medidas para o controle de qualidade dos esfregaços**

Para avaliação da qualidade das amostras de material cérvico-vaginal enviadas ao laboratório para exame citopatológico, a determinação de indicadores é fundamental:

Qualidade da técnica de fixação (satisfatória, satisfatória com limitações e insatisfatória):

$$\frac{\text{Número mensal de amostras inadequadas para diagnóstico}}{\text{Número total de amostras examinadas}} \times 100$$

Em relação à representatividade celular do local anatômico da coleta:

$$\frac{\text{Número de casos com representatividade celular da zona de transformação}}{\text{Número total de casos examinado}} \times 100$$

### Resultado do exame citopagológico

De acordo com o *Seminário Nacional Sobre Nomenclatura e Controle de Qualidade nos Programas de Rastreamento do Câncer Cérvico-Uterino*, realizado no Rio de Janeiro, em 1993, os exames citopatológicos devem ser emitidos segundo a proposta abaixo:

#### A - Avaliação da amostra

- Satisfatória para exame
- Satisfatória para exame mas limitada por ... (especificar)
- Insatisfatória para exame

#### B - Diagnóstico descritivo

- Dentro dos limites da normalidade
- Com alterações reativas e/ou reparativas
  - inflamação
  - metaplasia escamosa
  - reparação
  - atrofia com inflamação
  - radiação
  - outros ... (especificar)

- *Alterações em células epiteliais*

- atipias em células escamosas de significado indeterminado
- efeito citopático compatível com HPV
- NIC-I (displasia leve)
- NIC-II (displasia moderada)
- NIC-III (displasia acentuada e carcinoma *in situ*)
- carcinoma em células escamosas

- *Alterações em células glandulares de significado indeterminado*

- *Adenocarcinoma*
- *Outras neoplasias malignas ... (especificar)*
- *Obs: células endometriais presentes*

A técnica de coloração para citopatologia (Papanicolaou) permite, também, identificar a microbiologia vaginal nos esfregaços. Porém, a simples presença de um microorganismo, não implica processo inflamatório, sendo necessário, para tal, que a estrutura celular apresente reações que caracterizem a inflamação.

*Microbiologia*

- cocos
- bacilos (sugestivo de lactobacilos, de *Gardnerella vaginalis*, outros)
- sugestivo de *Chlamydia* sp
- *Actinomyces* sp
- *Candida* sp
- *Trichomonas vaginalis*
- Virus do grupo Herpes
- Outros... (especificar)

### 1.2.3 - Colposcopia

A colposcopia é uma técnica que permite localizar, no colo do útero, as lesões pré-malignas e o carcinoma invasivo inicial, em mulheres com citologia anormal. Não deve ser utilizada isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico.

A colposcopia tem, portanto, indicações precisas, quais sejam:

- *diagnóstico diferencial entre lesões benignas e malignas;*
- *orientação do local correto para biopsiar; e*
- *seguimento das pacientes portadoras de lesões atípicas.*

A colposcopia hoje, como técnica de exame importante nas ações preventivas do câncer do colo uterino, não deve se limitar ao estudo do colo uterino, mas também da vagina, vulva, região perineal e perianal, representando dessa forma, um grande avanço propedêutico para a infecção viral por HPV. Atualmente, recomenda-se também, sempre que possível, a peniscopia do companheiro da mulher.

#### Nomenclatura Internacional dos Aspectos Colposcópicos

O Comitê Internacional de Nomenclatura Colposcópica, no VII Congresso Mundial de Patologia Cervical e Colposcopia, recomendou a seguinte classificação:

A - *Achados colposcópicos normais:*

- Epitélio escamoso original
- Epitélio colunar
- Zona de transformação normal

B - *Achados colposcópicos anormais*

1. Dentro da zona de transformação

- Epitélio acetobranco\*
  - plano
  - micropapilar ou microcircunvoluções
- Pontilhado\*
- Mosaico\*
- Leucoplasia\*
- Zona iodo negativa
- Vasos atípicos

2. Fora da zona de transformação (ectocérvice/vagina)

- Epitélio acetobranco\*
  - plano
  - micropapilar ou microcircunvoluções
- Pontilhado\*
- Mosaico\*
- Leucoplasia\*
- Zona iodo negativa
- Vasos atípicos

C - *Achados colposcópicos sugestivos de câncer invasor*

D - *Achados colposcópicos insatisfatórios*

- Junção escamocolunar não visível
- Inflamação intensa ou atrofia intensa
- Cérvix não visível
- Outros achados

\* Indicar alterações maiores e menores:

- Alterações menores: epitélio acetobranco, mosaico, pontilhado fino, leucoplasia tênue.

- Alterações maiores: epitélio acetobranco acentuado, mosaico áspero, pontilhado áspero, leucoplasia densa, vasos atípicos, erosão.

#### 1.2.4 - Teste de Schiller

O teste de Schiller permite diferenciar as alterações da mucosa cérvico-vaginal, dada a propriedade que têm as células de se impregnarem com uma solução de lugol, corando-se em grau variável, conforme o teor de glicogênio que contêm. Alguns autores valorizam as alterações do glicogênio na interpretação de imagens viróticas. Este teste deve ser realizado na fase final do exame colposcópico. A interpretação do teste de Schiller é feita com base no grau de fixação do iodo pelas células, como descrito abaixo:

Imagem	Interpretação
Iodo positivo	Schiller negativo
Iodo claro	Schiller negativo
Iodo negativo	Schiller positivo

Atenção:

*O teste de Schiller não deve ser utilizado isoladamente, como método de detecção de um processo neoplásico.*

### 1.2.5 - Histopatologia

O diagnóstico de certeza de uma neoplasia maligna é estabelecido a partir do resultado do exame histopatológico de uma amostra de tecido, obtida através de biópsia.

Assim, toda mulher com diagnóstico de NIC-II a carcinoma invasivo deve ser submetida a uma biópsia e curetagem do canal cervical para a confirmação desses diagnósticos.

Citologia anormal → colposcopia → biópsia e curetagem do canal → tratamento e seguimento

O material para estudo histopatológico é obtido através de biópsia dirigida, biópsia em cone e curetagem endocervical. Esta, quando indicada, poderá levar ao diagnóstico de lesões não visualizadas pela colposcopia.

#### Biópsia dirigida

Este procedimento deve ser orientado pela colposcopia ou, na falta desta, pelo teste de Schiller.

O fragmento deve ser retirado de maneira adequada, em quantidade suficiente, das áreas onde há suspeita de malignidade.

Imediatamente após sua retirada, as amostras devem ser submersas na solução fixadora (formol a 10%), em recipiente que permita sua introdução

e retirada sem, no entanto, provocar distorção tecidual.

### **Biópsia em cone (conização)**

É um procedimento que consiste no estudo de cortes seriados e/ou escalonados de material obtido através de pequena cirurgia, que pode ser realizada, em ambulatório, com o uso de alças diatérmicas e eletrocirúrgicas, alta freqüência etc.

### **Curetagem endocervical**

A curetagem endocervical, quando indicada, poderá levar ao diagnóstico de lesões não visualizadas pela colposcopia.

Ela deve ser realizada com uma cureta especialmente idealizada para essa finalidade. Todo material coletado - fragmento de tecido, muco etc. - deve ser imediatamente submerso em solução fixadora (formol a 10%).

### **Resultado da histopatologia**

Os resultados histopatológicos devem ser expressos segundo uma nomenclatura que permita a correlação cito-histológica.

Recomenda-se a utilização da seguinte nomenclatura\*:

NIC grau I (displasia leve)

NIC grau II (displasia moderada)

NIC grau III (displasia acentuada e carcinoma *in situ*)

\* Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington, 1985. 47p. (série Paltex,6)



A utilização da terminologia *lesão de alto e baixo grau*, proposto pelo Sistema de Bethesda não é recomendada ainda pelo Ministério da Saúde do Brasil, propondo-se aguardar a publicação oficial da Organização Mundial da Saúde, OMS.

### 1.3 - Controle, tratamento e seguimento

Os diversos procedimentos para o controle, tratamento e seguimento de mulheres deverão ser realizados de acordo com o grau de complexidade de cada Unidade de Saúde.

As mulheres com resultados de NIC I, II, III e carcinoma invasivo devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e ou terapêutica, o mais rapidamente possível.

*O intervalo entre a primeira coleta e o diagnóstico final e o tratamento não deve exceder de 30 a 60 dias.*

#### 1.3.1 - Conduta para o controle do câncer cérvico-uterino de acordo com o resultado da citologia cérvico-vaginal

- *Dentro dos limites da normalidade*

A mulher deve repetir o exame após um ano. Persistindo o resultado negativo, deve-se espaçar a periodicidade para três anos.

- *Com alterações reativas e/ou reparativas.*

O processo inflamatório deve ser tratado de acor-

do com a etiologia, segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde.

O controle das mulheres obedece às recomendações da Reunião de Consenso (Rio de Janeiro, 1988)

- *Citologia com Neoplasia Intra-epitelial Cervical I*

As pacientes com NIC I devem ter um seguimento semestral. Os processos inflamatórios associados devem ser tratados segundo o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do Ministério da Saúde.

- *Citologia com Neoplasia Intra-epitelial Cervical II*

As pacientes com NIC II devem ser submetidas à colposcopia e biópsia. Se houver discordância de diagnóstico, o caso deverá ser reavaliado, repetindo-se a citologia:

a) se o resultado for negativo, realizar cauterização de toda a zona de transformação;

b) se o resultado persistir anormal, a paciente deve ser encaminhada para conização. O seguimento das pacientes deve ser trimestral, em ambos os casos.

- *Citologia com diagnóstico de NIC III (inclui o carcinoma in situ)*

As pacientes com diagnóstico de NIC III devem ser submetidas a procedimentos de confirmação do diagnóstico (colposcopia, teste de Schiller, biópsia

dirigida e ou conização).

O tratamento desses casos dependerá do resultado histopatológico.

O seguimento das pacientes deve ser agendado de acordo com a natureza de cada caso.

- *Citologia com diagnóstico de carcinoma invasivo*

As pacientes com diagnóstico de carcinoma invasivo devem ser encaminhadas para os níveis de atendimento de maior complexidade (hospitais gerais ou especializados), onde receberão tratamento definitivo.

Os exames de citologia cérvico-vaginal que apresentem resultados insatisfatórios ou inconclusivos devem ser repetidos imediatamente, e considerada a causa da falha notificada.

### Resumo das condutas de controle, tratamento e seguimento

Resultado Citopatológico	Conduta
Insatisfatório	Repetir o exame.
Dentro dos limites de normalidade	Controle anual ou trienal.
Alterações reativas ou reparativas	Tratar o processo inflamatório. Reavaliação clínica. Controle anual ou trienal.
Atipias de significado indeterminado	Seguimento e reavaliação clínica (Colposcopia e biópsia. Encaminhar ao nível secundário).

Efeito citopático compatível com HPV	Seguimento. Tratamento de acordo com o protocolo específico.
NIC-I (Displasia leve)	Tratar o processo inflamatório geralmente associado. Seguimento trimestral.
NIC-II (Displasia moderada)	Reavaliação clínica. Encaminhar ao nível secundário. Seguimento trimestral.
NIC-III (Displ. acentuada e Ca <i>in situ</i> )	Encaminhar para confirmação diagnóstica. Seguimento a critério médico.
Carcinoma escamoso e adenocarcinoma	Encaminhar ao nível terciário (hospitalar).

---

**Obs:** *A partir de dois exames preventivos (Papanicolaou) com intervalo de um ano dentro dos limites da normalidade, a periodicidade recomendável é de três anos.*

## Câncer de Mama

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama nos estádios I e II pode ter influência significativa na diminuição da mortalidade por este tumor. Após esse estágio, a eficácia do tratamento local é reduzida.

O estágio pré-invasor do câncer de mama é longo, podendo durar meses ou mesmo anos. Este é o motivo da importância da intensificação das ações de detecção, mormente naquelas mulheres consideradas como de maior risco.

### 2.1 - Epidemiologia do câncer de mama

O câncer de mama está relacionado a fatores que atuando isolada ou simultaneamente, definem o grupo de risco para este tipo de câncer:

- história familiar de câncer mamário;
- primeira gestação completa tardia (após 30 anos);
- nuliparidade; e
- história de patologia mamária (hiperplasia ductal e lobular atípica).

E, ainda, com relativa significação epidemiológica:

- obesidade;
- menarca precoce;
- menopausa tardia;

- não-lactação;
- alimentação rica em gorduras de origem animal;
- exposição a radiações ionizantes.

## **2.2 - Ações de controle do câncer de mama**

As ações de controle do câncer de mama têm como principal objetivo a detecção precoce de alterações que podem sugerir ou constituir uma neoplasia.

É importante lembrar que, quanto mais precocemente for diagnosticado o câncer de mama, melhor será o prognóstico e mais longa a sobrevivência da paciente.

Compõem as ações de controle do câncer de mama:

- auto-exame das mamas;
- exame clínico das mamas; e
- exames complementares.

### **2.2.1 - Auto-exame das mamas**

É um procedimento que permite à mulher participar do controle da sua saúde, uma vez que a realização rotineira desse procedimento permite identificar, precocemente, alterações nas mamas.

A técnica para a realização do auto-exame deve ser ensinada pelos profissionais de saúde durante a consulta ginecológica ou em reuniões educativas.

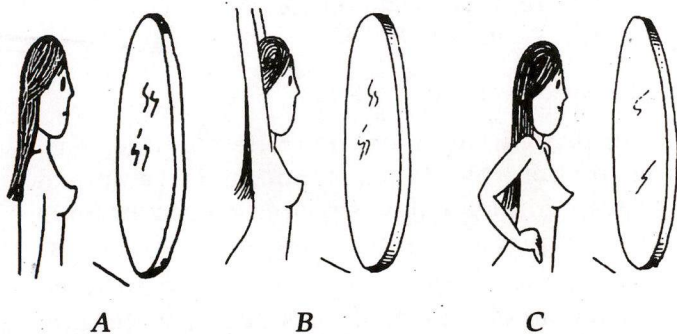
#### **Etapas do auto-exame**

*Inspecção em frente ao espelho*

a) a mulher deve estar em pé, desnuda, braços estendidos ao longo do tronco. Deve observar as mamas e estabelecer comparações de uma para outra, em termos de tamanho, posição, cor da pele, retrações ou qualquer outra alteração (Figura A).

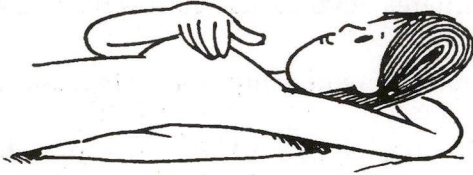
b) Em seguida, a mulher deve levantar os braços sobre a cabeça e fazer as mesmas comparações, observando, além, se existe projeção de massa tumoral (Figura B).

c) Finalmente, a mulher deve colocar as mãos nos quadris, pressionando-os, para que fique salientado o contorno das mamas. Este procedimento evidencia retrações, que podem sugerir a presença de processo neoplásico (figura C).



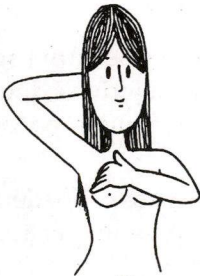
*Palpação*

Para realizar a palpação, a mulher deve estar deitada com o ombro sobrelevado. Assim, para examinar a mama esquerda, deve colocar sob o ombro esquerdo um travesseiro ou toalha dobrada e, com a mão direita, realizar a palpação da mama esquerda. Procedimento similar deve ser realizado para a mama direita (Figura D).

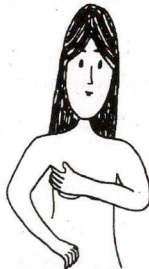


D

A palpação da mama também deve ser efetuada em pé, durante o banho, por exemplo. Nesse caso, a mulher deve realizá-la com o braço elevado, para a palpação da mama e prolongamento axilar e com o braço posicionado ao longo do corpo para o oco axilar (Figuras E e F).



E



F



### **Periodicidade do auto-exame das mamas (AEM)**

O auto-exame deve ser realizado mensalmente, após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema.

Para as mulheres que não menstruam, recomenda-se fazer o auto-exame num mesmo dia de cada mês para evitar o esquecimento.

As mulheres devem estar alertas para as seguintes observações:

- As mamas nem sempre são rigorosamente iguais.
- O auto-exame não substitui o exame clínico de rotina.
- A presença de um nódulo mamário não é obrigatoriamente indicadora de neoplasia maligna.
- Em 90% dos casos, é a própria mulher quem descobre as alterações em sua mama.

#### **2.2.2 - Exame clínico das mamas**

O exame clínico das mamas deve ser uma rotina no exame ginecológico e tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou qualquer outra patologia incidente.

O exame da mamas requer momentos propedêuticos obrigatórios, mesmo que, à simples inspeção, elas aparentem normalidade.

## Momentos Propedêuticos

### *Inspecção*

A inspecção deve ser feita com boa fonte de iluminação natural ou artificial estando a mulher em pé ou sentada, a qual deve ser observada, primeiramente, com os braços ao longo do tronco; após, com os braços levantados, e, finalmente, com as mãos nos quadris pressionando-os com o objetivo de salientar os contornos das mamas.

Atentar para:

- forma, volume, simetria e retrações das mamas
- coloração e alterações da pele;
- aréolas e papilas.

### *Palpação*

A palpação deve incluir a região axilar e mama, desde a linha médio-esternal até a clavícula e, lateralmente, até o início da região dorsal. Deve ser realizada em dois momentos:

1º) mulher sentada - Palpar profundamente as cadeias linfáticas, com atenção para as fossas supraclaviculares e regiões axilares.

*Atentar para a presença de linfonodos e caracterizá-los.*

2º) mulher deitada, ombro sobrelevado - palpar a mama em toda sua extensão, a fim de sentir o parênquima mamário.

*Atentar para a presença de nódulos e caracterizá-los.*

*Expressão*

Esta é uma etapa subsequente à palpação e permite detectar a presença de secreção.

A presença de secreção papilar pode estar associada a processo inflamatório, lesão benigna ou maligna.

Atentar para a presença e características da secreção - se purulenta, serosa ou sangüinolenta -, que deve ser coletada e encaminhada para exame citopatológico, especialmente quando for espontânea.

**Periodicidade do exame clínico (ECM)**

O exame clínico das mamas deve ser realizado com a seguinte periodicidade:

<b>idade</b>	<b>ECM</b>
< 35	trianual
35-39	bianual
40-49	anual
50-70	anual ou semestral

**2.2.3 - Exame citológico**

O estudo citológico de alterações mamárias é bastante útil para selecionar os casos provavelmente suspeitos de malignidade. Tal seleção é importante também porque dá informações rápidas que facilitam a abordagem psicológica à mulher, além de permitir o controle de pacientes já tratadas tanto de lesões benignas quanto malignas.

*Achados clínicos que podem ser identificados durante o exame das mamas e que devem ser esclarecidos*

Achados clínicos	Sugestivo de malignidade	Sugestivo de benignidade
Nódulo duro, evidente	Único	Múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	Não	Sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	Unilateral	Bilateral
Desvio da papila	Unilateral	Bilateral
Erosão da papila	Unilateral	Bilateral
Retração da pele	Sim	Não
Fixação à parede torácica	Sim	Não
Pele semelhante à casca de laranja	Sim	Não
Descarga sanguinolenta	Sim	Sim (papiloma)
Nódulos axilares e/ou supraclaviculares	Sim	Não
Massa irregular fixa, dura	Sim	Não
Massa regular, móvel, escorregadia	Não	Sim (fibradenoma)
Massa elástica, móvel	Não	Sim (cisto)
Sinais de inflamação	Fora do puerpério	Durante a lactação

As técnicas mais comuns de coleta de material

citológico da mama são a punção aspirativa do tumor com agulha fina e a coleta direta do material de descargas papilares:

### **Punção aspirativa de tumores com agulha fina**

Este exame é um método bastante sensível que permite informações sobre a natureza do tumor, como, por exemplo, o caráter benigno ou maligno do mesmo.

Para realizar a punção aspirativa introduz-se, através da pele, uma agulha de injeção de calibre fino, conectada a uma seringa de 20cc., até alcançar-se a massa a ser puncionada. Puxa-se, então, o êmbolo, para se estabelecer o vácuo no interior da seringa. A seguir faz-se movimentos de vaivém da agulha em diversas direções no interior da massa, a fim de se coletar para o interior da agulha, o material para estudo. Desfaz-se o vácuo no interior da seringa e retira-se a agulha da mama.

Para a confecção do esfregaço, retira-se a agulha da seringa e puxa-se o êmbolo da seringa para introdução de ar na mesma; reintroduz-se a agulha e comprime-se o êmbolo para expulsar o material que é citopatologia coletado sobre uma lâmina de vidro, para a produção do esfregaço que, após fixado em álcool a 96%, é encaminhado ao laboratório de citopatologia.

### **Citologia de descarga papilar**

A saída de material, geralmente líquido, à ex-

pressão das papilas, embora seja freqüente e na grande maioria das vezes destituído de gravidade, deve ser avaliado por este método.

A técnica de coleta é bastante simples, bastando para isso que se passe uma lâmina de vidro sobre a papila com a descarga, distendendo-se o material na lâmina. Coloca-se a mesma em um recipiente contendo fixador (por exemplo, álcool etílico a 96%) e envia-se o material ao laboratório para o estudo das células ao microscópio.

#### 2.2.4 - Exame histopatológico

O exame histopatológico é o que permite afirmar com segurança a natureza de uma lesão.

A obtenção do material é feita através de uma pequena cirurgia ou biópsia, podendo-se, na dependência de cada caso, ser retirado todo o nódulo ou tumor ou apenas um fragmento.

Nas lesões impalpáveis da mama pode-se utilizar a estereotaxia, método que utiliza o mamógrafo para orientar os procedimentos diagnósticos, tais como a punção com agulha fina, a biópsia cirúrgica (*core biopsy*) e o agulhamento.

#### 2.2.5 - Mamografia

A mamografia é um procedimento diagnóstico que permite identificar alterações ou sinais de malignidade nas mamas, mesmo ainda não-perceptí-

veis ao exame clínico.

O diagnóstico é feito a partir das características das imagens radiológicas. A lesão benigna é homogênea, de bordas lisas, e não provoca alterações secundárias nas mamas. A lesão maligna apresenta-se como um nódulo irregular e pode causar alterações secundárias no parênquima mamário e na pele (aumento de vascularização, calcificações, espessamento da pele, retração do mamilo e distorção parenquimatosa).

A mamografia não substitui o exame clínico, mas lhe serve de complemento. O uso da mamografia como método de rastreamento deve ser limitado a mulheres que se enquadrem no grupo de risco para câncer de mama, ou a critério médico.

### 2.2.6 - Ultra-sonografia

É um método importante para o diagnóstico de patologias mamárias, principalmente quando combinado à mamografia.

É o procedimento de escolha para as mulheres jovens. Outras indicações incluem a avaliação de mamas *densas*, nódulos palpáveis (diferenciação entre sólidos e císticos), nódulos palpáveis com mamografia negativa, processos inflamatórios, mulheres grávidas com sintomas mamários, mamas masculinas e orientação para punções aspirativas e biópsias.

## 3

## Controle no ciclo gravídico-puerperal

Os procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino e de mama no ciclo gravídico-puerperal, são os mesmos aplicados à não gestante: citologia, colposcopia, teste de Schiller e exame clínico das mamas.

As condutas para controle e seguimento são idênticas àquelas adotadas para as pacientes não-gestantes, exceto nas NIC I e II (displasias leve e moderada), que terão o seguimento a cada três ou seis meses, com reavaliação após o puerpério.

Evitar radiografar as mamas no 1º trimestre; se isto for indispensável, fornecer à mulher traje protetor.

Quanto à terapêutica, devem ser consideradas duas situações, considerando-se o diagnóstico:

*Nos processos inflamatórios, o tratamento específico deve ser instituído levando-se em conta as contra-indicações na gestação;*

*Nas neoplasias malignas, seja da mama ou da cérvix, a gestante deve ser esclarecida e consultada quanto à conduta terapêutica a ser instituída.*



## Bibliografia Consultada

1. BAMFORTH, J. Cytological diagnosis in medical practice. London. J.S.A. Churchil, 1966, 246p.
2. BRASIL, MS. A detecção do Câncer de Mama. Atualização e Recomendações. Rio de Janeiro, PRO-ONCO/INCa/MS, 1993
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Controle de Doenças sexualmente transmissíveis (DST). Brasília, DINSAMI/MS 1985, 70p.
4. BRASIL, MS. Manual de procedimentos em enfermagem tocoginecológica preventiva. Normas e instruções. Brasília, DINSAMI/MS, 1985
5. BRASIL, MS. Manual de normas para controle do câncer cérvico-uterino. Brasília DNDCD/MS, 1980
6. BRASIL, MS (CNCC, DNDCD, DINSAMI) e Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS/Pro-Onco). Doc. Reunião de consenso - periodicidade e faixa etária no exame de prevenção do câncer cérvico-uterino. RJ, 1988
7. BRUMINI, R. et al. Câncer no Brasil: dados histopatológicos, 1976/1980. Rio de Janeiro, CNCC/MS, 1982, 433p.
8. BOLETIM INFORMATIVO DNC/MS. Câncer cérvico-uterino no ciclo gravídico puerperal. Brasília, 1976.

9. CYTOLOGY, Abstract Library-Hints to obtain an adequate cervical smear. California Publication (117) Aug.1976.
10. CUNHA, MP. et al. Normas e instruções para a colheita do material cérvico-uterino. Brasília, DNDCD/MS, 1976.
11. CUNHA, MP. Controle do Câncer cérvico-uterino e de mamas. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, 1986, Brasília
12. DE PALO, G. Colposcopia e Patologia do Trato Genital inferior MEDSI, 1993
13. FERENCZY, A. - MANAGEMENT of the patient with an abnormal papsmear. In Ballon SC(ed) Gynecologic Oncology. Controversies in Cancer Treatment, Boston, GK Hall Medical Publishers, 1981.
14. KOSS, L. Cytological diagnostic and its histologic basic. 3.ed. Philadelphia, J.B. Lippicott Co., 1972
15. LEAVELL, H. & CLARK E.G. Medicina preventiva. RJ. Mc Graw Hill, 1976.
16. MONTORO, A.F. et al. Prevenções e detecções do câncer de mama. SP, Ed.Univ. de São Paulo, 1979, 234p
17. MONSONEGO, J., DARGENT D.Naud P - Infecção pelo papilomavirus Doenças Sexualmente transmissíveis e AIDS - Artes Médicas, 1993

18. MOSS, S.M. & DAY M. Screening intervals and identification of higher risk groups for cervical cancer. Meeting on prevention and control of cancer of the cervix uteri. Geneva, 1985.
19. Obstetries and Gynecology Clinics of North America. vol.20 n.1, 1993 Sandnder.
20. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. OPS, Paltex n.6 (trad) Ministério da Saúde, 1985.
21. WIEDL. Techniques for collection and preparation of cytologic specimes from the female reproductive tract. In Compendium on Diagnostic Cytologic. 1976



61  
B  
1994  
ME