



Ministério da Saúde



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



**RASTREIO DO
CÂNCRO DO COLO
DO ÚTERO**

Manual Executivo do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero na Região Norte

ARSN Julho 2010

Manual Executivo do Programa de RCCU

Portugal, Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARSN), Departamento de Estudos e Planeamento (DEP),
Coordenação Regional dos Rastreios Oncológicos. **Manual Executivo do Programa do RCCU na Região Norte**. Porto:
ARSN, 2009

Coordenação

Fernando Tavares – Director do DEP da ARSN

Luís Castro – Coordenador do Programa Regional de Rastreios Oncológicos – DEP da ARSN

Co-autores

Luís Castro - DEP da ARSN

Lígia Viana - DEP da ARSN

Contributos

Andreia Pereira - DEP da ARSN

Vera Cruz - DEP da ARSN

Joaquim Mouta – DEP da ARSN

Colaboração

Grupo de trabalho do rastreio do cancro do colo do útero (ordem alfabética de nome)

Prof. Doutor Fernando Schmitt - Anatomia Patológica - Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto

Dr. Joaquim Barbosa Ferreira - Medicina Familiar - Assessoria do Conselho Directivo da ARSN

Dr. José Machado Lopes - Director Clínico do Instituto Português de Oncologia do Porto - Francisco Gentil (IPO-Porto)

Dr. José Moutinho - Ginecologia - IPO-Porto

Dr.^a Libânia Araújo - Ginecologia - Hospital de S. João

Dr.^a Maria da Conceição Saldanha - Anatomia Patológica

Dr.^a Maria José Bento - Saúde Pública - Registo Oncológico Regional do Norte – IPO-Porto

Prof. Doutor Rui Henrique - Anatomia Patológica - IPO-Porto

Nota: Este documento destina-se a todos os profissionais de saúde da Região Norte e não substitui a consulta dos manuais do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Chave de siglas e abreviaturas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte, I.P
CH	Centro Hospitalar
CNPD	Comissão Nacional da Protecção de Dados
COR	Comissão Oncológica Regional
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DEP	Departamento de Estudos e Planeamento
DGS	Direcção-Geral da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
FIGO	Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras
H	Hospital
IFCPC	Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia
IPATIMUP	Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto
IPO-Porto	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
LCAP	Laboratório Central de Anatomia Patológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCCU	Rastreio da Cancro do Colo do Útero
RNU	Registo Nacional de Utentes
RORENO	Registo Oncológico Regional do Norte
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SI	Sistema de informação
SiiMA Rastreios	Aplicativo informático do Sistema de Informação do Programa
SINUS	Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
UPC	Unidade de Patologia Cervical
USF	Unidade de Saúde Familiar
ADC	Adenocarcinoma
AGC	Células glandulares atípicas
AIS	Adenocarcinoma <i>in situ</i> endocervical
ASC	Células escamosas atípicas
ASC-H	Células escamosas atípicas não podendo ser excluída HSIL
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CCU	Cancro Colo do Útero
CIN 1	Neoplasia intra-epitelial cervical 1
CIN 2	Neoplasia intra-epitelial cervical 2
CIN 2/3	Neoplasia intra-epitelial cervical 2/3
CIN 3	Neoplasia intra-epitelial cervical 3
HPV	Vírus do papiloma humano
HSIL	Lesão pavimentosa intraepitelial de alto grau
LSIL	Lesão pavimentosa intraepitelial de baixo grau

Introdução

Embora o cancro seja comum em pessoas idosas, o do colo do útero afecta maioritariamente mulheres em idade activa, entre 35 e 50 anos, muitas das quais com responsabilidades profissionais e familiares. Na União Europeia, são comunicados anualmente 34000 novos casos e 16000 óbitos por cancro do colo do útero ¹.

Segundo os dados de 2005, publicados pela Direcção-Geral da Saúde, em Portugal ocorreram 9.303 óbitos por cancro no sexo feminino, sendo 211 (2,3%) devidos ao cancro do colo do útero. A taxa de mortalidade por 100.000 mulheres, padronizada por idade (método directo: população-padrão europeia), foi de 3,1 em Portugal e de 3,6 na Região Norte e o número de anos potenciais de vida perdidos até aos 70 anos de idade foi respectivamente de 2610,0 e de 1022,5. No mesmo ano, foi no distrito de Faro que se registou maior risco de morrer por cancro do colo do útero com uma taxa padronizada de 6,0/100000, seguindo-se os distritos de Leiria (4,7/100000) e do Porto (4,2/100000) ².

Os dados conhecidos sobre a incidência de cancro na Região Norte correspondem aos novos casos registados anualmente no Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO) ³. Durante o ano 2004, foram registados 5.384 novos casos de cancro no sexo feminino, sendo 245 (4,6%) cancros do colo do útero, correspondendo a uma taxa de incidência de 14,5/100.000 e uma taxa de incidência padronizada por idade de 13,3/100.000 (método directo: população-padrão europeia). Nesse ano, o cancro do colo do útero foi o 5.º tipo de cancro mais comum na mulher, após o cancro da mama, do cólon e recto, do estômago e da glândula tiroideia. O tipo histológico mais frequente de cancro do colo do útero foi o carcinoma espinocelular (67,3 % dos casos).

O cancro do colo do útero desenvolve-se lenta e progressivamente, podendo levar 20 anos ou mais desde a infecção persistente até ao desenvolvimento de lesões de alto grau e de cancro invasivo ^{4,5}.

Os investigadores identificaram o vírus do papiloma humano (HPV), cuja transmissão é feita por via sexual, como a principal causa de cancro do colo do útero. A existência de cancro sem infecção por HPV é extremamente rara ⁴. Contudo, a infecção cervical por HPV é muito frequente quando comparada com o desenvolvimento de cancro cervical.

A existência de lesões pré-invasoras que precedem o aparecimento do cancro, por um período mais ou menos longo, juntamente com a disponibilidade de testes de rastreio

para a identificação destas, permitem o seu diagnóstico e o seu tratamento prevenindo a evolução para cancro. Estes factos tornam o cancro do colo do útero elegível para ser integrado em programas de rastreio ⁴.

Nos países nórdicos houve uma redução da incidência e mortalidade por carcinoma invasivo do colo do útero após a implementação de programas de rastreio. O programa de rastreio do CCU do SNS do Reino Unido, que se empenhou em aumentar as taxas de cobertura e a sua qualidade, resultou numa diminuição da mortalidade, sobretudo das mulheres mais idosas. Estudos efectuados no Canadá e nos Estados Unidos da América relatam mudanças de incidência e mortalidade do CCU com a intensificação dos programas de rastreio ^{1,6}.

Na Região Norte o actual rastreio oportunista não tem sido capaz de garantir nem a universalidade e a equidade desejáveis nem uma adequada cobertura da população. Estimamos que a população actualmente rastreada não seja superior a 40%, correspondendo a uma provável utilização frequente por mulheres de baixo risco. O método utilizado (citologia convencional lida por múltiplos laboratórios) dificulta a implementação de um sistema de garantia de qualidade e os custos suportados pela Administração Regional de Saúde do Norte, I.P (ARSN) têm vindo a crescer anualmente sem que se tenha observado uma evolução favorável da mortalidade por cancro do colo do útero até 2005.

Seguindo as recomendações do Conselho Europeu sobre rastreio do cancro ⁷ e o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 – Orientações Programáticas de Dezembro de 2007 ⁸, que mantém válidas as recomendações do anterior Plano Oncológico Nacional ⁹, foi elaborado pelo Grupo de Trabalho do rastreio do cancro do colo do útero, e aprovado pela Comissão Oncológica Regional (COR) e pelo Conselho Directivo da ARSN, o documento que define as orientações para a implementação do programa ¹⁰. Este é assente numa metodologia de base populacional, organizada, centralizada, com estreitos mecanismos de controlo e garantia de qualidade sujeito a auditorias, bem como a disponibilidade de diagnóstico complementar, tratamento e acompanhamento imediatos, garantindo a gratuitidade à população, sendo a sua implementação e coordenação da responsabilidade da ARSN.

Objectivos:

- Reduzir a taxa de mortalidade por cancro do colo do útero para 2,0 por 100.000 em 2018 na Região Norte de Portugal;
- Reduzir a taxa de incidência de cancro do colo do útero invasivo (a especificar);
- Reduzir a proporção de cancros diagnosticados na fase clínica (sintomática) relativamente ao total de cancros diagnosticados (a especificar).

Princípios:

- Seguir uma metodologia de base populacional, organizada, centralizada, com estreitos mecanismos de controlo e garantia de qualidade;
- Ser dotado de processos de convite e repetição de convite à população, que garantam a acessibilidade universal e o consentimento informado;
- Ser dotado de processos que garantam a comunicação dos resultados, em tempo útil, a todas as mulheres rastreadas;
- Possuir um programa de garantia de qualidade, com definição dos indicadores de processo e de impacto (mortalidade e incidência), das fontes e circuitos de informação, dos métodos de avaliação, servido por um sistema de informação centralizado (apoiado por um aplicativo informático), garantindo a protecção de dados pessoais e articulável com os sistemas de informação de outros programas de saúde;
- Garantir à população a gratuitidade do programa a implementar.

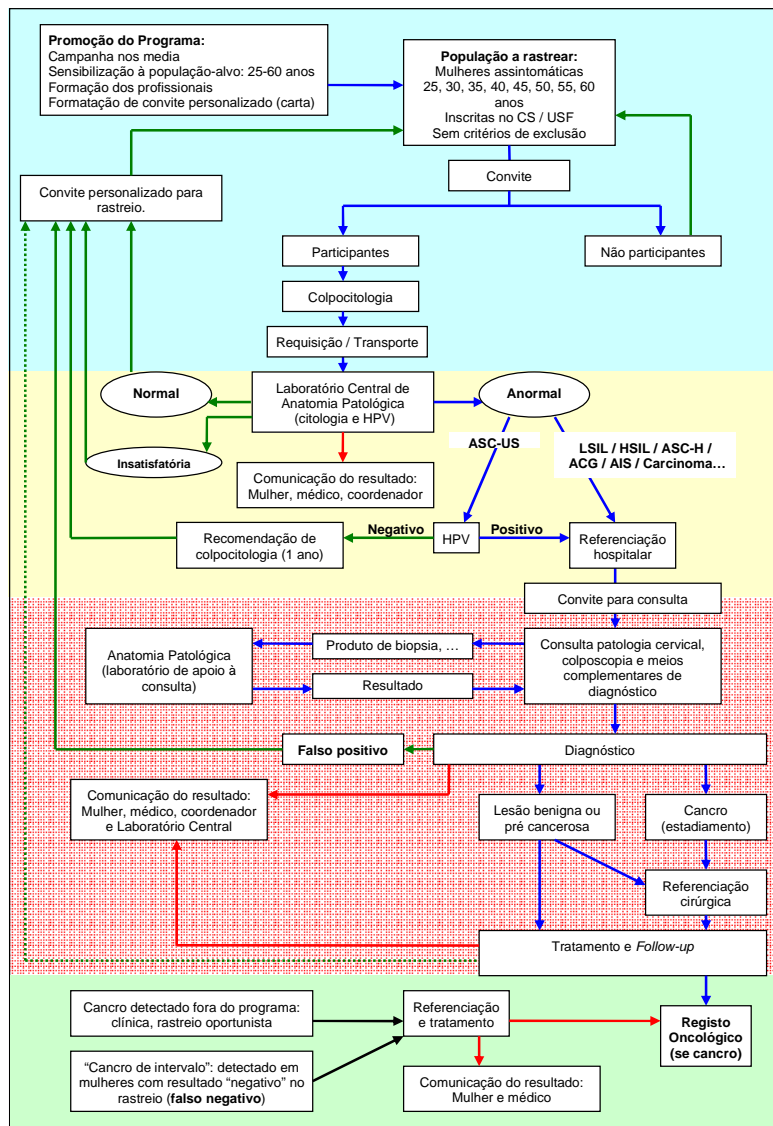
Componentes funcionais:

O programa de rastreio compreende quatro componentes funcionais principais asseguradas pelas várias entidades que integram o programa e que se articulam entre si.

- Componente populacional:
 - ✓ Definição da população-alvo,
 - ✓ Identificação, validação e captação dos indivíduos a rastrear,
 - ✓ Medidas para alcançar a cobertura e a adesão pretendidas, garantindo o consentimento informado.
- Execução do teste:
 - ✓ Colheita e envio de colpocitologia pelos médicos de família,
 - ✓ Análise e classificação dos produtos (Laboratório Central de Anatomia Patológica),
 - ✓ Controlo de qualidade (dos produtos e da técnica laboratorial).

- Componente clínica:
 - ✓ Rede de serviços para confirmação de diagnóstico, tratamento e seguimento das pacientes com doença detectada pelo rastreio.
- Componente de coordenação:
 - ✓ Um sistema que liga as diferentes componentes de:
 - captação da população e colheita das colpocitologias,
 - leitura e interpretação,
 - confirmação de diagnóstico, tratamento e seguimento.
 - ✓ Monitorização, avaliação de desempenho e controlo de qualidade;
 - ✓ Avaliação de impacto: evolução da incidência e mortalidade em toda a população-alvo, na população rastreada e na população não rastreada.

Fluxograma do programa de rastreio



Fluxograma do programa de rastreio do cancro do colo do útero

A população-alvo

- A população-alvo é constituída pelas mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos de idade, inscritas nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) da área de influência da ARSN, sendo elegíveis as mulheres assintomáticas que completem, em cada ano, as idades de 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55 e 60 anos, e que não apresentem os seguintes critérios clínicos (temporários ou definitivos) de exclusão:
 - ✓ Tratadas por cancro do colo do útero,
 - ✓ Histerectomizadas,
 - ✓ Que não iniciaram actividade sexual,
 - ✓ Com incapacidade física, que impossibilite o exame ginecológico,
 - ✓ Que apresentam sinais ou sintomas de doença ginecológica em curso.

Nota: a gravidez não é motivo de exclusão do programa de rastreio e tem orientações específicas ¹¹.

- A população elegível anualmente é validada pelos médicos dos CSP, com o auxílio do aplicativo informático.

Metodologia de rastreio

- Teste de rastreio:
 - ✓ Colpocitologia em meio líquido com processamento e leitura automatizados,
 - ✓ Realização de teste de HPV por método de captura híbrida, sempre que necessário.
- Locais de colheita:
 - ✓ As colheitas de colpocitologias serão efectuadas nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários da área de influência da ARSN e enviadas ao Laboratório Central de Anatomia.
- Intervalos de tempo (periodicidade) e duração mínima:
 - ✓ A periodicidade será quinquenal, excepto se os resultados dos testes anteriores recomendem outra periodicidade;
 - ✓ O tempo mínimo de duração do programa será de 5 anos, garantindo a cobertura à população-alvo.
- O laboratório central de anatomia patológica:

- ✓ Recebe, efectua o processamento e leitura das colpocitologias e realiza os testes para a detecção de HPV,
- ✓ Insere os resultados das colpocitologias e dos testes de HPV no aplicativo do rastreio que os disponibiliza aos restantes intervenientes do programa (médico dos Cuidados de Saúde Primários - CSP e da Unidade de Patologia Cervical - UPC),
- ✓ Envia um relatório escrito com o resultado dos exames às mulheres rastreadas, acompanhado de carta explicativa,
- ✓ Os resultados das colpocitologias serão apresentados utilizando a versão portuguesa da Classificação citológica de Bethesda ¹¹.

Rede de referência para tratamento

- As Unidades de Patologia Cervical dos serviços hospitalares:
 - ✓ Recebem a informação, disponibilizada no aplicativo informático, dos resultados anormais das colpocitologias referentes às mulheres provenientes dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que lhes correspondem,
 - ✓ Efectuam o agendamento da consulta de patologia cervical,
 - ✓ Informam a mulher da data de realização das consultas,
 - ✓ Efectuam a confirmação de diagnóstico, o tratamento e o seguimento das pacientes com doença detectada pelo rastreio,
 - ✓ Transferem as pacientes para os Serviços Hospitalares de Cirurgia Ginecológica que lhes correspondem,
 - ✓ Inserem os resultados dos exames realizados no aplicativo do rastreio que os disponibiliza aos restantes intervenientes do programa (médico dos CSP e médico ginecologista dos Serviços Hospitalares de Cirurgia Ginecológica).

- Os Serviços Hospitalares de Cirurgia Ginecológica:
 - ✓ Recebem a informação, disponibilizada no aplicativo informático, referentes às mulheres provenientes das Unidades de Patologia Cervical que lhes correspondem,
 - ✓ Informam as utentes da data da 1ª consulta hospitalar e da data das consultas de grupo, quando aplicável,
 - ✓ Efectuam o estudo da doença e realizam os exames necessários à conclusão do diagnóstico e decisão terapêutica,
 - ✓ Programam e realizam os tratamentos adequados,

- ✓ Inserem no aplicativo do rastreio as datas de realização da 1ª consulta, consulta de grupo, diagnóstico final, decisão terapêutica, data da realização dos tratamentos e resultados.
- Os Laboratórios de Anatomia Patológica “de apoio à consulta” de patologia cervical:
 - ✓ Recebem, analisam e classificam os produtos de biopsias enviados pela consulta de patologia cervical e serviços hospitalares de cirurgia, usando a classificação aprovada,
 - ✓ Emitem e enviam os relatórios aos serviços requisitantes no prazo máximo estabelecido no Programa,
 - ✓ Disponibilizam ao Laboratório Central de Anatomia Patológica todos os exames cujo resultado seja discordante da citologia e todos os exames que lhe sejam solicitados por este ou pela Direcção do Rastreio,
 - ✓ Funcionam nos Centros Hospitalares da Rede de Referenciação do Programa e caso estes não disponham de Laboratório de Anatomia Patológica próprio, os exames histológicos derivados da actividade do rastreio serão enviados para o Laboratório Central de Anatomia Patológica.

Transmissão dos resultados

- Comunicação dos resultados citológicos:
 - ✓ Compete ao Laboratório Central de Anatomia Patológica (LCAP),
 - ✓ As mulheres são informadas por escrito e o relatório é acompanhado pela carta explicativa do significado do resultado (cartas previstas no aplicativo do rastreio),
 - ✓ O médico dos CSP é informado através do aplicativo do rastreio (informação inserida pelo LCAP) e responde às dúvidas das suas utentes,
 - ✓ A UPC é informada dos resultados positivos, através do aplicativo do rastreio (informação inserida pelo LCAP).
- Comunicação dos resultados do estudo diagnóstico:
 - ✓ Compete ao médico ginecologista da UPC e ao médico ginecologista do serviço de cirurgia,
 - ✓ As mulheres são informadas durante as consultas especializadas respectivas dos resultados do estudo diagnóstico pelos médicos ginecologistas da UPC e serviços de cirurgia,

- ✓ O médico dos CSP é informado através do aplicativo do rastreio (com a informação inserida pelos médicos ginecologistas da UPC e serviço de cirurgia) e responde às dúvidas das suas utentes,
 - ✓ Os resultados dos exames histológicos que constam obrigatoriamente no aplicativo do rastreio devem incluir a data, a natureza dos exames (biopsias, peça da conização ou histerectomia), a identificação (nome clínico e nº de ordem profissional) do médico anatómo-patologista que assina o relatório do exame histológico e são emitidos de acordo com a classificação histológica dos tumores do colo uterino (OMS),
 - ✓ Os resultados dos exames realizados serão apresentados no aplicativo do rastreio utilizando as recomendações do Comité de Nomenclatura da Federação Internacional de Patologia Cervical e Colposcopia (IFCPC), adoptadas no Congresso de Barcelona em 2002, a classificação histológica dos tumores do colo uterino (OMS), as recomendações da *American Joint Committee on Cancer* (TNM) e da Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO).
- Transmissão dos resultados do tratamento:
 - ✓ Compete ao médico ginecologista da UPC e ao médico ginecologista do serviço de cirurgia,
 - ✓ As mulheres são informadas dos resultados do tratamento pelos médicos ginecologistas da UPC e serviços de cirurgia, durante as consultas especializadas respectivas,
 - ✓ O médico dos CSP é informado através do aplicativo do rastreio (com a informação inserida pelos médicos ginecologistas da UPC e serviço de cirurgia) e responde às dúvidas das suas utentes.

Divulgação e comunicação

- O objectivo da divulgação é fomentar a adesão da mulher e garantir a sua fidelização ao programa.
- Os destinatários da campanha de divulgação são:
 - ✓ População-alvo,
 - ✓ Profissionais envolvidos no programa,
 - ✓ População em geral.

Garantia de aptidão e competências dos recursos humanos

- Para a concretização do programa importa:
 - ✓ Explicitar aos dirigentes das unidades públicas de saúde (CSP e Hospitais) o modelo organizativo em que assenta o rastreio,
 - ✓ Informar as equipas locais de coordenação técnica dos procedimentos a adoptar por todos de forma homogénea,
 - ✓ Dar a conhecer, a todos os intervenientes, a utilização adequada do aplicativo informático que serve de base, sustenta e acompanha todas as componentes do rastreio e
 - ✓ Garantir junto aos profissionais das unidades de patologia cervical dos hospitais públicos a uniformidade dos procedimentos de um Serviço de Colposcopia de qualidade.

Sistema de informação para a monitorização, avaliação e controlo

- O Sistema de Informação permite ^{12, 13, 14.}
 - ✓ Identificar a população,
 - ✓ Identificar individualmente cada mulher da população-alvo – distinguindo rastreadas e não rastreadas e grupos específicos,
 - ✓ Enviar atempadamente cartas/convite personalizadas às mulheres da população-alvo,
 - ✓ Registrar os achados/resultados do rastreio que implicam posteriores intervenções,
 - ✓ Monitorizar a efectivação das intervenções recomendadas na sequência de um resultado anormal, e recolher informação relativa a essas intervenções,
 - ✓ Disponibilizar o seguimento prolongado de mulheres tratadas,
 - ✓ Identificar cancros e mortes na população total,
 - ✓ Ligar a informação dos episódios individuais de rastreio com os diagnósticos laboratoriais e clínicos posteriores de cancro ou lesões pré-cancerosas.

- Alguns Indicadores já previstos para avaliar o programa:
 - ✓ Taxa de adesão da população elegível ano (> 70%),
 - ✓ Taxa de adesão da população-alvo ano,
 - ✓ Taxa de adesão da população-alvo em cinco anos (proporção de mulheres rastreadas pelo menos uma vez em cinco anos > 80%),
 - ✓ Proporção de mulheres elegíveis convidadas para rastreio ano,

- ✓ Proporção de mulheres convidadas e não rastreadas por motivo de falta ano,
- ✓ Proporção de colpocitologias recebidas pelo LCAP em tempo inferior a 10 dias após a colheita (100%),
- ✓ Proporção de mulheres atendidas em 1.^a consulta UPC em tempo inferior a 30 dias desde a colpocitologia (100%),
- ✓ Proporção de resultados de colpocitologias emitidos pelo LCAP em tempo inferior a 21 dias após a colheita (95%),
- ✓ Proporção de colpocitologias com resultado insatisfatório para avaliação (< 5%),
- ✓ Proporção de mulheres com colposcopia efectuada em tempo inferior a 30 dias após a colpocitologia (100%),
- ✓ Distribuição proporcional dos tempos que medeiam a confirmação de diagnóstico e o início do tratamento, por tipo de lesão,
- ✓ Taxas anuais de incidência para cada um dos resultados da colpocitologia nas mulheres rastreadas no ano,
- ✓ Taxas de cancro do colo do útero nas mulheres rastreadas ano, bruta e específicas por idade e por estadio,
- ✓ Taxas anuais de incidência de cancro do colo do útero bruta e específicas por idade e por estadio, na população geral (fonte: ROENO),
- ✓ Proporção de cancro invasivo relativamente ao total de cancros do colo do útero identificados no ano (fonte: ROENO),
- ✓ Taxas anuais de mortalidade por cancro do colo do útero, bruta e específicas por idade e lugar (fonte: DGS),
- ✓ Casos de cancro em mulheres cujo resultado da colpocitologia foi negativo nos cinco anos anteriores ao diagnóstico,
- ✓ Correlação citohistológica (para cada grau de lesão intra epitelial de células escamosas e carcinoma, confrontado resultado da citologia com o resultado histológico das biopsias ou material cirúrgico),
- ✓ Proporção de mulheres com um resultado positivo (ASC-US HPV+ ou superior) na citologia negado pela avaliação histológica relativamente ao total de mulheres avaliadas em UPC,
- ✓ Concordância citohistológica: proporção de citologias positivas, não ASC-US, seguidas de histologia reveladora de lesão histológica,
- ✓ Ratio ASC/SIL < 3, i.e, $(ASC - US + ASC - H) / (LSIL + HSIL + Ca\ epidermóide\ invasor) < 3$,
- ✓ Percentagem de colpocitologias com resultados ASC-US submetidos a detecção de HPV,
- ✓ Percentagem de testes de HPV+ nas colpocitologias com resultado ASC-US,

Bibliografia

1. Arbyn M *et al.* “**European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening, Second Edition**”. *International Agency for Research on Cancer*, 2008.
2. Direcção-Geral da Saúde. Estatísticas de saúde, Publicações “**Risco de Morrer em Portugal**”, 2002 a 2005. <http://www.dgs.pt/>
3. RORENO. Relatórios 1999 a 2004. Instituto Português de Oncologia do Porto. <http://www.ipoportor.min-saude.pt/roreno/roreno/>
4. Direcção-Geral da Saúde - Comissão Técnica de Vacinação, **Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)**, Maio de 2008.
5. WHO, **Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries**, World Health Organization, Geneva 2006.
6. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. **Cribado de cáncer de cérvix. Métodos convencionales y nuevos métodos. Revisión de la evidencia para su posible implantación en Galicia**. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias, avalia-t; 2002. Informes de evaluación: INF2002/01.
7. Conselho da União Europeia, **Recomendação do Conselho de 02 de Dezembro de 2003 sobre o rastreio do cancro (n.º 2003/878/CE)**, *Jornal Oficial da União Europeia*, L 327/34 PT de 16/12/2003.
8. Alto Comissariado da Saúde – Coordenação Nacional para as doenças Oncológicas, **Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007 – 2010 (PNPCDO), Orientações Programáticas**, Ministério da Saúde, Dezembro 2007 (documento não publicado).
9. Portugal, DR, 1.ª Série-B, n.º 190, de 17 de Agosto de 2001, **Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, Plano Nacional Oncológico 2001 – 2005**.
10. Comissão Oncológica Regional Norte – Grupo de Trabalho do Cancro do colo do Útero. **“Rastreio do Cancro do Colo do Útero”**(não publicado). Administração Regional de Saúde do Norte, IP., Porto, 2007.
11. Silva D, Moutinho J. **Consenso em patologia cervico-vulvovaginal**. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Póvoa de Varzim 2004.
12. WHO / International Agency for Research on Cancer. **“IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 10: Cervix Cancer Screening.”** *International Agency for Research on Cancer*, Lyon, 2005.
13. Society of Gynecologic Oncologists of Canada, **Programmatic Guidelines for Screening for Cancer of the Cervix in Canada**, Public Health Agency of Canada (PHAC), 1998.
14. ECDC. **Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries**. Guidance Report - Stockholm, January 2008.