

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

ANALISE DE COLPOCITOLOGIAS ONCÓTICAS REALIZADAS NO
SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CANCER GINECOLÓGICO-PAM-INAMPS.

ALVES, E.

SCHMIDT, E.M.

FLORIANÓPOLIS, SC, EM 03 DE JUNHO DE 1991.

8.0 sib
Pit

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

ANÁLISE DE COLPOCITOLOGIAS ONCÓTICAS REALIZADAS NO
SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO-PAM-INAMPS.

AUTORES: EDUARDO MIGUEL SCHMIDT*

ELIANE ALVES*

ORIENTADORA: DR^a LILIA ROSA MARQUES

* Doutorandos da 11^a Fase do Curso de Graduação em Medicina.

AGRADECIMENTOS:

A Dr^a LILIA ROSA MARQUES, pelo total apoio, atenção e dedicação que nos prestou durante a elaboração deste trabalho em todas as suas fases.

A Enfa NILDA FIGUEIREDO CARNEIRO e às auxiliares IRENE MARCHI E MALVINA BELAVER, por exercerem suas profissões de forma consciente e ordenada, e pela amabilidade com que nos receberam em seu serviço.

íNDICE

1. RESUMO.	05
2. INTRODUÇÃO.	06
3. MATERIAL E MÉTODOS.	10
4. RESULTADOS.	11
5. DISCUSSÃO	16
6. CONCLUSÃO	22
7. SUMMARY	23
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	24

RESUMO

O Câncer Cervical é uma das neoplasias mais comuns no sexo feminino antes dos 50 anos. Por apresentar uma história natural com lesões pré-invasivas com desenvolvimento lento, o torna ideal para ser detectado precocemente. Para isto, tem sido utilizado, desde de 1940, a colpocitologia com consequente diminuição da incidência e mortalidade por câncer cervical.

Analisamos 2.310 resultados de colpocitologias realizadas no Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do PAM-INAMPS em Florianópolis-SC, no período de 09/06/87 à 17/04/91, visando principalmente a frequência de lesões consideradas pré-malignas num ambulatório de prevenção pública.

Obtivemos em nossa casuística uma incidência de 1,12% de citologias anormais (Classe III, IV e V), estando em conformidade com a literatura.

INTRODUÇÃO

O Câncer Cervical ocupa a 5ª posição em incidência e a 6ª em mortalidade em mulheres da Comunidade Européia. Embora seja responsável por apenas 4% de todas as mortes por câncer no sexo feminino, é uma das neoplasias mais comuns em mulheres antes dos 50 anos. (18). Na Austrália 40% dos novos casos por ano ocorrem em mulheres com menos de 45 anos. (32). Nos Estados Unidos, no período entre 1988 e 1989 estavam previstos 13.000 novos casos com 7.000 mortes por ano. (10, 24). A sua história natural com um longo período de lesões pré-invasivas, o torna ideal para ser detectado precocemente. (10).

Apresenta, uma sobrevida por 5 anos em todos os estadios combinados de 55%. Em lesões pré-cancerosas, estadio 0 e Carcinoma "in situ", de aproximadamente 100%. Nos estadios intermediários, I e II, de 85% e 64% respectivamente. Nos estadios avançados, III e IV, de 35% e 0 à 14% respectivamente. (21). A chave para redução deste tipo de neoplasia é a realização de colpocitologias periódicas, podendo reduzir a incidência, e associadamente, a mortalidade. (8, 10, 40, 41).

A Colpocitologia é usada como método de prevenção e detecção de lesões pré-cancerosas e pré-invasivas desde 1940, sendo bastante eficiente, possibilitando o diagnóstico precoce das alterações cervicais, e diminuindo substancialmente a incidência e

mortalidade por câncer cervical invasivo. (3, 6, 8, 18, 21, 22, 25, 29, 37, 38, 41). Por estas razões tem sido aceito como rotina no controle de saúde de mulheres adultas. (22).

McCormick (27) relata que o teste tem sua limitação, por várias razões. Há os problemas de interpretação, muitas amostras são tecnicamente insatisfatórias, onde endocérvice não é incluída, áreas críticas podem ser perdidas, ou fixações são feitas erroneamente. Consequentemente surgem os resultados falso-positivos e os falsos-negativos.

Os resultados falso-positivos, com taxas entre 0,5-1,3%, ocorrem em duas oportunidades: descrição incorreta do laboratório de células anormais e em casos de regressão espontânea de lesões displásicas ou Carcinoma "in situ", que podem ocorrer entre 6-60%. (10). O resultado falso-positivo seria o principal risco deste exame, sendo que a gravidade dependeria do subsequente acompanhamento e tratamento. (10). São geralmente mais frequentes em mulheres acima dos 65 anos e em pacientes com alterações inflamatórias atróficas. (12).

Os exames falso-negativos, com taxas de 7-60%, são mais comuns por amostras inadequadas da junção escamo-colunar em mulheres acima dos 65 anos, por ser mais difícil de ser visualizada em pós-menopausadas. (43).

A prevenção do câncer cervical tem como método principal o esfregaço de Papanicolaou, que foi desenvolvido pelo Dr. George Papanicolaou nos anos 30 e difundido nos anos 40 pelos Drs. Papanicolaou e Traut. (10). A partir da Classificação de

Papanicolaou (1, 17), outras classificações surgiram, como a da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) em 1952, que distingue dois grandes grupos de lesões: as Displasias (leve, moderada e severa), e o Carcinoma "in situ"; em 1968, Richart, propõe uma classificação utilizando o termo "Neoplasia Intraepitelial do Colo" (N.I.C.) dividido em graus I, II e III, suprimindo o termo Carcinoma "in situ". (7). Na Inglaterra, em 1986, a British Society for Clinical Cytology descreve uma classificação bastante preconizada naquele país (16). Tentando criar uma classificação que proporcionasse efetiva comunicação entre citopatologistas e clínicos; que facilitasse correlação cito-histopatológica; que facilitasse pesquisas epidemiológicas, biológicas e patológicas das doenças cervicais e proporcionasse avaliações e comparações entre estatísticas nacionais e internacionais o United States Cancer Institute reunido em Bethesda, Maryland, em 1988, descreveu o Sistema de Bethesda, que basicamente, menciona se a amostra colhida é adequada para a análise diagnóstica; fornece uma classificação ampla do diagnóstico, ou seja, se a amostra está dentro da normalidade ou não, e fornece um diagnóstico descritivo. Neste encontro visou-se findar com a variável terminologia corrente e, as vezes, ambígua, resultando em confusões com implicações clínicas. Conclui-se que a Classificação de Papanicolaou, apesar da enorme contribuição na evolução da prevenção do câncer cervical, não é mais uma classificação aceitável na moderna prática do diagnóstico citológico.(29).

O principal objetivo das ações do controle do câncer cervico-uterino é: prevenir o câncer invasivo, através da detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-cancerosas. Embora exista tecnologia simples e de baixo custo, para a prevenção

e o diagnóstico de estádios precoces, capaz de ser incorporada a todos os serviços de saúde, sua utilização sistemática é ainda reduzida e atualmente, atinge apenas uma pequena parcela da população feminina. A O.M.S. preconiza que seja necessário uma cobertura de 85% da população feminina para que haja impacto epidemiológico na frequência e distribuição do câncer cérvico-uterino (6).

Objetivamos com este trabalho analisar os resultados de 2.310 exames colpocitológicos, visando principalmente a frequência de lesões consideradas pré-malignas num ambulatório de prevenção pública.

MATERIAL E MÉTODOS

O nosso material compreende 2.310 resultados de exames colpocitológicos realizados no Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do PAM-INAMPS, em Florianópolis-SC, no período de 09/06/87 a 17/04/91. Submeteram-se a realização da colpocitologia, mulheres com idade entre 15 à 90 anos, com média de 35 anos.

A colheita do material foi realizada pelo método triplice, sendo o material do fórnix vaginal e ectocérvice colhidos pela espátula de AYRE e o material da endocérvice por escova citológica.

A grande maioria dos pacientes procuraram espontaneamente o serviço.

Os resultados das colpocitologias foram fornecidos conforme a Classificação de Papanicolaou, ora, acrescidos de termos recomendados pela O.M.S., ora, por Richart e algumas vezes por Bethesda. Utilizamos em nossas tabelas apenas a Classificação de Papanicolaou por apresentar a uniformidade em todos os laudos. Observou-se ainda nos laudos colpocitológicos a presença ou não de alterações inflamatórias e de agentes específicos.

RESULTADOS

TABELA 1 : RESULTADOS DOS EXAMES COLPOCITOLÓGICOS
PELA CLASSIFICAÇÃO DE PAPANICOLAOU

CLASSE	Nº TOTAL	%
I	134	5,80
II	2.150	93,07
IIIa	09	0,38
IIIb	10	0,43
IIIc	02	0,08
IV	02	0,08
V	03	0,13
TOTAL	2.310	100,00

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS - SC (1987-1991).

o que é anormal?

TABELA 2 : PREVALÊNCIA DE CITOLOGIA ANORMAL POR FAIXA ETÁRIA

<u>FAIXA ETÁRIA</u>	<u>Nº DE EXAMES</u>	<u>EXAMES ANORMAIS*</u>	<u>PREVALÊNCIA</u>
< 19 anos	150	-	-
20 - 29	778	05	0,64%
30 - 39	601	09	1,50%
40 - 49	410	06	1,46%
> 50 anos	357	06	1,68%
Desconhecida	14	-	-
TOTAL	2.310	26	1,12%

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CANCER GINECOLÓGICO
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS - SC (1987-1991).

✓ Ah! preciso de *

A citologia foi considerada anormal a partir da Classe
III.

TABELA 3 : RESULTADOS DOS EXAMES COLPOCITOLÓGICOS PELA
CLASSIFICAÇÃO DE PAPANICOLAOU POR FAIXA ETÁRIA

FAIXA ETÁRIA	I		II		IIIa		IIIb		IIIc		IV		V	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 19 anos	2	1,49	148	6,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 - 29	36	26,86	737	34,27	2	22,22	3	30	-	-	-	-	-	-
30 - 39	42	31,34	550	25,58	4	44,44	2	20	1	50	2	100	-	-
40 - 49	34	1,58	370	17,20	1	11,11	4	40	-	-	-	-	1	33,33
> 50 anos	19	14,17	332	15,44	2	22,22	1	10	1	50	-	-	2	66,66
**	1	0,74	13	0,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	134	100	2.150	100	9	100	10	100	2	100	2	100	3	100

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CANCER GINECOLÓGICO
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS - SC (1987-1991).

** LEGENDA: Desconhecida

TABELA 4 : AGENTES ESPECÍFICOS RELACIONADOS COM OS EXAMES
COLPOCITOLOGICOS PELA CLASSIFICAÇÃO DE PAPANICOLAOU

**	C.A.		T.V.		G.V.		C.T.		H.S.		P.H.		TOTAL	
CLASSE	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	114	4,93	94	4,06	294	12,72	1	0,04	2	0,08	2	0,08	507	22,16
IIIa	1	0,04	-	-	1	0,04	1	0,04	-	-	1	0,04	4	0,17
IIIb	-	-	-	-	-	-	1	0,04	-	-	1	0,04	2	0,08
IIIc	-	-	-	-	1	0,04	-	-	-	-	-	-	1	0,04
IV	-	-	-	-	1	0,04	-	-	-	-	1	0,04	2	0,08
V	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	115	4,97	94	4,06	297	12,85	3	0,12	2	0,08	5	0,21	516	22,33

FONTE: SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CANCER GINECOLÓGICO
PAM - INAMPS - FLORIANÓPOLIS - SC (1987-1991).

** LEGENDA:

C.A. = CANDIDA ALBICANS

T.V. = TRICHOMONAS VAGINALIS

G.V. = GARDNERELLA VAGINALIS

C.T. = CHLAMYDIA TRACHOMATIS

H.S. = HERPES SIMPLEX

P.H. = PAPILOMAVIRUS HUMANO

Observamos, em relação à TABELA 4, que em 16 casos (0,69%) ocorreram associações. Em 12 casos (75%) a associação

ocorreu dentre *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis*; em 3 casos (18,75%), entre *trichomonas vaginalis* e *Lepetrix vaginalis*; e em 1 caso (6,25%), entre *Candida albicans* e *Gardnerella vaginalis*.

As alterações inflamatórias de ecto e endocérvice estiveram ausentes em 224 casos (9,69%). Em 2086 casos (90,30%) se fizeram presentes, sendo a forma leve a mais frequente.

Em 4 casos (0,17%) as pacientes faziam uso de DIU e em 2 delas encontrou-se *Candida albicans*.

DISCUSSÃO

No Brasil, entre 1978 a 1984, o câncer cérvico-uterino, juntamente com o de mama, apresentaram as maiores taxas de mortalidade entre as mulheres. Com frequência relativa de 23,7%, na população feminina, representou a neoplasia maligna mais frequente no período de 1976-1980. (6).

A taxa de incidência anual de câncer cervical invasivo em mulheres norte-americanas, entre 35-39 anos, é em torno de 20 por 100.000. A incidência de Carcinoma "in situ" é maior, aproximadamente 130 por 100.000 na faixa etária, de 25-35 anos, caindo para 20 por 100.000 aos 50 anos. (10). Taxas a estes níveis são esperadas no grupo que se submetem a exames colpocitológicos periódicos. Aquelas que não as fazem, a incidência de Carcinoma "in situ" tende a ser mais baixa e a do Carcinoma Invasivo mais alta. (10).

Em nossos resultados obtivemos uma incidência de citologia anormal (Classe III, IV e V) de 1,12%. (TABELA 1 e 2). O Instituto de Citologia do Bavarian Cancer Society, no período de 1971 à 1976, atingiu uma incidência de citologias positivas e suspeitas de 0,97%. (43). O mesmo autor cita que na República Federal da Alemanha, em 1976, a taxa de incidência foi em torno de 0,32%. Ayangade e col. (3), em esfregaços de rotina em

pacientes assintomáticas, observaram uma taxa elevada de 6% de Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (N.I.C.).

Chou e col. (8) obtiveram uma taxa de suspeita de 1,13%, no período de 1979 à 1984. Consideraram que, quanto maior a taxa de detecção de lesões pré-cancerosas e cancerosas nas citologias, mais sucesso terá o serviço de prevenção para atingir seu objetivo.

O Serviço de Doenças Crônico-Degenerativas - Departamento de Saúde Pública em Santa Catarina, em 1990, realizou 99.655 exames colpocitológicos em todo o Estado, sendo 348 (0,34%) anormais, a partir da Classe III.(34).

Consideramos a taxa de incidência do Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do PAM-INAMPS, em conformidade com a literatura, que cita valores entre 0,02 à 0,3%, podendo atingir 1%. (41, 42).

A diferença existente entre o nosso resultado e o do D.S.P.-SC, talvez justifique-se na qualidade do material colhido, pois, incluímos amostra da endocérvice. Sabe-se que é necessária para a realização de um adequado esfregaço de Papanicolaou (21, 38). Não acreditamos haver diferença na população atingida, pelos dois serviços, com relação aos fatores de risco.

A periodicidade influi bastante para a redução das taxas de incidência de lesões positivas e suspeitas. (43). Estima-se que o câncer invasivo poderia ser reduzido em 64%, se a citologia fosse realizada em intervalos de 5 anos; adicionando-se 18%, se realizada entre 3-5 anos; e mais 8%, se realizada a intervalos

menores que 3 anos. (10, 25). Na Suécia mais de 80% dos casos avançados em mulheres atingidas por programas de prevenção (entre 30-49 anos) ocorreu dentro de 5 anos do último exame colpocitológico. (40).

Até 1988, o American Cancer Society recomendava a colpocitologia trienalmente até os 65 anos. (22). Atualmente, o American Cancer Society, o National Cancer Institute e o American College of Obstetricians and Gynecologists recomendam que mulheres, a partir de 18 anos ou com atividade sexual antes desta idade, devam realizar o Teste de Papanicolaou por 3 anos consecutivos. Após 3 exames anuais negativos a frequência deveria ser reduzida a critério do médico acompanhante. (10).

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza que o "preventivo" deva ser realizado entre 3 anos após 2 resultados negativos com intervalo de 1 ano. (6).

Em outros serviços, o que se recomenda é a realização da colpocitologia anual ou semestralmente. (19, 31, 48).

Com relação a faixa etária que deve ser atendida, o Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológico do PAM-INAMPS, preenche parcialmente as necessidades de um sistema de prevenção, pois atingiu pacientes entre 15 à 90 anos e principalmente a faixa em que as lesões pré-cancerosas são mais frequentes. Mas, falha por não atingir com mais frequência grupos etários intermediários e mais velhos com alto risco relativo, já que é um sistema de procura espontânea e não um sistema programado. (23).

O Serviço atingiu na grande maioria mulheres na faixa etária de 20 à 49 anos, com média de 35 anos. A maior incidência de citologia anormal ocorreu entre 30-39 anos, sendo a maior prevalência acima dos 50 anos. (TABELA 2).

Duguid e col. (9) analisaram em 70 à 80% a faixa etária entre 20-39 anos. Obtiveram uma maior incidência de N.I.C. III abaixo dos 35 anos e a prevalência mais alta entre 34-54 anos.

De Schryver (37) sugere em seu artigo que um pico de incidência de câncer cervical ocorre entre as idades de 35 à 54 anos. E é entre as faixas etárias de 30 à 54 anos que se situam a maioria das pacientes analisadas por Soost e col. (43), que observaram uma maior incidência de Carcinoma "in situ" e displasias severas entre 30-34 anos e de câncer cervical invasivo, acima dos 50 anos. Resultados estes que podem ser considerados semelhantes aos encontrados por nós. (TABELA 3).

A faixa etária em que deve ser realizada a colpocitologia, da mesma forma que a periodicidade do exame, tem sido ainda tema de controvérsia. Ao longo dos anos, o câncer cervical tem mudado seu comportamento aumentando sua frequência antes dos 35 anos (11). Sigurdsson e col. (38) demonstraram que no período de 1976 à 1986, já não existia diferença significativa na incidência de câncer cervical antes ou após os 45 anos. Mas, existe ainda um relativo número de pacientes com câncer cervical com ou mais de 55 anos. (46). Na Inglaterra, 40% das mortes por câncer cervical ocorrem em pacientes acima dos 65 anos, grupo etário que tem sido esquecido nos programas de prevenção (12).

Analisamos em nossa casuística a presença de agentes específicos, que se fizeram presentes em 22,33% das citologias e na grande maioria (22,17%) na Classe II. (TABELA 4). O agente específico mais encontrado foi a *Gardnerella vaginalis* em 12,85%, que também foi a mais frequente no material de Wilson e col. (47). Este mesmo autor, refere que o potencialmente mais importante é a *Chlamydia trachomatis* que encontramos em apenas 3 casos (0,21%) das 2.310 colpocitologias. Consideramos de relevância destacar a relação dos agentes específicos, entre estes o H.P.V., com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (D.S.T.) por apresentarem evidências de participação na etiologia do câncer cervical. (22, 38, 47). O H.P.V. que incidiu em 0,21% (5 casos), sendo que em 3 casos estavam presentes em colpocitologias anormais (Classe IIIa, IIIb e IV), tem estado associado com muitas alterações morfológicas do epitélio escamoso, do cérvix uterino, classificados anteriormente como N.I.C. (Displasias, Carcinoma "in situ") confundindo patologistas e ginecologistas. Ocorrem em qualquer idade e estão associados significativamente a N.I.C., em alguns casos, a câncer cervical invasivo. (20).

Correlaciona-se também com as D.S.T. e aos agentes específicos, as alterações inflamatórias que, se persistentes, são capazes de causarem lesões tipo N.I.C. (45), incidiram em 90,30% das colpocitologias. O que é compreensível, já que, 93,07% dos exames colpocitológicos são pertencentes a Classe II, onde as alterações celulares, são devido, basicamente, por inflamações. Ayangade e col. (3) observaram 29% de alterações inflamatórias em citologias entre N.I.C. I e N.I.C. III. Afirmaram em seus estudos que não estava claro a relação entre alterações inflamatórias e N.I.C., necessitando de maiores estudos.

Em 4 casos as pacientes usavam D.I.U., sendo que, os métodos ou os contraceptivos hormonais, parecessem não ter importância na alteração da citologia, no que diz respeito a presença de células neoplásicas.

CONCLUSÃO

- 1- Em 98,87% das colpocitologias foram negativas para células neoplásicas;
- 2- A citologia anormal, considerada a partir da Classe III de Papanicolaou, incidiu em 1,12% dos casos;
- 3- Foi na faixa etária entre 30-39 anos que a citologia anormal foi mais frequente e acima dos 50 anos foi mais prevalente;
- 4- O agente específico mais comum foi a *Gardnerella vaginalis*, em 12,85% dos casos;
- 5- As alterações inflamatórias estavam presentes em 90,30% das colpocitologias, provavelmente decorrentes aos 93,07% de colpocitologias Classe II.

SUMMARY

The cervical cancer is one of the most common neoplasia in female sex before 50 years old. It's possible to detect early the cervical cancer because it shows a long natural history and pré-invasive lesions with development slow. In order of that, it has been used, since 1940, the cervical and vaginal citological. Consequently, the incidence and mortality of the invasive cervical cancer has been decreased.

We had analysed 2.310 cervical and vaginal citological results realized in Serviço de Prevenção do Câncer Ginecológicos of PAM-INAMPS in Florianópolis-SC, between 09/06/87 and 17/04/91, our objective was to aim at, mainly, the pre-invasive lesions incidence in a public prevention ambulatory.

We found in our material an abnormal cytology incidence of 1,12%, this rate is similar with the literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 - ALMEIDA A.M.C., OKUMURA H., ZYNGER S.. Colpocitologia oncológica. In: Medina J. Salvatore, Bastos A.C.. Propedeutica Ginecológica, 1977, 3ª Edição. Editora Manole Ltda.

- 02 - ANDERSON G.H., BOYES D.A., BENEDET J.L., LE RICHE J.C., MATISIC J.P., SVEN K.C., WORTH A.J., MILLNER A., BENNETT O.M.. Organisation and results of the cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-1985. Br. Med J, 1988; 296: 975-978.

- 03 - AYANGADE O., AKINYEMI A.. Cervical cytology in an urban Nigéria population. E. Afr Med J, 1989; 66: 50-55.

- 04 - BLENKINSOPP W.K., JENKINS J.L.. Cervical smears. Choice of spatula is critical. Lancet, 1986; : 986.

- 05 - BOON M.E., CIVILLOU J.C.G., KOK L.P., OCHT Hof P.M., ERP J.M.V.. Efficacy of screening of cervical squamous and adenocarcinoma. The dutch experience. Cancer, 1987, 59: 862-866.

- 06 - Brasil. Ministério da Saúde. Controle do câncer cérvico-uterino e de mama. Brasília, DND/MS, 1989.

- 07 - CARTIER R.. Displasias do epitélio pavimentoso. In: Gartier R..
Colposcopia prática, 1986, 2ª Edição. Editora Roca Ltda.
- 08 - CHOU P., CHEN V.. Mass screening for cervical cancer in Taiwan
from 1974 to 1984. Cancer, 1989; 64: 962-968.
- 09 - DUGUID H.L., CURRIE J., DUNCAN I. D.. Screening for cervical
intraepithelial neoplasia in dundee and angus 1962-81 and
its relation with invasive cervical cancer. Lancet, 1985; :
1053-1056.
- 10 - EDDY, D.M.. Screening for cervical cancer. Ann Intern Med,
1990; 113: 214-226.
- 11 - ELLIOT P.M., TATTERSAL M.H.M., COPPLESON M., RUSSELL P., WONG
F., COATES A.S., SOLOMON H.J., BANNATYNE P.M., ATKINSON
K.H., MURRAY J.C.. Changing character of cervical cancer in
young women. Br Med J, 1989; 298: 288-290.
- 12 - FLETCHER A.. Screening for cervical cancer of the cervix in
elderly women. Lancet, 1990; 335: 97-99.
- 13 - GARUD M.A., SARAIYA U.B., LULLA M., KHANS, PAPASKAR, DAFFARY
D.. Cytology screening program in an urban and rural
community in India. Review of a ten-year experience. Acta
cytol, 1983; 27: 429-431.
- 14 - GRAY J.A.M., WILLIAMS A.R.. Making cervical screening wofr.
Br. Med J, 1989; 299: 260-261.

- 15 - HAMINSKI P.F., SOROSKY J.I., WHEECOCK J.B., STEVENS C.W.J.R..
The sientificance of atypical cervical cytology in an older population. Obstet gynecol, 1989; 73: 13-15.
- 16 - HUDSON E.. Cervical cytology. The terms used on the smear report form provide a workable system. Br. Med J, 1990; 300: 1353-1354.
- 17 - JEFFCOATE N.. Cancer em ginecologia. In Jeffcoate N. Principios de Ginecologia, 1979, 4ª Edição. Editora Manole Ltda.
- 18 - JENSEN O.M., ESTEVE J., MOLLER H., RENARD H.. Cancer in the European Community and its Member States. Eur J Cancer, 1990; vol. 26, nº 11: 1167-1286.
- 19 - JOHNSON D.B., ROWLANDS C.J.. Screening for cancer of the cervix in elderly women. Lancet, 1990; : 554.
- 20 - KAUFMAN R. et al. Statement of caution in the interpretation of Papilloma virus-Associated lesions of the epithelium of the uterine cervix. Acta cytol, 1983; 27: 107-8.
- 21 - KIVLAHAN C., INGRAM E.. Improved yeld of endocervical cells on Papanicolaou smears in a residency setting. J Fam Pract, 1985; 20: 381-385.
- 22 - KLASEEN A.C., CELENTAVO D.D., BROOKMEYER R.. Variation in the duration of protction given by screening using the pap test

- for cervical cancer. J Clin Epidemiol, 1989; 42, n9 10: 1003-1011.
- 23 - KOOPMANSCHAP M.A., OORTMARSEN G.J.V., AGT H.M.A.V.,
BALLEGUOLJEN M.V., HABBEMA J.D.F., LUBBE K.T.N.. Cervical-
cancer screening: attendance and cost-effectiveness. Int J
Cancer, 1990; 45: 410-415.
- 24 - KOSS, L.G. Incidence of cancer of the cervix. Triumph or
Tragedy (letters), 1989; 262: 820.
- 25 - LA VECCHIA C., DECARLI A., GENTILE A., FRANCESCHI S, FASOLI
M., TOGNOLI G.. "Pap" smear and the risk of cervical
neoplasia quantitative estimates from a case-control study.
Lancet, 1984; 779-781.
- 26 - MAC GREGOR J.E., TEPPER S.. Screening for cervical cancer in
young women. Lancet, 1978; : 1029-1030.
- 27 - MCCORMICK J.. Cervical smears. A questionable practice?
Lancet, 1989: 207-209.
- 28 - MICHIELUTTE R., BAHNSOSN J., BEAL P.. Readability of the
public education literature on cancer prevention and
detection. J Cancer Educations, 1990; 5: 55-61.
- 29 - National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda system
for reporting cervical vaginal cytologic diagnoses. JAMA,
1989; 262: 931-934.

- 30 - OAKELEY P., DAVIDSON LAFD.. Implications of inflammatory changes on cervical cytology. Br. Med J, 1990; 300: 1014.
- 31 - O'FARREL. Screening for cervical cancer. Br. Med J, 1987; 295:332.
- 32 - QUINN, M.A.. Screening for cervical cancer-where are we going wrong? Med J Aust, 1989; 150: 414-415.
- 33 - RIEPER, J.P.; FONSECA, N.M.. Patologia Cervical, 1978; Ed. Manole Ltda., S.P. : 125.
- 34 - Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Serviço de Doenças Crônico Degenerativas. Colpocitológicos realizados pelos laboratórios de citopatologia em 1990/DSP/SC.
- 35 - SCATER D.. Effective cervical cytological sampling. Lancet, 1989; : 335.
- 36 - SCHIVARTCHE, P.L. et SALVATORE, C.A.. Manual de Patologia Cervical Uterina Benigna, 1985; Ed. Roca, S.P.: 28.
- 37 - SCHRYVER A.D.. Does screening for cervical cancer affect incidence and mortality trends? Eur J Cancer Clin Oncol, 1989; 25: 395-399.
- 38 - SIGURDSSON K., ADALSTEINSSON S., TULINIUS H., RAGNARSSON J.. The value of screening as an approach to cervical cancer control in Iceland, 1964-1986. Int J Cancer, 1989; 43: 1-5.

- 39 - SIMÕES, P.S., IGLESIAS, J., MARCONDES, A.C.L.. Ambulatório de Ginecologia, 1982; Livraria Atheneu, R.S.: 21.
- 40 - SKRABANER P.. Cervical cancer screening (letters). Lancet, 1987: 1432-1433.
- 41 - SMITH A., ELKIND A., EARDLEY A.. Making cervical screening work. Br Med J, 1989; 298: 1662-1664.
- 42 - SMITH A., PETERS W.M., KERSHAW J.B.. Cervical cytology screening (letters). Br. Med J, 1988; 296: 1670.
- 43 - SOOST H.J., BOCKMÜHL B., ZOCK H.. Results of cytologic mass screening in the Federal Republic of Germany. Acta cytol, 1982; 26: 445-452.
- 44 - STEINER C.. Cervical cancer screening from the public health perspective. Acta cytol, 1989, 33: 471-474.
- 45 - SUVARNA S.K., WESLY D., LAWTON F., O'FARREL N., WILSON J.D., ROBINSON A.J.. (Letters). Implications of inflammatory changes on cervical cytology. Br Med J, 1990; 300: 1076-1078.
- 46 - TINGA D.J., BEENTJES J.A.M., VAN DE WIEL H.B.M., BOONSTRA H., BOUMA J., AAL DERS J.G.. Detection, prevalence and prognosis of asymptomatic carcinoma of the cervix. Obstet Gynecol, 1990; 76:860-864.

- 47 - WILSON I.D., ROBINSON A.J., KINGHORN S.A., HICKS D.A..
Implications of inflammatory changes on cervical cytology. Br
Med J, 1990; 300: 638-640.
- 48 - WOLFENDALE M.R., HOWE-GUEST R., USHERWOOD M.M., DRAPER G.J..
Control led trial of a new cervical spatula. Br Med J, 1987;
294: 33-35.

ERRATA

Referente ao presente trabalho, gostaríamos que fossem feitas as seguintes correções:

1) página 18, 3º parágrafo, onde se lê referências 19, 31 e 48, leia-se 33, 36 e 39.

2) página 20, 1º parágrafo, onde se lê 22,17%, leia-se 22,16%.

3) página 21, parágrafo único, acrescente-se referência 3.

**TCC
UFSC
TO
0197**

N.Cham. TCC UFSC TO 0197

Autor: Alves, E

Título: Analise de colpocitologia oncológica



972807482

Ac. 254331

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM