



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

***PROTOCOLO DE DETECÇÃO PRECOCE E
PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO***

OUTUBRO 2007

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ELISEU SANTOS

COORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

LÍZIA MEIRELES MOTTA

COORDENADOR DA ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

HELENITA CORRÊA ELY

COORDENADORA DA POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER

LUCIANE RAMPANELLI FRANCO

GRUPO RESPONSÁVEL PELA CONFECÇÃO DO PROTOCOLO:

ANTÔNIO CLÁUDIO MOREIRA DA SILVA

DINORÁ HOEPER

JANICE MARIA DE OLIVEIRA LONZETTI

LUCIANE RAMPANELLI FRANCO

LURDES MARIA TOAZZA TURA

SILVIO EUGÊNIO GONÇALVES DIAS

THIAGO PEREIRA DUARTE

REVISÃO DO PROTOCOLO

Equipe Técnica da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

INTRODUÇÃO

No ano de 2004 a Secretaria Municipal de Saúde definiu como uma de suas prioridades a política de atenção à saúde da mulher. Como parte desta proposta, foi elaborado o Protocolo de Detecção Precoce e Prevenção ao Câncer de Colo do Útero, com seu respectivo algoritmo. Este documento foi elaborado por um grupo de especialistas da rede que, através de discussões clínicas baseadas em evidências, buscou aperfeiçoar as rotinas já existentes de assistência à saúde da mulher em Porto Alegre.

No ano de 2007 o Protocolo foi revisado pela equipe técnica da Saúde da Mulher baseando-se na atualização da Nomenclatura Brasileira para Laudos cervicais e Condutas preconizadas pelo INCA / Ministério da Saúde (2006).

Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente, dentro de uma circunstância clínica específica, baseados na melhor informação científica. Eles servem como instrumento de auxílio, nunca de obrigatoriedade, e devem ser periodicamente revisados segundo as novas evidências médicas.

Dentre todos os tipos, o câncer do colo do útero é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando perto de 100%, quando diagnosticado precocemente. Seu pico de incidência situa-se entre 40 e 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem ocorre antes dos 30 anos.

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame de Papanicolau para rastreamento do câncer do colo do útero, a doença continua a ser entre nós um grave problema de saúde pública, sendo que os índices de mortalidade continuam estáveis nos últimos dez anos.

Nos anos de 2002-2003 foi realizado pelo Ministério da Saúde o Inquérito Domiciliar que mostrou que a cobertura estimada do Papanicolau variou de 74% a 93%. Entretanto, o percentual da realização desse exame pelo SUS variou de 33% a 64%.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) Saúde 2003, divulgados pelo IBGE /2005, mostraram que nos últimos três anos, a cobertura do exame citológico do colo do útero foi de 68,7% em mulheres acima de 24 anos de idade, sendo que 20,8% das mulheres nesta faixa

etária nunca tinham sido submetidas ao exame preventivo.

MAGNITUDE (o quanto é freqüente a condição)

As maiores causas de morte na população feminina em Porto Alegre são as doenças cardiovasculares, seguidas das neoplasias. Entre essas, a principal causa de morte é o câncer de mama e o câncer de colo uterino está em 4º lugar. No Brasil, estima-se que o câncer do colo do útero seja o terceiro mais comum na população feminina, sendo superado pelo câncer de pele não melanoma e de mama. Este tipo de câncer representa 10% de todos os tumores malignos em mulheres. É uma doença que pode ser prevenida, estando diretamente vinculada ao grau de subdesenvolvimento do país.

Cerca de 80% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, onde o carcinoma de cérvix é o principal câncer em mulheres, atingindo o quinto lugar entre todas as neoplasias, considerando ambos os sexos, correspondendo a 7,3% de todos os cânceres humanos. O câncer cervical é uma doença potencialmente prevenível, através de métodos de rastreamento de lesões pré-malignas e da identificação e controle dos fatores de risco associados (1,2). O Brasil é o nono lugar entre os quinze países com maiores taxas de mortalidade por câncer de colo uterino no mundo. O número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil, em 2006, é de 19.260, com um risco estimado de 20 casos a cada 100 mil mulheres.

A idade é marcador de risco importante, com o pico de incidência, para o carcinoma “*in situ*” ocorrendo entre os 20 e 30 anos de idade. O vírus do papiloma humano (HPV) é considerado o marcador de risco mais importante para o câncer de colo uterino. É um achado citológico encontrado em 3 a 8% das mulheres rastreadas. O risco relativo de desenvolvimento do câncer de colo de útero apresenta um aumento linear (até aproximadamente 9) proporcional ao número de parceiros, assim como mulheres com início da atividade sexual anterior aos 17-18 anos apresentam um risco relativo variando entre 2-3. Alguns estudos epidemiológicos têm sugerido vários fatores implicados no desenvolvimento de neoplasia cervical, entre os quais encontram-se o baixo nível socioeconômico e a presença de doenças sexualmente transmissíveis(DST), tabagismo e diversas características associadas ao comportamento sexual, como número de parceiros e idade da primeira relação sexual. As fumantes parecem ter um risco maior de apresentar câncer de colo de útero que as não fumantes (3,4,5,6,7,8,9,10,11). Também um fator importante a ser considerado é a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, material coletado inadequadamente pelo profissional de saúde e lâmina mal avaliada pelo citologista.

Particularmente, infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), especialmente os sorotipos 16,18,31,33,35 foi associada ao risco de desenvolver câncer de colo uterino. Uso de

anticoncepcionais orais e o tabagismo são fatores que parecem contribuir para elevar o risco de displasias associadas ao HPV. Além disso, o início precoce de relações sexuais e o elevado número de parceiros são fatores reconhecidamente associados à maior prevalência de DSTs, dentre elas se destacando a infecção pelo HIV (12,13).

É uma patologia que evolui muito lentamente. Estima-se que cerca de 50% de todos os casos de carcinoma “*in situ*” progridam para carcinoma invasor num período de anos de evolução.

A padronização das ações de saúde da mulher visa a alcançar a melhoria da qualidade e cobertura da assistência à saúde das mulheres que procuram o Sistema Único de Saúde em nossa cidade.

TRANSCENDÊNCIA (gravidade do problema)

As mulheres representam uma prioridade para as políticas públicas de saúde pelas suas peculiaridades sócio-biológicas, nas quais as ações de saúde podem ter um impacto direto na redução dos índices de morbimortalidade, interferindo positivamente nos indicadores de saúde de uma população.

VULNERABILIDADE (o quanto é efetivo o tratamento)

O protocolo tem por objetivo padronizar o atendimento, orientar a realização do mínimo a ser feito para garantia de boa qualidade, facilitando a informatização dos dados e possibilitando a realização de vigilância das situações de risco. A prioridade deve ser no sentido de diminuir a morbimortalidade da mulher por câncer de colo uterino.

O câncer de colo uterino atinge mulheres jovens com grande frequência e é potencialmente prevenível. Assim sendo, sua prevenção e detecção precoces apresentam importante impacto em saúde pública prevenindo milhares de mortes. É uma patologia que evolui muito lentamente. Estima-se que cerca de 50% de todos os casos de carcinoma “*in situ*” progridam para carcinoma invasor num período de anos de evolução.

Nos países desenvolvidos, a sobrevida média estimada em cinco anos varia de 59% a 69%. Nos países em desenvolvimento, os casos são encontrados em estágios relativamente avançados e, conseqüentemente, a sobrevida média é estimada em 49% após cinco anos.

A prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), particularmente a comportamento sexual, como número de parceiros e idade da primeira relação sexual podem ser

passíveis de interferência das equipes de saúde e educação, podendo ter impacto na prevenção dos fatores de risco associados ao desenvolvimento do câncer de colo uterino.

OBJETIVO

Diminuir a morbimortalidade por câncer de colo uterino na cidade de Porto Alegre, através de:

1. Ampliação da cobertura de rastreamento, privilegiando a busca àquelas pacientes que nunca foram submetidas a qualquer exame preventivo anterior;
2. Identificação das pacientes expostas aos fatores de risco;
3. Detecção precoce e tratamento das lesões precursoras do câncer de colo uterino;
4. Realização de vigilância epidemiológica e de busca ativa de mulheres faltosas, cujos resultados dos exames de prevenção mostraram-se alteradas;
5. Qualificação e humanização destas ações, integrando-as às demais ações e programas de assistência à saúde;
6. Revisar a literatura médica para atualização deste protocolo clínico anualmente.

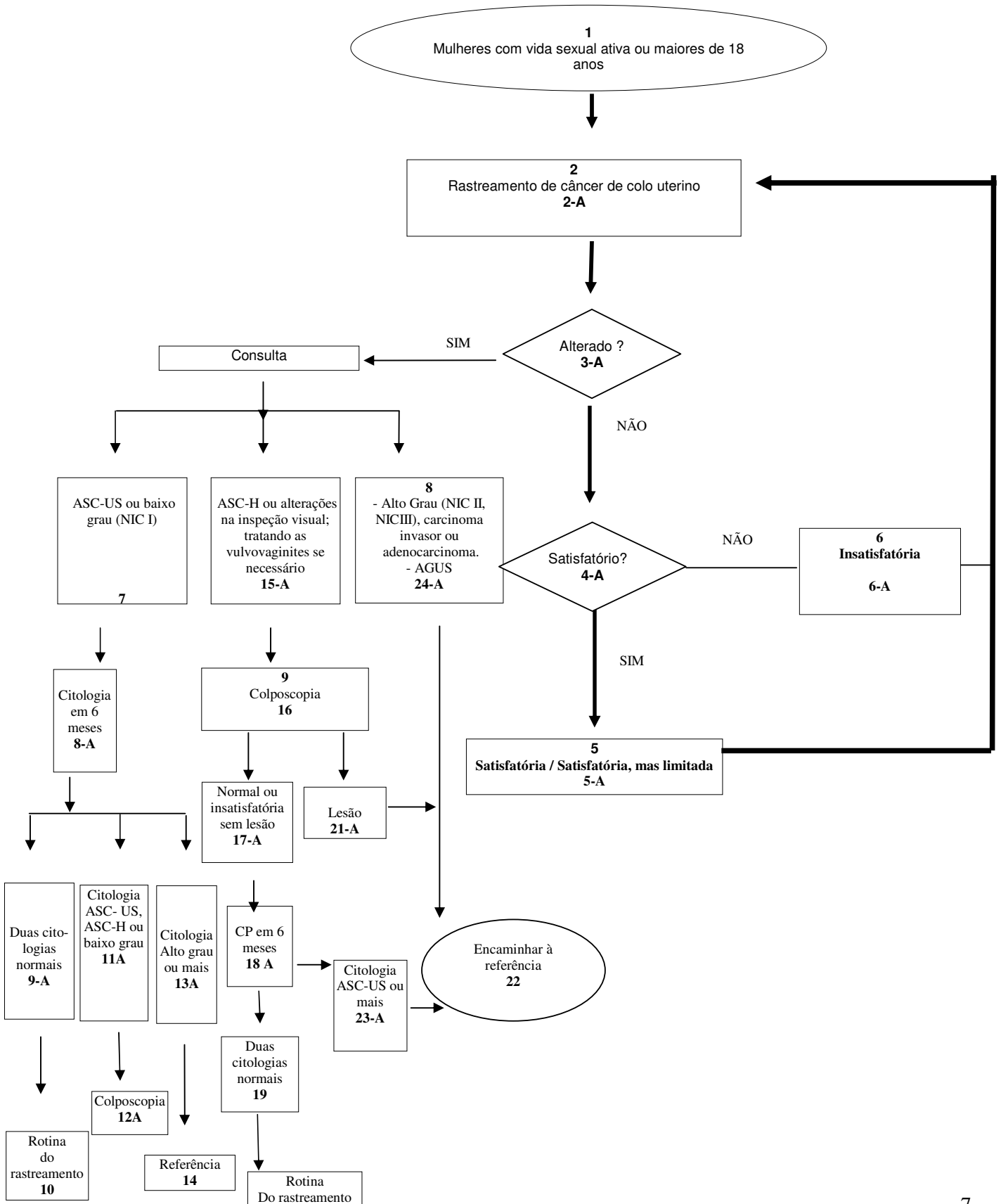
POPULAÇÃO ALVO

Todas as mulheres com mais de 18 anos ou com vida sexual ativa em qualquer idade.

População com ênfase especial

- Mulheres com início de vida sexual ativa anterior aos 18 anos.
- Mulheres com comportamento de risco para DST/AIDS
- Mulheres em situação de vulnerabilidade social
- Tabagistas
- Mulheres soropositivas para HIV ou imunodeprimidas.

ALGORITMO



ANOTAÇÕES REFERENTES AO ALGORITMO

1 A Oferecer o rastreamento ao câncer de colo uterino a mulheres a partir dos 18 anos de idade ou com vida sexual ativa em qualquer idade, inclusive durante a gestação. Ainda não há evidências epidemiológico clínicas de benefícios na diminuição da morbimortalidade da mulher em executar citopatológico de colo uterino em mulheres com menos de 18 anos.

Há evidências fortes de diminuição da mortalidade após rastreamento regular com o teste de Papanicolaou e a inspeção visual com ácido acético e lugol em mulheres sexualmente ativas ou com idade igual ou superior a 18 anos. O limite de idade em que o rastreamento deve ser suspenso é desconhecido, mas pela história natural da doença a literatura aponta como sendo 65 anos este limite; desde que nos últimos 10 anos os exames de rastreamento para câncer de colo uterino tenham tido resultado normal e que esta mulher não pertença a nenhum grupo de risco para câncer cervical..

Os fatores de risco para câncer de colo uterino são (DST, promiscuidade, precocidade das relações sexuais, tabagismo, etc.) e os fatores protetores são (uso de preservativos, higiene, exame ginecológico periódico, parceiros fixos, tratamento e diagnóstico precoce das lesões pré-malignas).

Nível de Evidências:

3 (estudo de coorte / caso-controle)

4 (evidências de séries múltiplas, com ou sem intervenção)

5 (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de experts)

Há boas evidências para se incluir o exame de prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino no exame de saúde de mulheres sexualmente ativas. Mulheres dos grupos de risco devem ser rastreadas com maior frequência, se possível anualmente (**Grau de recomendação B**)..

Quanto à citologia em meio líquido não há evidências que suportem sua indicação como método de rastreio, especialmente devido a seu alto custo.

2 A Rastreamento de Câncer de Colo Uterino

Atendimento Individual

O exame de prevenção ao câncer de colo uterino realizado nos postos de saúde deverá estar integrado à consulta de saúde da mulher.

- **Anamnese:** avaliar saúde geral, gineco-obstétrica e dados sócio-econômicos, buscando a identificação de riscos.
- **Exame Clínico**
- **Exame ginecológico:**
 - Exame de mamas: inspeção e palpação (segundo protocolo de mama).
 - Realização do exame a fresco de secreção vaginal (onde houver microscópio);
 - Rastreamento do câncer de colo uterino: coleta do exame citopatológico de colo uterino; inspeção visual do colo uterino com ácido acético e lugol.
 - Exame de toque vaginal.

Técnica de coleta de exame citopatológico de prevenção ao câncer de colo uterino

- Não estar menstruada
 - Diferenciar menstruação de sangramento vaginal pois este poderá ser sinal de lesão de colo detectável à inspeção visual;
 - Coletar mesmo na presença de menstruação se esta for a melhor oportunidade de realizar o exame em paciente que não tenha tido acompanhamento regular.
- Não usar cremes vaginais há pelo menos 4 dias;
- Não ter relações sexuais até 24 horas antes;
- Coletar o exame mesmo na presença de leucorréia, pois esta poderá ser a única oportunidade (retirar o excesso de secreção com gaze);
- Colocar espéculo sem lubrificantes;
- Não utilizar nenhuma solução intravaginal antes da coleta;
- Realizar coleta ecto e endocervical:
 - A combinação mais eficiente é o uso de escova para coleta da endocérvice, e da espátula de Ayre para coleta da ectocérvice, girando-a 360 graus sobre a JEC (junção escamo-colunar) colocadas de forma sobreposta na mesma lâmina. (Grau de recomendação A) .
- Espalhar o material sobre a lâmina previamente identificada e fixar imediatamente com fixador citológico ou álcool 95%.

Periodicidade do Rastreamento

- A cada três anos, após dois exames normais consecutivos com intervalo de um ano. (**Grau de recomendação A**). Existe pouca evidência de que o rastreamento anual é mais efetivo do que a cada 3 anos para a população em geral.
- Anualmente em mulheres com risco (HIV positivo, imunodeprimidas, com lesões prévias de alto risco).
- Mulheres hysterectomizadas por outras razões que não o câncer ginecológico, não precisam ser incluídas no rastreamento.

3A-No exame de rastreamento de câncer de colo uterino (coleta de citopatológico de colo uterino, inspeção visual e inspeção com ácido acético e lugol) são consideradas alteradas as seguintes situações:

ALTERAÇÕES VISUAIS NO COLO UTERINO:

- Pólipos
- Tumores
- Erosões
- Epitélio branco
- Áreas leucoacéticas
- Áreas com Teste de Schiller positivo.

ALTERAÇÕES NO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO:

1. Alterações celulares benignas: (citologia normal)

- Inflamação
- Reparação
- Metaplasia escamosa imatura
- Atrofia com inflamação
- Radiação

2. Atipias celulares

2.1. Alterações de significado indeterminado:

2.1.1 Células Escamosas:

- Possivelmente não neoplásicas (**ASC-US de Bethesda**)
- Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau (**ASC-H de Bethesda**)

2.1.2.Células Glandulares:

- Possivelmente não neoplásicas
- Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

2.1.3. De origem indefinida:

- Possivelmente não neoplásicas
- Não se pode afastar lesão intra-epitelial de alto grau.

2.2. Atipias celulares em células escamosas:

2.2.1 Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NICI).

2.2.2 Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo NIC II e NICIII).

2.2.3 Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão

2.2.4 Carcinoma epidermóide invasor.

2.3 Atipias celulares em células glandulares:

2.3.1 Adenocarcinoma in situ

2.3.2 Adenocarcinoma invasor: cervical, endometrial, sem outras especificações

3. Outras neoplasias malignas

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

4 A Exames Normais:

A paciente apresenta inspeção visual do colo uterino normal e resultado do exame citopatológico do colo uterino normal. Neste momento avalia-se a adequabilidade da amostra: satisfatória ou insatisfatória.

5 A- Satisfatória, com representatividade da JEC

A periodicidade do rastreamento será a cada três anos, desde que existam dois exames normais consecutivos (com intervalo de um ano) e que não exista situação de risco.

6 A Insatisfatória

Tratar as vulvovaginites, se necessário, e repetir imediatamente.

7 e 8A Na presença de **lesões intra-epiteliais de baixo grau** (NIC I e HPV) e **atípias em células escamosas** (ASC-US), realizar citologia em 6 meses.

9A Duas citologias consecutivas normais (6/6 meses) voltar a rotina de rastreamento básica.

11A Se uma das duas citologias forem: **ASC-US, ASC-H ou lesões de baixo grau** (NICI- HPV) encaminhar para colposcopia.

12A Vide 17 A ou 21 A.

13A Se **alto grau** (NICII ou NICIII), **microinvasão, carcinoma epidermóide invasor, adenocarcinoma in situ ou invasor**, devemos encaminhar para a referência.

15A Na presença de **ASC-H** (atípias em células escamosas de significado indeterminado que não se pode afastar lesão de alto grau) ou **alterações na inspeção visual** encaminhar para colposcopia.

17A Colposcopia normal ou insatisfatória

É considerada satisfatória a colposcopia em que a JEC (junção escamo colunar) é visível e insatisfatória quando ocorrer inflamação intensa ou atrofia acentuada. Nestes casos tratar a alteração e repetir a colposcopia após 30 dias. Para os casos de atrofia, usar estrogênio via vaginal

por 7 dias antes do exame, desde que não haja contra-indicações para tal conduta. Se após o tratamento a colposcopia for normal, repetir citologia em 6 meses.

18A, 19 e 20 Após duas citologias normais coletadas com intervalo de 6 meses , retornar a rotina de rastreamento básico.

21A Colposcopia com lesão: encaminhar para a referência

· **Colposcopia com lesões de baixo grau**

As lesões colposcópicas de baixo grau são: epitélio acetobranco tênue e plano, pontilhado fino, mosaico regular, ausência de vasos atípicos, zona iodo negativa muda. Observar se as alterações encontram-se dentro ou fora da zona de transformação;

Nível de Evidências: 4 (evidências de séries múltiplas, com ou sem intervenção) **e 5** (opiniões de autoridades respeitadas, baseadas na experiência clínica, estudos descritivos ou comitês de experts)

· **Colposcopia com lesões de alto grau ou insatisfatória com lesão**

As alterações observadas na colposcopia de alto grau são: epitélio branco com relevo, pontilhado grosseiro, mosaico irregular; vasos atípicos; orifícios glandulares com halos espessados. Observar se as alterações encontram-se dentro ou fora da zona de transformação.

23A Se citologia com atipias (ASC-US ou mais) encaminhar para referência

24 A Na presença de:

-Lesão intra-epitelial de alto grau (NIC II e NICIII), carcinoma epidermóide microinvasor ou invasor, adenocarcinoma e AGUS:

Encaminhar para referência e tratar as vulvovaginites, se presentes, antes do

OBS: Na presença de células endometriais em mulher com mais de quarenta anos, fora do período menstrual, aconselha-se investigar patologias ovariana, tubária ou endometrial, sendo então encaminhadas para a unidade de referência.

PESQUISA DE HPV-DNA

Não se justifica a pesquisa de HPV-DNA porque em cerca de 80% será positiva para vírus de alto risco oncogênico. Porém nem toda mulher com HPV de alto risco apresentará lesão de alto grau. Para que isto ocorra são necessários outros co-fatores tais como suscetibilidade genética, fatores nutricionais, tabagismo, etc.

A pesquisa molecular pode ser utilizada nas pacientes cujo resultado de exame citopatológico apresentar atipias de significado indeterminado (para detectar a presença de vírus oncogênico) ou no seguimento de pacientes que tenham sido submetidas a conização ou à cirurgia de alta frequência. No entanto, como o custo deste procedimento é elevado, não existe indicação de realizá-lo como rotina, optando-se pela colposcopia.

Referências Bibliográficas

1. Muñoz N, Bosh FX. Epidemiology of cervical cancer. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 1989: 9-39.
2. Parkin DM, Laara E, Muir CS. Estimates of the worldwide frequency of sixteen major cancers in 1980. *Int. J. Cancer*. 1988; 41:184-197.
3. Harris RWC, Brinton LA, Cowdell RH, et al. Characteristics of women with dysplasia or carcinoma in situ of the cervix uteri. *Br J Cancer*. 1980; 42: 359-369.
4. Reeves WC, Brinton LA, Brenes MM, et al. Case-control study of cervical cancer in Herrera Province, Republic of Panama. *Int J Cancer*. 1985; 36: 55-60.
5. Clarke EA, Hatcher J, Mckeown-Eyssen GE, Lickrish GM. Cervical dysplasia: association with sexual behavior, smoking, and oral contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; 151: 612-616.
6. Brinton LA, et al. Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer. *J Nat. Cancer Inst*. 1987; 79: 23-30.
7. Greenberg ER, Vessey M, McPherson K, Yates D. Cigarette smoking and cancer of the uterine cervix. *Br J Cancer*. 1985; 51: 139-141.
8. Brinton LA, et al. Cigarette smoking and invasive cervical cancer. *J Am Med Assoc*. 1986; 255: 3265-3269.
9. Peters RK, et al. Risk factors for invasive cervical cancer among latinas and non latinas in Los Angeles county. *J Natl Cancer Inst*. 1986; 77: 1063-1077.
10. Schiffman MH, et al. Biochemical epidemiology of cervical neoplasia: measuring cigarette smoke constituents in the cervix. *Cancer Res*. 1987; 47: 3886-3888.
11. Herbst AL, Mischell DR, Stenchever MA, Droegmueller W. *Comprehensive Gynecology*, 2nd ed. St. Louis: Mosby Year Book, 1992: 720.
12. Meisels A, Fortin R, Roy M. Condylomatous lesions of the cervix: cytologic, colposcopic and histopatologic study. *Acta Cytol*. 1977; 21: 379-390.
13. Reeves WC, Rawls WE, Brinton LA. Epidemiology of genital papillomaviruses and cervical cancer. *Rev Infect Dis*. 1989; 11: 426-439.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/siscam.htm>>. Acesso em julho de 2003.
15. Miller, AB. Cervical cancer screening programmes. Managerial guidelines. World Health Organization. Geneva, 1992.
16. Naud P, Bozzetti MC, Prolla JC, Becker E Jr, Camozzato A, Siegle R, Duarte TP, Zanatta Filho PP, Lima GB, Cavagnoli J, Mattos JC, Timm AR e Filho CI. Screening in Cervical Cancer Prevention in Porto Alegre, Brazil. The Experience of a Programme in a Developing Country. In: *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Blackwell Science Ltd, United Kingdom. 1997; 28: 250-262.
17. Herbst AL. The Bethesda System for cervical/vaginal cytologic diagnoses. *Clint Obstet Gynecol*. 1992; 35(1): 22-27.
18. Beuret TH, Sadoul G, Farj A, Ionesco M, De Brux J. Étude épidémiologique comparative entre 120 patientes atteintes de lésion condylomateuse et 120 patientes témoins. *J Ginecol Obstet Biol Reprod*. 1987; 16: 555-564.
19. Naud P, Bozko L, Catalan F et al. Human Papillomavirus and Precursor Lesions of Uterine Cervical Cancer. In: *Papillomavirus in Human Pathology*. Ares Serono Symposia, 1995; p. 261.
20. Villa LL, Franco ELF. Epidemiologic correlates of cervical neoplasia and risk of human papillomavirus infection

in asymptomatic women in Brazil. J Natl Cancer Inst. 1989; 81: 332-340. Martin-Hirsch P, Jarvis G, Kitchener H, et al. Collection Devices for Obtaining Cervical Cytology Samples. Cochrane Database of Syst Ver 2000. CD001036.

21. Brinton LA, Fraumeni JF Jr. Epidemiology of uterine cervical cancer. J Chronic Dis. 1986; 39: 1051-1065.

22. Brinton LA, Hamman RF, Huggins GR, et al. Sexual and reproductive risk factors for invasive squamous cell cervical cancer. J Natl Cancer Inst. 1987; 79: 23-29.

23. La Vecchia C, Franceschi S, Decarli A, et al. Sexual factors, venereal diseases, and the risk of intraepithelial and invasive cervical neoplasia. Cancer. 1986; 58: 935-941.

24. Zunzunegui MV, King MC, Cofia CF, et al. Male influences on cervical cancer risk. Am J epidemiol. 1986; 123:302-307.

25. MINISTÉRIO DA SAÚDE / INCA, Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas, Recomendações para profissionais de saúde, 2006.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS: Revisão de literatura e consensos.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

.