

BMJ Best Practice

Esfregaço de Papanicolau anormal

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Visão geral	3
Resumo	3
Técnicas de amostragem cervical	3
Relatório de Papanicolau	3
teste de vírus do papiloma humano (HPV)	4
Vacinação contra o papilomavírus humano (HPV)	5
Colposcopia	5
Rastreamento	5
Recursos online	8
Referências	9
Imagens	12
Aviso legal	14

Resumo

O rastreamento do câncer cervical foi considerado uma das estratégias clínicas preventivas mais bem-sucedidas. Ele foi associado a uma redução de 70% na mortalidade por câncer cervical em países desenvolvidos desde a introdução do teste de Papanicolau em 1941.[1]

[Fig-1]

[American Congress of Obstetricians and Gynecologists: cervical cancer screening]

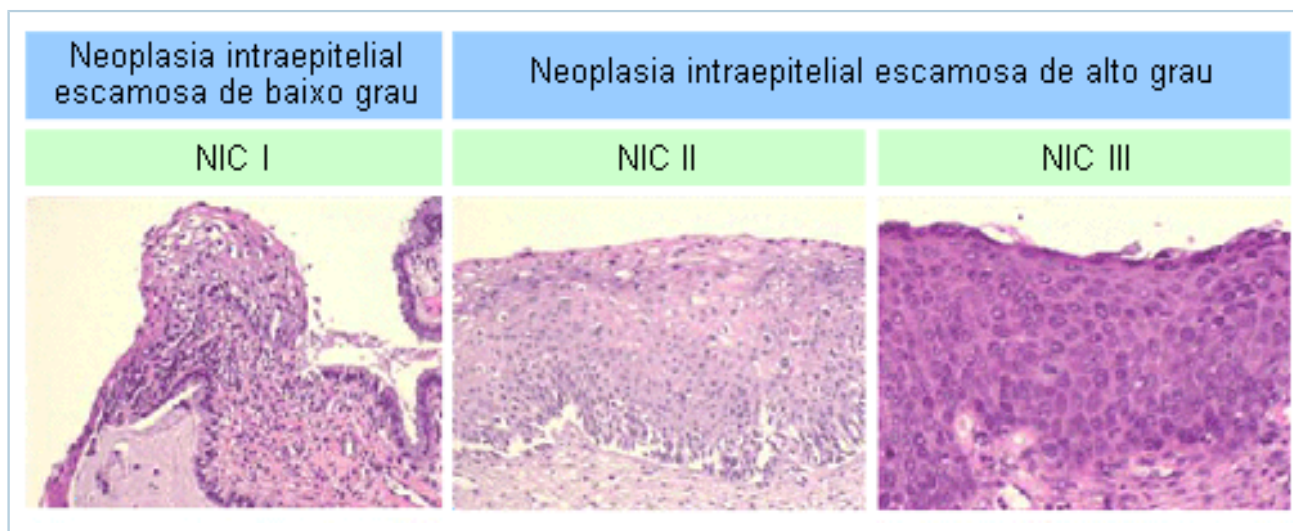
[National Cancer Institute: Pap and HIV testing]

Técnicas de amostragem cervical

As células de amostras do esfregaço de Papanicolau da junção da ectocérvice e endocérvice (a zona de transformação ou junção escamocolumnar, onde se originam 90% das neoplasias cervicais) permitem identificar lesões pré-malignas e malignas.[2]

Dados epidemiológicos não randomizados, apoiam o impacto do esfregaço de Papanicolau. A introdução sequencial do rastreamento no Canadá, combinada com estudos controlados na região, e a introdução do rastreamento na Finlândia, Suécia e Islândia na década de 1960 foram associadas a uma queda na incidência de câncer cervical.[3] [4] [5] Mais da metade dos casos de câncer cervical diagnosticados nos EUA ocorrem em mulheres que não participam de rastreamentos.[6]

A citologia convencional, com o uso de células fixas em uma lâmina com amostras colhidas com espátula, apresenta sensibilidade de 30% a 87% para displasia. Uma metanálise sugeriu uma sensibilidade de 58% quando usada em rastreamentos da população.[7] [8] Desde meados da década de 1990, novas técnicas utilizaram um meio de transporte líquido (citologia em meio líquido) à base de etanol para preservar as células. Diversos produtos comerciais estão disponíveis. A amostra líquida tem a vantagem de possibilitar outras avaliações diagnósticas de doenças sexualmente transmissíveis, como gonorreia, clamídia e vírus do papiloma humano (HPV), para classificar o risco. Além disso, a proporção de espécimes insatisfatórios foi reduzida de 4.1% para 2.6%.[9] A citologia padrão com lâmina e a citologia em meio líquido têm precisão diagnóstica semelhante, tendo-se relatado que a citologia em meio líquido apresenta uma sensibilidade que varia de 61% a 66% com uma especificidade de 80% a 91%.[10] [11]



Histologia de neoplasia intraepitelial cervical

Do acervo do Dr Richard Penson, Massachusetts General Hospital, Boston; utilizadas com permissão

Relatório de Papanicolau

A classificação dos resultados do exame de Papanicolau, com base no sistema Bethesda para relatar citologia cervical, foi introduzida pela primeira vez em 1988 e revisada em 2001 para definir as amostras satisfatórias e para padronizar os relatórios.[12] Dentre as amostras inadequadas para avaliação, estão os exames com falta de informações de identificação da paciente, lâminas quebradas, componente escamoso inadequado (definido como <5000 células escamosas em meio líquido ou <8000 a 12,000 células em meio convencional) ou elementos desconhecidos em mais de 75% das células escamosas (tipicamente devido a lubrificante, inflamação ou sangue).

A terminologia do sistema Bethesda para relatórios citológicos classifica as anormalidades epiteliais da seguinte forma.[12]

- Anormalidades em células escamosas
 - ◊ Células escamosas atípicas (ASC)
 - ◊ Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)
 - ◊ Células escamosas atípicas; não se pode descartar a lesão intraepitelial escamosa de alto grau (ASC-H)
 - ◊ Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL); abrange aquelas anteriormente classificadas como atipia colócítica (alterações causadas pelo vírus do papiloma humano [HPV]) ou neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 1
 - ◊ Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL); abrange aquelas anteriormente denominadas de NIC 2 ou NIC 3
 - ◊ Carcinoma de células escamosas.
- Anormalidades em células glandulares
 - ◊ Células glandulares atípicas (CGA)
 - ◊ Células glandulares atípicas; favorecem neoplasia
 - ◊ Adenocarcinoma in situ (ACIS) endocervical
 - ◊ Adenocarcinoma.

O sistema Bethesda classifica a LSIL e a HSIL como lesões cervicais escamosas precursoras.

Embora a terminologia 'lesão intraepitelial escamosa' tenha sido usada originalmente como diagnóstico citológico, ela também pode ser usada para classificação histológica. Geralmente, são usados os graus de 1 a 3 da NIC para classificar os diagnósticos histológicos. Mais de dois terços dos esfregaços que mostram atipia celular não atendem aos critérios de diagnóstico para displasia e são classificados como ASC-US ou como ASC-H. Estudos mostraram que até 90% das LSIL diagnosticadas por exames de Papanicolau regredirão espontaneamente.[13] [14] No entanto, algumas estimativas sugerem que a LSIL pode apresentar um risco de abrigar uma lesão de grau mais elevado (NIC 2 ou 3) de até 33%. A HSIL apresenta um risco de >70%.[15] [16]

teste de vírus do papiloma humano (HPV)

A infecção por papilomavírus humano (HPV) foi relacionada a mais de 90% dos casos de displasia cervical de alto grau e a quase 100% dos casos de câncer cervical.[17] [18] Os subtipos de HPV oncogênicos ou de alto risco são 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 68.[19] A falha em eliminar o HPV é provavelmente o fator primário no desenvolvimento subsequente de displasia e pode ser usada para classificar as pacientes com exame de Papanicolau duvidoso ou com baixo grau de risco. Vários estudos, incluindo o estudo de classificação das células escamosas atípicas de significado indeterminado/lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (ASCUS-LSIL Triage Study, ALTS), demonstraram que a realização do teste de HPV, depois que os resultados do teste de ASC-US foram obtidos, pode melhorar a detecção de lesões de grau mais elevado.[15] [20] [21] [22] Testes de HPV comercialmente disponíveis são usados em rastreamentos para múltiplas cepas de HPV de alto risco (por exemplo, o Cervista™ detecta 13 subtipos de alto risco e tem menos reatividade cruzada com tipos de baixo risco se comparado com outros

ensaios). Investigações mostraram que o HPV-16 e o HPV-18 estão mais associados a lesões com grau significativamente elevado (pelo menos neoplasia intraepitelial cervical [NIC] 2) que outros subtipos de alto risco.[22] Em um acompanhamento de 10 anos de duração, um estudo relatou ter encontrado NIC 3 em 21% e câncer cervical em 18% das mulheres que inicialmente apresentavam citologia negativa mas eram positivas para HPV-16 ou HPV-18. As lesões de alto grau (NIC 3 e câncer cervical) foram identificadas em apenas 1.5% de todas as outras mulheres com citologia negativa e positivas para HPV de alto risco, em um acompanhamento de 10 anos de duração.[22]

O teste de HPV pode ter um papel relevante em ambientes rurais de países em desenvolvimento. Um estudo realizado na Índia relatou uma redução dos casos de câncer cervical avançado em mulheres com mais de 30 anos, comparado com aquelas que passaram por rastreamento de esfregaço de Papanicolau.[23] Devido à alta prevalência da infecção por HPV em mulheres com menos de 30 anos e ao fato de que muitas das infecções sejam transitórias, o teste de HPV não é recomendado como rotina. O teste de HPV é mais útil em faixas etárias avançadas, pois essas mulheres são mais propensas a ter a infecção já estabelecida.

A Food and Drug Administration (FDA) dos EUA aprovou o teste de ácido desoxirribonucleico (DNA) para HPV 16 e 18 como opção de rastreamento de câncer cervical primário em mulheres com 25 ou mais anos de idade. Embora essa aprovação resulte em uma expansão do uso de testes de HPV como coteste ou teste de rastreamento de câncer cervical primário,[24] [25] as diretrizes atuais de prática clínica para rastreamento de câncer cervical permanecem inalteradas.

Vacinação contra o papilomavírus humano (HPV)

Vacinas contra o HPV-16 e o HPV-18 podem evitar mais de 70% dos casos de câncer cervical.[18] Em pacientes que nunca tiveram o HPV, a vacina tem 100% de eficácia na prevenção de displasia cervical, vaginal e vulvar e condiloma relacionados ao HPV-6, HPV-11, HPV-16 e HPV-18. Os dados de imunogenicidade sugerem altos níveis de títulos de anticorpo, persistentes 5 anos após a imunização. A idade recomendada para a vacinação é de 11 a 12 anos; no entanto, a série de vacinas pode ser iniciada a partir dos 9 anos de idade. O Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA recomenda a vacinação de mulheres de 13 a 26 anos de idade e de homens de 13 a 21 anos de idade que não foram vacinados anteriormente ou que não completaram a série de 3 doses.[26] As vacinas são consideradas muito seguras, com efeitos colaterais típicos que incluem dor, prurido, irritação, eritema e febre baixa. [CDC: use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine] A recomendação do ACIP para vacinação contra o HPV é de duas doses da vacina, em um intervalo de pelo menos 6 meses, para crianças de 11 a 12 anos de idade. [27] Para aqueles com 15 anos ou mais, são recomendadas três doses da vacina contra o HPV. [28] [29]

Colposcopia

A colposcopia fornece uma visão ampliada do colo uterino e do tecido vaginal, a qual permite distinguir o tecido de aparência normal do tecido de aparência anormal. Além disso, ela possibilita biópsias direcionadas para realizar o exame patológico. A sensibilidade relatada da colposcopia pode ser de apenas 58%, embora possa aumentar com a análise de 2 ou mais biópsias direcionadas. O diagnóstico citológico e o diagnóstico histológico estão diretamente correlacionados em 50% das pacientes. Em um estudo de pacientes com lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL), 45% das pacientes tinham neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 1 na biópsia, 16% tinham NIC 2 ou 3 e 33% tinham histologia normal.[30] Os achados foram semelhantes para a lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL). Todas as lesões visíveis devem ser biopsiadas, com exames colposcópicos repetidos para acompanhar a citologia anormal persistente. O tratamento é determinado pelos achados na colposcopia e na biópsia.

[American Society for Colposcopy and Cervical Pathology: management and screening guidelines]

Rastreamento

As diretrizes de rastreamento estão disponíveis a partir destas fontes:

- European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening [[Eurocytology: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology](#)] [31] [32]
- US Preventive Services Task Force [[US Preventive Services Taskforce: screening for cervical cancer](#)]
- American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) [[American Society for Colposcopy and Cervical Pathology: management and screening guidelines](#)]
- American Cancer Society (ACS) [[American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, American Society for Clinical Pathology: screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer](#)] [33]
- Organização Mundial da Saúde (OMS) [[World Health Organization: WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention](#)]

O American College of Physicians publicou recomendações para o rastreamento de câncer cervical em mulheres com risco médio, definidas como aquelas sem história de uma lesão pré-cancerosa (neoplasia intraepitelial cervical [NIC] de grau 2 ou uma lesão mais grave) ou de câncer cervical, aquelas não imunocomprometidas (incluindo infecção por vírus da imunodeficiência humana [HIV]) e aquelas sem exposição intrauterina ao dietilestilbestrol.[25]

As recomendações para o rastreamento de câncer cervical incluem:

- Não rastrear mulheres com risco médio com menos de 21 anos
- Iniciar o rastreamento em mulheres com risco médio aos 21 anos de idade uma vez ao ano a cada 3 anos com citologia (testes citológicos sem testes do papilomavírus humano [HPV])
- Não rastrear mulheres com risco médio mais de uma vez a cada 3 anos
- É possível usar uma combinação de citologia e teste de HPV uma vez a cada 5 anos em mulheres com risco médio de 30 anos ou mais que preferem o rastreamento menos frequente que a cada 3 anos
- Não realizar teste de HPV em mulheres com risco médio com menos de 30 anos
- Parar o rastreamento em mulheres com risco médio acima de 65 anos caso apresentem 3 resultados citológicos negativos consecutivos ou 2 resultados de testes citológicos negativos consecutivos associados a resultados de testes de HPV dentro de 10 anos, tendo sido o teste mais recente realizado dentro de 5 anos
- Não rastrear mulheres com risco médio de qualquer idade caso tenham feito histerectomia com remoção do colo uterino.

As instituições ACOG, US Preventive Services Task Force (USPSTF) e ASCCP recomendam o rastreamento em mulheres de 21 a 65 anos de idade. Se apenas citologia for usada, o rastreamento deve ser feito a cada 3 anos nessa população de pacientes. Para mulheres de 30 a 65 anos, o intervalo de rastreamento pode ser prolongado para cada 5 anos caso se utilizem tanto citologia como teste de vírus do papiloma humano (HPV). Exames de Papanicolau insatisfatórios devem ser repetidos em 2 a 4 meses. Se a citologia inicial for normal e o teste de HPV for positivo, as diretrizes recomendam a realização de um novo teste em 1 ano.[34]

Mulheres com esfregaço de Papanicolau negativo e teste de HPV positivo devem repetir os dois testes em 12 meses. Se os dois testes forem negativos naquele momento, elas poderão voltar a fazer o rastreamento de rotina. Se o teste de HPV continuar positivo, as mulheres deverão ser encaminhadas para colposcopia. Para mulheres com um esfregaço de Papanicolau anormal, independentemente do resultado do teste de HPV, a avaliação apropriada deverá ser realizada. É importante observar que as mulheres devem continuar passando pelo rastreamento citológico mesmo se tiverem sido imunizadas para HPV.[34]

Na Inglaterra, o Programa de Rastreamento Cervical do National Health Service (NHS) oferece a todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos um teste gratuito de rastreamento cervical com citologia por meio líquido a cada 3 a 5 anos, dependendo da idade. Os esfregaços de Papanicolau convencionais não são mais utilizados. [[National Health Service: cervical screening programme](#)]

O Programa de Rastreamento Cervical do NHS oferece rastreamento em intervalos diferentes, dependendo da idade.

Faixa etária (anos)	Frequência do rastreamento
25	Primeira solicitação
25-49	A cada 3 anos
50-64	A cada 5 anos
65 ou mais	Só passam pelo rastreamento aquelas que apresentaram exames anormais recentemente ou que não foram submetidas ao rastreamento desde os 50 anos de idade

Intervalos de rastreamento

Criado pelo BMJ Evidence Centre com base em informações do Programa de Rastreamento Cervical do National Health Service

O programa do NHS também inclui triagem e teste de HPV no serviço de tratamento. Se o resultado do rastreamento de citologia em meio líquido mostrar alterações limítrofes ou discariose de baixo grau, a amostra do rastreamento é testada para HPV. Se o teste de HPV for positivo, a paciente é convidada a fazer uma colposcopia. Se o teste de HPV for negativo, a paciente retorna ao rastreamento regular a cada 3 a 5 anos, dependendo da idade. Se as pacientes necessitarem de tratamento para anormalidades cervicais, elas passarão por rastreamento para HPV novamente depois de 6 meses. Se esse teste der positivo ou se a paciente tiver discariose moderada (ou mais grave), ela se submeterá a colposcopias repetidas e precisará receber tratamento adicional. Se o teste repetido de HPV for negativo, a paciente retornará ao rastreamento regular a cada 3 a 5 anos, dependendo da idade. Atualmente, o programa do NHS está realizando um rastreamento primário piloto de HPV para avaliar a possibilidade de introduzi-lo em toda a Inglaterra.

Recursos online

1. [American Congress of Obstetricians and Gynecologists: cervical cancer screening \(external link\)](#)
2. [National Cancer Institute: Pap and HIV testing \(external link\)](#)
3. [CDC: use of 9-valent human papillomavirus \(HPV\) vaccine \(external link\)](#)
4. [American Society for Colposcopy and Cervical Pathology: management and screening guidelines \(external link\)](#)
5. [Eurocytology: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology \(external link\)](#)
6. [US Preventive Services Taskforce: screening for cervical cancer \(external link\)](#)
7. [American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, American Society for Clinical Pathology: screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer \(external link\)](#)
8. [World Health Organization: WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention \(external link\)](#)
9. [National Health Service: cervical screening programme \(external link\)](#)

Artigos principais

- Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2014;63:1-30. [Texto completo](#)
- Moyer VA. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2012;156:880-891. [Texto completo](#)

Referências

1. Wright TC Jr. Cervical cancer screening in the 21st century: is it time to retire the PAP smear? Clin Obstet Gynecol. 2007;50:313-323.
2. Anderson MC. Female reproductive system. Systemic pathology, vol 6, 3rd ed. London, UK: Churchill Livingstone; 1991.
3. Walton RJ, Blanchet M, Boyes DA, et al. Cervical cancer screening programs: I. Epidemiology and natural history of carcinoma of the cervix. Can Med Assoc J. 1976;114:1003-1012. [Texto completo](#)
4. Clarke EA, Anderson TW. Does screening by "Pap" smears help prevent cervical cancer? A case-control study. Lancet. 1979;2:1-4.
5. Bergstrom R, Sparen P, Adami HO. Trends in cancer of the cervix uteri in Sweden following cytological screening. Br J Cancer. 1999;81:159-166. [Texto completo](#)
6. Coleman DV, Poznansky JJ. Review of cervical smears from 76 women with invasive cervical cancer: cytological findings and medicolegal implications. Cytopathology. 2006;17:127-136.
7. Smith AE, Sherman ME, Scott DR, et al. Review of the Bethesda System atlas does not improve reproducibility or accuracy in the classification of atypical squamous cells of undetermined significance smears. Cancer Cytopathol. 2000;90:201-206. [Texto completo](#)
8. Qudus MR, Sung CJ, Steinhoff MM, et al. Atypical squamous metaplastic cells: reproducibility, outcome, and diagnostic features on ThinPrep Pap test. Cancer Cytopathol. 2001;93:16-22. [Texto completo](#)
9. Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, et al. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2008;111:167-177.
10. Kulasingam SL, Hughes JP, Kiviat NB, et al. Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities: comparison of sensitivity, specificity, and frequency of referral. JAMA. 2002;288:1749-1757. [Texto completo](#)
11. Coste J, Cochand-Priollet B, de Cremoux P, et al. Cross sectional study of conventional cervical smear, monolayer cytology, and human papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening. BMJ. 2003;326:733. [Texto completo](#)
12. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002;287:2114-2119.

13. Schlecht NF, Platt RW, Duarte-Franco E, et al. Human papillomavirus infection and time to progression and regression of cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 2003;95:1336-1343. [Texto completo](#)
14. Melnikow J, Nuovo J, Willan AR, et al. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 1998;92:727-735.
15. Arbyn M, Buntinx F, Van Ranst M, et al. Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96:280-293. [Texto completo](#)
16. Holschneider CH. Human papillomavirus and the management of the abnormal Pap test. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, et al, eds. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008:989-1001.
17. Insinga RP, Liaw KL, Johnson LG, et al. A systematic review of the prevalence and attribution of human papillomavirus types among cervical, vaginal, and vulvar precancers and cancers in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17:1611-1622. [Texto completo](#)
18. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med.* 2003 Feb 6;348(6):518-27. [Texto completo](#)
19. Cuzick J, Beverly E, Ho L, et al. HPV testing in primary screening of older women. *Br J Cancer.* 1999;81:554-558. [Texto completo](#)
20. ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. Results of a randomized trial on the management of cytology interpretations of atypical squamous cells of undetermined significance. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:1383-1392.
21. ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) Group. A randomized trial on the management of low-grade squamous intraepithelial lesion cytology interpretations. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:1393-1400.
22. Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, et al. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97:1072-1079. [Texto completo](#)
23. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med.* 2009;360:1385-1394. [Texto completo](#)
24. Huh WK, Ault KA, Chelmow D, et al. Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Gynecol Oncol.* 2015;136:178-182.
25. Sawaya GF, Kulasingam S, Denberg TD, et al. Cervical cancer screening in average-risk women: best practice advice from the clinical guidelines committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015;162:851-859. [Texto completo](#)
26. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2014;63:1-30. [Texto completo](#)
27. CDC: Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 Years or Younger, United States, 2018
28. CDC: Catch-Up Immunization Schedule for Persons Aged 4 Months Through 18 Years Who Start Late or Who Are More Than 1 Month Behind. United States, 2018.

29. Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination - Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 Dec 16;65(49):1405-1408.
30. Szurkus DC, Harrison TA. Loop excision for high-grade squamous intraepithelial lesion on cytology: correlation with colposcopic and histologic findings. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:1180-1182.
31. Arbyn M, Herbert A, Schenck U, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for collecting samples for conventional and liquid-based cytology. *Cytopathology*. 2007;18:133-139. [Texto completo](#)
32. Herbert A, Bergeron C, Wiener H, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: recommendations for cervical cytology terminology. *Cytopathology*. 2007;18:213-219.
33. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, et al; ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin*. 2012;62:147-172. [Texto completo](#)
34. Moyer VA. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012;156:880-891. [Texto completo](#)

Imagens



Figura 1: Erosão no colo uterino devido a um carcinoma cervical de baixo grau

Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)

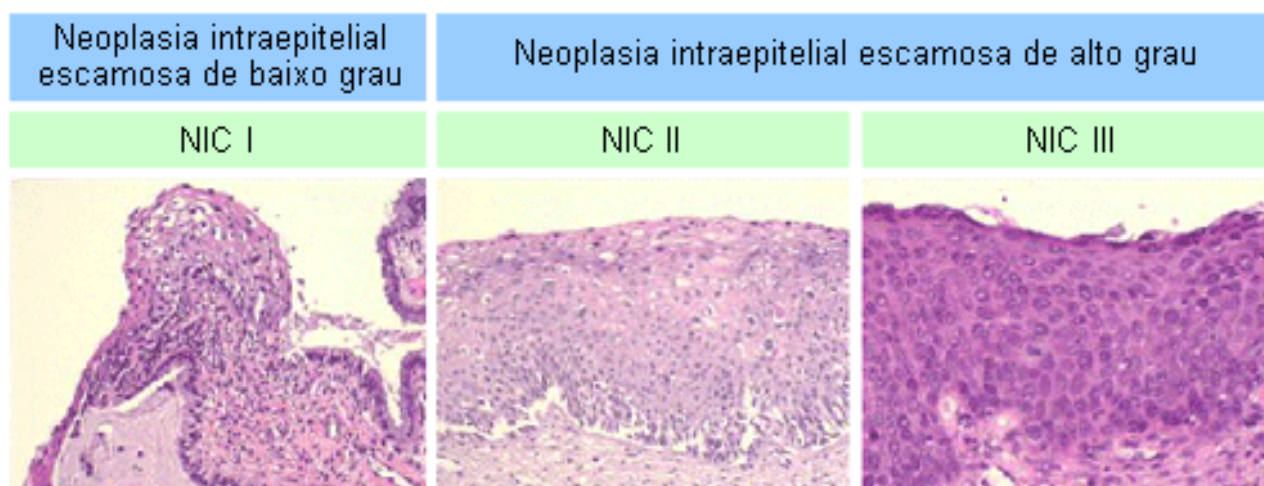


Figura 2: Histologia de neoplasia intraepitelial cervical

Do acervo do Dr Richard Penson, Massachusetts General Hospital, Boston; utilizadas com permissão

Faixa etária (anos)	Frequência do rastreamento
25	Primeira solicitação
25-49	A cada 3 anos
50-64	A cada 5 anos
65 ou mais	Só passam pelo rastreamento aquelas que apresentaram exames anormais recentemente ou que não foram submetidas ao rastreamento desde os 50 anos de idade

Figura 3: Intervalos de rastreamento

Criado pelo BMJ Evidence Centre com base em informações do Programa de Rastreamento Cervical do National Health Service

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Richard T. Penson, MD, MRCP

Clinical Director

Medical Gynecologic Oncology, Division of Hematology Oncology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: RTP declares that he has no competing interests.

Marcela G. del Carmen, MD

Medical Director

Massachusetts General Physicians Organization, Division of Gynecologic-Oncology, Massachusetts General Hospital, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology, Harvard Medical School, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: MDC declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Deirdre Lyons, MB, BCh, BAO, MRCOG

Consultant in Obstetrics & Gynaecology

Lead Clinician in Colposcopy, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

DIVULGAÇÕES: DL declares that she has no competing interests.

Matejka Rebolj, PhD

Scientific Researcher

Centre for Epidemiology and Screening, Institute of Public Health, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

DIVULGAÇÕES: MR declares that she has no competing interests.

Shagufta Yasmeen, MD

Associate Professor

Department of Obstetrics and Gynecology, UC Davis Health System, Sacramento, CA

DIVULGAÇÕES: SY declares that she has no competing interests.