

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais

3ª Edição



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais

3ª Edição

Rio de Janeiro, RJ
INCA
2012

©2003 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/ Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução, adaptação, modificação ou utilização deste conteúdo, parcial ou integralmente, são expressamente proibidas sem a permissão prévia, por escrito, do INCA e desde que não seja para qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Área Temática Controle de Câncer da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS/MS (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/controle_cancer) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Formato eletrônico – 3ª edição – 2012

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA (INCA)
Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância
Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização
de Rede
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-092 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5500
E-mail: atencao_oncologica@inca.gov.br
www.inca.gov.br

Equipe de Elaboração

Anexo

Edição

COORDENAÇÃO-GERAL DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA
Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125 – Centro
20230-240 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (21) 3207-5500

Supervisão Editorial

Letícia Casado

Edição e Produção Editorial

Taís Facina

Copidesque

Rita Rangel de S. Machado

Revisão

Maria Helena Rossi Oliveira

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Mariana Fernandes Teles

Ficha Catalográfica

Silvia Dalston

FICHA CATALOGRÁFICA

I59n Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação-Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 3. ed. – Rio de Janeiro : Inca, 2012.

23 p.

ISBN 978-85-7318-208-8 (versão eletrônica)

1 . Citodiagnóstico. 2. Neoplasias do colo do útero. 3. Nomenclatura médica sistematizada. 4. Prevenção de câncer de colo uterino. I. Título.

CDD 616.07582

Catálogo na fonte – Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica

Títulos para indexação

Em inglês: Brazilian Nomenclature for Reporting Cervical Cytopathologies

Em espanhol: Nomenclátor Brasileño para Partes Médicos Citopatológicos Cervicales

A presente publicação, *Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais*, estava originalmente inserida no livro *Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas*, de 2003, em seu capítulo I, juntamente com os capítulos das condutas clínicas preconizadas e do Monitoramento Externo da Qualidade dos Exames Citopatológicos (MEQ). Em 2006, houve republicação desse livro com a revisão ampliada das condutas clínicas e a supressão do capítulo referente ao MEQ. Em 2010, optou-se por lançar os três capítulos como publicações independentes, por entender-se que os temas referentes às diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero e ao monitoramento da qualidade do exame citopatológico mereceriam uma profunda revisão.

Esta publicação está voltada para profissionais de saúde, laboratórios vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou não e gestores. Tem como objetivo contribuir para a padronização do laudo citopatológico, assim como melhorar a qualidade e a confiabilidade dos exames citopatológicos.

Apresentação	4
Lista de siglas	6
Introdução	7
1. Laudo citopatológico	9
2. Nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais	10
2.1. Tipos de amostra	11
2.2. Avaliação pré-analítica	12
2.3. Adequabilidade da amostra	12
2.4. Diagnóstico descritivo	15
2.5. Microbiologia	19
Referências	20
Anexo	21

Lista de Siglas

ABPTGIC – Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia

AGC – Atipias de significado indeterminado em células glandulares

AIS – Adenocarcinoma *in situ*

ASC – Atipias de significado indeterminado em células escamosas

ASC-US – Atipias de significado indeterminado em células escamosas, possivelmente não neoplásicas

ASC-H – Atipias de significado indeterminado em células escamosas, não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau

DIU – Dispositivo intrauterino

Febrasgo – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

HPV – Papilomavírus humano

HSIL – Lesão intraepitelial escamosa de alto grau

INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

JEC – Junção escamocolunar

LSIL – Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau

MEQ – Monitoramento Externo da Qualidade

NIC – Neoplasia intraepitelial cervical

SUS – Sistema Único de Saúde

O Ministério da Saúde tem realizado parcerias com sociedades científicas e considerado a opinião de especialistas nacionais e internacionais para que as estratégias, normas e procedimentos que orientam as ações de controle do câncer do colo do útero no país estejam em consonância com o conhecimento científico atual.

Como parte integrante dessas ações, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social promoveram, em 1988, a reunião de consenso sobre a Periodicidade e Faixa Etária no Exame de Prevenção do Câncer Cervicouterino. Em 1993, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e da Sociedade Brasileira de Citopatologia, promoveu o Seminário Nacional sobre Nomenclatura e Controle de Qualidade dos Exames Citológicos e Prevenção do Câncer Cervicouterino. Essa nomenclatura, baseada no Sistema de Bethesda, de 1988 (Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos), somente foi incorporada universalmente pelos laboratórios de citopatologia que prestam serviços ao SUS a partir de 1998, com a implantação, em todo o país, do Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama.

Com a atualização do Sistema de Bethesda em 2001¹, e considerando a necessidade de incorporar as novas tecnologias e conhecimentos clínicos, morfológicos e moleculares, o INCA e a Sociedade Brasileira de Citopatologia promoveram o Seminário para Discussão da Nomenclatura Brasileira de Laudos de Exames Citopatológicos – CITO 2001, que ocorreu no Rio de Janeiro. Com o apoio da Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia (ABPTGIC) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), foi elaborada uma proposta de nomenclatura, amplamente divulgada por correio e internet, estimulando-se contribuições e sugestões.

Em um segundo encontro, ocorrido em 2002, representantes de várias instituições e sociedades científicas* aprovaram a nova nomenclatura brasileira para laudo dos exames citopatológicos. Nesse momento, iniciou-se discussão sobre seu impacto nas condutas clínicas e laboratoriais. Durante o XVII Congresso Brasileiro de Citopatologia, ocorrido 2002, na cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná, a nova proposta foi oficializada.

Em 2003, foi publicado o livreto *Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas*, contendo os capítulos: nomenclatura brasileira para laudos citopatológicos cervicais, condutas clínicas preconizadas e MEQ, um conjunto de estratégias que tinha por objeto padronizar o laudo citopatológico com as respectivas condutas clínicas e manter o controle de qualidade desses laudos emitidos pelos laboratórios prestadores de serviço ao SUS.

No ano de 2006, houve republicação desse livreto com a revisão ampliada das condutas clínicas. Nele, foi suprimido o capítulo referente ao MEQ, porque esse tema merecia uma profunda revisão.

Em 2010, as *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*² passaram por um amplo processo de revisão e atualização baseado em evidências, envolvendo diversos segmentos da sociedade científica. O documento completo foi lançado em julho de 2011.

A presente publicação apresenta a versão original do texto relativo à *Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais* elaborada em 2002.

* Sociedade Brasileira de Citopatologia, Sociedade Brasileira de Patologia, Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, Secretarias Estaduais de Saúde, Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, Hospital A.C. Camargo, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Universidade de Campinas, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Núcleo Estadual Rio de Janeiro do Ministério da Saúde e Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro.

1. Laudo Citopatológico

A nomenclatura brasileira utilizada para laudos citopatológicos tem sofrido constantes alterações. A adoção do Sistema de Bethesda, ainda que adaptado ao Brasil, facilita a comparação de resultados nacionais com os encontrados em publicações estrangeiras. É importante ressaltar que a introdução de novos conceitos estruturais e morfológicos contribui tanto para o desempenho do laboratório quanto para a relação entre a citologia e a clínica.

Sabe-se, no entanto, que essas mudanças ocorrem de forma gradual e dependem da adoção da nova terminologia na rotina diária dos profissionais de saúde, fonte de alimentação de conhecimento para a mídia escrita ou falada e para a população em geral.

Atualmente, não é razoável que alguns laboratórios ainda emitam laudos de citopatologia somente com a nomenclatura ultrapassada, uma vez que a proposta de novas categorias de resultados impede que se estabeleça correlação pertinente entre Bethesda e Papanicolaou.

Em contrapartida, é fundamental que médicos, ginecologistas ou não, ao receberem os resultados de exames, compreendam o diagnóstico. Portanto, pretende-se explicar aqui o seu significado, com vistas a uniformizar o uso da nomenclatura no Brasil, estabelecida por consenso entre especialistas no assunto.

2. Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais

Desde que o Dr. George Papanicolaou tentou classificar as células que observava, acreditando serem a representação de lesões neoplásicas, ocorreram diversas modificações que incorporaram progressivamente o conhecimento adquirido sobre a história natural dessas lesões, sempre na tentativa de melhorar a correlação cito-histológica. Deve-se notar que o objetivo do teste continua o mesmo, ou seja, a intenção é identificar alterações sugestivas de uma doença e, como consequência, indicar também ações que permitam o diagnóstico de certeza.

Papanicolaou criou uma nomenclatura que procurava expressar se as células observadas eram normais ou não, atribuindo-lhes uma classificação. Assim, falava-se em classes I, II, III, IV e V, em que a classe I indicava ausência de células atípicas ou anormais; a II, citologia atípica, mas sem evidência de malignidade; a III, citologia sugestiva, mas não conclusiva, de malignidade; a IV, citologia fortemente sugestiva de malignidade; e a V, citologia conclusiva de malignidade.

Se essa classificação se preocupava pouco com os aspectos histológicos que as lesões sugeriam, a partir de então, novas nomenclaturas surgiram, mais atentas a esse significado. Assim, o termo displasia foi introduzido na classificação, levando em conta alterações histológicas correspondentes, identificando displasias leves, moderadas e severas. Todos os graus eram grosseiramente referentes à classe III de Papanicolaou, correlacionando também a IV com carcinomas escamosos *in situ*. A classe V continuou a indicar carcinoma invasor, e, pela primeira vez, deu-se ênfase a alterações celulares, devido à ação do papilomavírus humano (HPV), relatando-se a coilocitose³.

Em uma etapa posterior, estabeleceu-se o conceito de neoplasia intraepitelial e, no caso da cérvix uterina, de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) subdividida em três graus, que se mantém para os diagnósticos histológicos. A classificação citológica mais atual do esfregaço cervical é o Sistema de Bethesda. Ela incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos que, resumidamente, são: o diagnóstico citológico deve ser diferenciado para as células escamosas e glandulares; a inclusão do diagnóstico citomorfológico sugestivo da infecção por HPV, devido às evidências do envolvimento desse vírus na carcinogênese dessas lesões, dividindo-as em lesões intraepiteliais de baixo (LSIL) e alto (HSIL) graus, ressaltando o conceito de possibilidade de evolução para neoplasia invasora; e a introdução da análise da qualidade do esfregaço. Essa classificação foi revista em 1991 e 2001, porém sem mudanças estruturais.

2.1. Tipos de amostra

Citologia

Convencional.

Em meio líquido.

Nota explicativa: Com a recente introdução da citologia em meio líquido, em suas diferentes apresentações, é indispensável que seja informado o modo de preparo, uma vez que a adequabilidade do material é avaliada de forma diversa para cada meio. É ainda de fundamental importância que o laboratório comunique, em caso de citologia em meio líquido, qual sistema foi usado.

2.2. Avaliação pré-analítica

Amostra rejeitada por

- Ausência ou erro de identificação da lâmina e/ou do frasco.
- Identificação da lâmina e/ou do frasco não coincidente com a do formulário.
- Lâmina danificada ou ausente.
- Causas alheias ao laboratório (especificar).
- Outras causas (especificar).

Nota explicativa: Esse conceito foi introduzido como uma inovação, visando a estabelecer a diferença entre rejeição por causas alheias e anteriores à chegada ao laboratório e aquelas relacionadas à colheita, coloração ou análise microscópica. A causa da rejeição deverá ser identificada e registrada, de preferência, no momento da entrada da lâmina no laboratório. Contudo, é o profissional responsável pelo exame quem irá assinar o laudo contendo o motivo da rejeição.

2.3. Adequabilidade da amostra

Na atual nomenclatura utilizada para definir a adequabilidade da amostra, estabelece-se o sistema binário: satisfatória e insatisfatória. Portanto, a expressão anteriormente utilizada, satisfatória, mas limitada, foi abolida.


Anterior:		Atual:
Satisfatória		Satisfatória
Satisfatória, mas limitada...		
Insatisfatória		Insatisfatória

Figura 1 - Nomenclatura para adequabilidade da amostra

Insatisfatória para avaliação oncótica

São consideradas insatisfatórias amostras cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas abaixo, algumas de natureza técnica e outras de amostragem celular, podendo ser assim classificadas:

- Material acelular ou hipocelular (menos de 10% do esfregaço).
- Leitura prejudicada (mais de 75% do esfregaço) por presença de:
 - a) Sangue.
 - b) Piócitos.
 - c) Artefatos de dessecação.
 - d) Contaminantes externos.
 - e) Intensa superposição celular.
 - f) Outros (especificar).

Satisfatória

Designa amostra que apresente células em quantidade suficiente, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica.

Epitélios possivelmente representados na amostra

- Escamoso.
- Glandular (não inclui o epitélio endometrial).
- Metaplásico.

Nota explicativa 1: A questão da adequabilidade da amostra vem, ao longo do tempo, suscitando inúmeros questionamentos e modificações, dado o seu caráter de matéria conflitante e de difícil conceituação, plenamente aceitável. A disposição, em um sistema binário (satisfatória x insatisfatória), melhor caracteriza a definição da visão microscópica da colheita. No atual Sistema de Bethesda, a adequabilidade da amostra também está colocada nesses dois parâmetros. Contudo, nesse sistema, a

caracterização da junção escamocolunar (JEC) faz parte dessa definição, o que não ocorre aqui. Deve-se considerar como satisfatória a amostra que apresente células em quantidade suficiente, bem distribuídas, fixadas e coradas, de tal modo que sua visualização permita uma conclusão diagnóstica. Observe que os aspectos de representatividade dos epitélios não constam desse item, mas deverão estar em caixa própria, para que seja dada a informação (obrigatória) dos epitélios representados na amostra. A definição de adequabilidade pela representatividade passa a ser da exclusiva competência do responsável pela paciente, que deverá levar em consideração as condições próprias de cada uma (idade, estado menstrual, limitações anatômicas, objetivo do exame etc). Insatisfatória é a amostra cuja leitura esteja prejudicada pelas razões expostas acima, todas de natureza técnica e não de amostragem celular.

Nota explicativa 2: Embora a indicação dos epitélios representados na amostra seja informação obrigatória nos laudos citopatológicos, seu significado deixa de pertencer à esfera de responsabilidade dos profissionais que realizam a leitura do exame. Agora, eles respondem apenas pela indicação dos epitélios que estão representados. Todavia, deve-se alertar que a amostra adequada pode não ter a representação completa da JEC, o que deverá ser avaliado pelo ginecologista.

A presença de células metaplásicas ou endocervicais, representativas da JEC, tem sido considerada como indicador da qualidade do exame, pelo fato de elas se originarem do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero.

A presença exclusiva de células escamosas deve ser avaliada pelo médico responsável.

É muito oportuno que os profissionais de saúde atentem para a representatividade da JEC nos esfregaços cervicovaginais, sob pena de não propiciar à mulher todos os benefícios da prevenção do câncer do colo do útero.

2.4. Diagnóstico descritivo

- Dentro dos limites da normalidade, no material examinado.
- Alterações celulares benignas.
- Atipias celulares.

2.4.1. Dentro dos limites da normalidade, no material examinado

Diagnóstico completamente normal.

Nota explicativa: O acréscimo da expressão “no material examinado” visa a estabelecer, de forma clara e inequívoca, aspectos do material submetido no momento do exame⁴. Aqui também ocorre uma diferença importante com o Sistema Bethesda, do qual foi excluída a categoria das alterações celulares benignas. Tal manutenção deve-se ao entendimento de que os fatores que motivaram a exclusão não se aplicam à realidade brasileira.

2.4.2. Alterações celulares benignas (ativas ou reparativas)

Inflamação sem identificação de agente

Caracterizada pela presença de alterações celulares epiteliais, geralmente determinadas pela ação de agentes físicos, os quais podem ser radioativos, mecânicos ou térmicos e químicos, como medicamentos abrasivos ou cáusticos, quimioterápicos e acidez vaginal sobre o epitélio glandular. Ocasionalmente, podem-se observar alterações em decorrência do uso do dispositivo intrauterino (DIU), em células endometriais. Casos especiais do tipo exsudato linfocitário ou reações alérgicas, representadas pela presença de eosinófilos, são observados.

Resultado indicando metaplasia escamosa imatura

A palavra imatura, em metaplasia escamosa, foi incluída na Nomenclatura Brasileira, buscando caracterizar que essa apresentação é considerada como do tipo inflamatório, entretanto o epitélio, nessa fase, está vulnerável à ação de agentes microbianos e, em especial, do HPV.

Nota explicativa: Em relação à nomenclatura anterior, a única mudança ocorre pela introdução da palavra imatura em metaplasia escamosa, buscando caracterizar que é essa a apresentação que deve ser considerada como alteração. Assim sendo, a metaplasia madura, com sua diferenciação já definida, não deve ser considerada como inflamação e, eventualmente, nem necessita ser citada no laudo, exceto na indicação dos epitélios representados, para caracterizar o local de colheita.

Resultado indicando reparação

Decorre de lesões da mucosa com exposição do estroma e pode ser determinado por quaisquer dos agentes que indicam inflamação. É, geralmente, a fase final do processo inflamatório⁵, momento em que o epitélio está vulnerável à ação de agentes microbianos e, em especial, do HPV.

Resultado indicando atrofia com inflamação

Na ausência de atipias, é um achado normal no período climatérico.

Resultado indicando radiação

Nos casos de câncer do colo do útero, o exame citopatológico deve ser realizado para controle de possível neoplasia residual ou de recidiva da neoplasia após tratamento radioterápico.

Nota: Ressalta-se a importância do preenchimento completo e adequado dos dados de anamnese constantes do formulário de requisição de exame citopatológico – colo do útero.

Outras (especificar)

2.4.3. Atipias celulares

Células atípicas de significado indeterminado

- Escamosas (ASC):
 - Possivelmente não neoplásicas (ASC-US de Bethesda).
 - Não podendo excluir lesão intraepitelial de alto grau (ASC-H de Bethesda).
- Glandulares (AGC):
 - Possivelmente não neoplásicas.
 - Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.
- De origem indefinida:
 - Possivelmente não neoplásicas.
 - Não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau.

Nota explicativa: Essa é mais uma inovação da nomenclatura brasileira: a criação de uma categoria separada para todas as atipias de significado indeterminado e, mais ainda, a categoria “de origem indefinida” destinada àquelas situações em que não se pode estabelecer com clareza a origem da célula atípica. Deve-se observar que foi excluída a expressão “provavelmente reativa”, a qual foi substituída pela “possivelmente não neoplásica”, e introduzida a expressão “não se pode afastar lesão intraepitelial de alto grau”. Com isso, pretende-se dar ênfase ao achado de lesões de natureza neoplásica, diminuindo assim o diagnóstico dúbio. Objetiva-se identificar as células imaturas e pequenas, que, por sua própria indiferenciação, podem representar maior risco de corresponder a lesões de alto grau. Sempre que o caso exigir, notas explicativas devem ser acrescentadas, visando a orientar o responsável pela paciente nos procedimentos adotados. Deve-se observar a exclusão

total dos acrônimos (ASCUS e AGUS), cujo uso é desaconselhado, devendo sempre constar por extenso os diagnósticos nos laudos emitidos.

Em células escamosas

- a) Lesão intraepitelial de baixo grau - LSIL (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC grau I).
- b) Lesão intraepitelial de alto grau - HSIL (compreendendo NIC graus II e III).
- c) Lesão intraepitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão.
- d) Carcinoma epidermoide invasor.

Nota explicativa: Foi adotada a terminologia “lesão intraepitelial” em substituição ao termo neoplasia, além de estabelecer dois níveis (baixo e alto graus), separando as lesões com potencial morfológico de progressão para neoplasia maligna daquelas mais relacionadas com o efeito citopático viral, com potencial regressivo ou de persistência. Foi incluída ainda a possibilidade diagnóstica de suspeição de microinvasão. Recomenda-se enfaticamente que seja evitado o uso de outras nomenclaturas e classificações, além das aqui já contempladas, evitando-se a perpetuação de termos eventualmente já abolidos ou em desuso, os quais em nada contribuem para o esclarecimento diagnóstico.

Em células glandulares

- a) Adenocarcinoma *in situ* (AIS).
- b) Adenocarcinoma invasor:
 - cervical;
 - endometrial;
 - sem outras especificações.

Outras neoplasias malignas.

Presença de células endometriais (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, fora do período menstrual).

Nota explicativa: A introdução da categoria AIS reconhece a capacidade de identificação morfológica dessa entidade e acompanha a nomenclatura internacional. O item “sem outras especificações” refere-se exclusivamente a adenocarcinomas de origem uterina. Quando for identificada neoplasia de origem glandular extrauterina, essa deve ser colocada no quadro das outras neoplasias malignas, especificando o tipo, em nota complementar. As células endometriais somente necessitam ser mencionadas quando a sua presença possa ter significado patológico. Assim sendo, seu achado nos primeiros 12 dias que sucedem ao período menstrual apenas deverá ser apontado se houver importância para a identificação de algum processo patológico.

2.5. Microbiologia

- a) *Lactobacillus sp.*
- b) Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de *Gardnerella /Mobiluncus*).
- c) Outros bacilos.
- d) Cocos.
- e) *Candida sp.*
- f) *Trichomonas vaginalis*.
- g) Sugestivo de *Chlamydia sp.*
- h) *Actinomyces sp.*
- i) Efeito citopático compatível com vírus do grupo herpes.
- j) Outros (especificar).

Nota explicativa: Foram mantidas as informações de *Chlamydia*, cocos e bacilos por considerar-se a oportunidade, por vezes única, em um país continental e com grandes dificuldades geográficas e econômicas, de estabelecer uma terapêutica antimicrobiana baseada exclusivamente no exame preventivo. A introdução da expressão “bacilos supracitoplasmáticos” busca indicar a apresentação morfológica de agentes microbianos de difícil distinção pelo exame corado e fixado pela técnica citológica, mas que, de modo geral, respondem aos mesmos tratamentos.

1 – Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002 Apr 24;287(16):2114-9.

2 – INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

3 – Koss GL, Melamed RM. Koss' Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases. 2005:307, 5ª ed. Vol. 1 Ed. Lippincott Williams & Wilkins.

4 – Davey DD et al. ASCCP Patient Management Guidelines Pap Test Specimen Adequacy and Quality Indicators. Am J Clin Pathol. 2002; 118(5):714-718.

5 – Malik SN, Wilkinson EJ, Drew PA, Hardt NS. Benign cellular changes in Pap smears. Causes and significance. Acta Cytol. 2001; 45(1):5-8.

Lista dos participantes nas diferentes etapas do trabalho de elaboração da *Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Conduitas Preconizadas: Recomendações para Profissionais de Saúde*, 2ª edição (Rio de Janeiro: INCA, 2006), da qual este livro faz parte.

Afrânio Coelho	Élbio Cândido de Paula
Alexandre José Peixoto Donato	Elias Fernando Miziara
Alvaro Piazzetta Pinto	Elizabeth Cristina de Souza Mendes
Ana Cristina Lima Pinheiro	Elsio Barony de Oliveira
Ana Maria Castro Morillo	Elza Baia de Brito
Andreia Xavier Polastro	Elza Gay Pereyra
Antonio Luiz Almada Horta	Estefania Mota Araripe Pereira
Carlos Alberto Fernandes Ramos	Ethel Cristina Souza Santos
Carlos Alberto Ribeiro	Euridice Figueiredo
Carlos Alberto Temes de Quadros	Fabio Russomano
Carlos Eduardo Polastri Claro	Fatima Edilza Xavier de Andrade
Celso di Loreto	Fatima Meirelles Pereira Gomes
Claudia Jacinto	Fatima Regina Gomes Pinto
Claudia Marcia Pereira Passos	Fernando Azeredo
Claudio Aldila Oliveira da Costa	Francisco de Assis Leite Filho
Claudio Bernardo H.Pereira Oliveira	Francisco José Batista da Silva
Cleide Regina da Silva Carvalho	Gerson Botacini das Dores
Clovis dos Santos Andrade	Giani Silvana Schwengber Cezimbra
Deise de Carvalho Dias	Gleyce Juventelles de Oliveira Anunciação
Delia Maria Rabelo	Gulnar Azevedo e Silva Mendonça
Delly Cristina Martins	Gutemberg Leão de Almeida Filho
Denise Barbosa	Henrique de Oliveira Costa
Denise José Pereira	Hercílio Fronza Júnior

Ilsa Prudente	Luiz Fernando Bleggi Torres
Ilzia Doraci Lins Scapulatempo	Luiz Martins Collaço
Isa Maria Mello	Manoel Afonso Guimarães Gonçalves
Isabel Cristina Chuvalis Doval	Marco Antônio Oliveira Apolinário
Ivana Porto Ribeiro	Marco Antonio Teixeira Porto
João Batista da Silva	Marcos André Félix da Silva
Joel Takashi Totsugui	Marcus Valério Frohe de Oliveira
Jorge Henrique Gomes de Mattos	Maria Beatriz Kneipp Dias
Jose Anselmo Cordeiro Lopes	Maria da Conceição Aguiar Lyra
José Antonio Marques	Maria Diva Lima
José Eluf Neto	Maria do Carmo Esteves da Costa
José Guilherme Berenguer Flores	Maria Fátima de Abreu
José Helvécio Kalil	Maria Isabel do Nascimento
José Mauro Secco	Maria José Camargo
Josefina de Andrade Monteiro de Barro	Maria José de Souza Ferrera
Jucelei Escandela	Maria Lúcia Prest Martelli
Jupira Mesquita	Maria Midori Piragibe
Jurandyr Moreira de Andrade	Maria Odete Abrantes Correia Lopes
Katia Regina Santos Lima	Maria Raymunda de Albuquerque Maranhão
Laudycéia de S. Oliveira	Marieta Maldonado
Leda Pereira de Barcelos	Marilene Filgueiras Nascimento
Leonel Ricardo Curcio Junior	Marina Andrade Amaral
Letícia Katz	Marina Lang Dias Rego
Liana Ariza	Maristela V. Peixoto
Luciane Maria Oliveira Brito	Maura Raquel Ferreira Sousa Vidal
Lucilia Maria Gama Zardo	Mônica de Assis
Luiz Cálice Cintra	Morgana Martins dos Santos
Luiz Carlos de Lima Ferreira	Nabiha Taha
Luiz Carlos Zeferino	Neil Chaves de Souza
Luiz Claudio Santos Thuler	Nelson Cardoso de Almeida

Nelson Valente Martins
Ney da Silva Pereira
Nilza Maria Sobral Rebelo Horta
Norma Império Meyrelles
Olimpio Ferreira de Almeida Neto
Paula Fernandes de Brito
Paula Maldonado
Paulo Giraldo
Paulo Sergio Peres Fonseca
Renata Aranha
Risoleide Marques de Figueiredo
Roberto Junqueira de Alvarenga
Ronaldo Correa F. da Silva
Ronaldo L.
Rangel Costa
Roseli Monteiro da Silva
Rui Luzzato
Sergio M. Bicalho
Sérgio Tavolaro
Sheila Rochelin Pereira
Sônia Maria Lima S. Marcena
Sueli Aparecida Maeda
Tânia Maria Cruz Werton Veras
Terezinha Castelo Branco Carvalho
Therezinha Sanfim Cardoso
Valeria de Andrade
Valeria Hora de Mello
Vânia Reis Girianelli
Vera Lucia Motta da Fonseca
Virgílio Augusto G. Parreira
Virginia Borges Nassralla
Wanuzia Queila de Miranda
Wilhermo Torres
Wilna Krepke Leiros Dias

Fonte: Futura, corpo 13.
Rio de Janeiro, agosto de 2012.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA