

# Programa Viva Mulher

## “Viva Mulher” Program

Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolaou para a detecção do câncer do colo uterino, esta doença continua a ser entre nós um problema de saúde pública. Basta comparar o coeficiente de mortalidade desta doença em 1994, de 6,81/100.000 brasileiras com o de 1989, de 7,5/100.000 para se ter uma idéia da dimensão do problema.

O Instituto Nacional de Câncer, órgão do Ministério da Saúde (INCA/MS), estima que, em 1997, ocorrerão no Brasil 20.500 casos novos e 5.760 óbitos por este câncer. Estes números são considerados bastante elevados, e o mais grave é que esta neoplasia apresenta uma história biológica que permite a aplicação de programas de rastreamento de alta eficácia e custos moderados.

Até agora, os programas de prevenção do câncer do colo uterino levados a cabo no Brasil, com algumas exceções que obtiveram sucesso pontual e sem impacto importante sobre a mortalidade geral por este tumor, têm falhado devido à falta de organização e continuidade. Ademais, eles não costumam assegurar o tratamento adequado dos casos diagnosticados e nem contam com uma avaliação adequada das suas várias etapas e dos resultados finais.

Baseado nesse quadro histórico e epidemiológico e incentivado pela Conferência Mundial das Mulheres, ocorrida na China, em 1995, o Governo Brasileiro, por meio do INCA/MS, decidiu desenvolver um Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, chamado de Programa Viva Mulher.

Para subsidiar um programa de tal magnitude, muitos levantamentos e pesquisas foram feitos. Foram coletados dados sobre a capacidade laboratorial instalada em todo o país, qual o número e a disponibilidade de pessoal e equipamentos das unidades de atenção primária, secundária e terciária em alguns municípios amostrais. Pesquisas existentes sobre

os aspectos culturais foram também consideradas, tais como a atitude das mulheres brasileiras frente à prevenção e as razões pelas quais elas não atendem aos programas de rastreamento.

Como órgão consultor foi escolhido o *Cancer Care International* (CCI), da Fundação Ontário de Pesquisa e Tratamento do Câncer, que, dispondo de técnicos altamente especializados no assunto, assessorou toda a fase de planejamento e acompanha o desenvolvimento do Programa.

Como a extensão territorial do Brasil é muito grande e observam-se importantes diferenças regionais em seus aspectos culturais, sociais e econômicos, a equipe técnica do INCA/MS e do CCI idealizou um programa que pudesse ser aplicável em todo o Brasil, mas que também pudesse adaptar-se às características regionais. A estratégia escolhida foi a de implantar cinco projetos-piloto, um em uma cidade de cada região do país, com duração de, pelo menos, dois anos. Uma vez que o Programa seja avaliado e considerado efetivo, ele deverá ser expandido para outros municípios brasileiros.

O Programa Viva Mulher apresenta cinco etapas fundamentais: o recrutamento da população-alvo, a coleta do material para o exame de Papanicolaou, o processamento desse material no laboratório de citopatologia, o tratamento dos casos diagnosticados e a avaliação.

Para desenvolver o Programa foi constituído um Comitê Central, que estabelece as regras políticas e administrativas em conjunto com as autoridades da saúde dos respectivos estados e municípios; um Comitê Executivo, para gerenciar o desenvolvimento global do programa, fornecendo suporte aos projetos-piloto para que estes cumpram as atividades de acordo com os modelos e cronogramas estabelecidos, e cinco Comitês Locais, para coordenar o desenvolvimento do Programa no âmbito local.

De acordo com as diferentes etapas do Programa, cinco grupos funcionais foram formados: os grupos de Recrutamento, Coleta, Laboratório, Tratamento e Avaliação. Os membros de cada um desses grupos são os responsáveis por cada uma das etapas em cada projeto-piloto, sob a orientação de um membro do Comitê Executivo.

As diretrizes adotadas pelo Programa são as seguintes:

A população-alvo a ser recrutada são mulheres entre 35 a 49 anos de idade, já que elas são consideradas o grupo de maior risco, sendo priorizadas aquelas que nunca se submeteram a um exame colpocitológico.

A frequência do rastreamento é de um exame por mulher, nos dois anos de duração da fase piloto do Programa.

Para o planejamento estratégico das ações recrutamento, foram formados grupos focais de profissionais de saúde, líderes comunitários e mulheres da população-alvo. Esses grupos fornecem dados qualitativos, que permitem identificar as barreiras que impedem as mulheres de atender aos programas de rastreamento. Mencionam-se, entre essas barreiras, os problemas verificados na organização da rede de serviços de saúde e a atitude dos profissionais da saúde frente às mulheres. Aspectos culturais, tais como vergonha, medo, informações errôneas ou falta de informação sobre o câncer do colo uterino, bem como a influência negativa da família, especialmente por parte dos maridos ou companheiros, são outros aspectos de relevância também detectados.

Dentre as estratégias consideradas para assegurar o acesso das mulheres a serviços de saúde, a educação tem papel de relevo. Os profissionais de saúde precisam conhecer bem e aplicar as diretrizes do Programa, além de saber lidar com as mulheres. Quanto a educação de líderes comunitários e de outros voluntários, ela é essencial, já que serão eles os agentes multiplicadores das informações. É também muito importante a identificação dos meios de comunicação mais eficientes e quais as mensagens mais adequadas para atingir e sensibilizar as mulheres, levando-as a aderir ao Programa.

O segundo passo do Programa é a coleta do esfregaço cérvico-uterino. No Brasil, não há um padrão de como fazê-la. Em alguns centros,

usam-se três lâminas por mulher: uma para o fundo de saco da vagina, outra para a ectocérvice e a terceira para a endocérvice. Isto faz diminuir pelo menos em duas vezes a capacidade de operação dos laboratórios. Já em outros centros, usa-se uma única lâmina, criando-se um esfregaço espesso, de qualidade questionável. Em muitos serviços, a escovinha destinada à coleta endocervical não é usada.

O Programa estabelece os padrões mínimos necessários para assegurar a qualidade do material para a sua avaliação oncológica e aumentar a capacidade operacional dos laboratórios. Recomenda-se a dupla coleta, tomada da ectocérvice e da endocérvice (cujo material é distribuído separadamente em uma única lâmina) e o uso da escovinha para a coleta endocervical. O sistema de Bethesda é usado para descrever a adequação do esfregaço, devendo a qualidade deste ser constantemente avaliada.

A terminologia utilizada para os laudos citopatológicos também difere de um laboratório para outro. Em alguns laboratórios, ainda se usa a terminologia de Papanicolaou, em outros, o sistema de Bethesda, o que dificulta a perfeita compreensão do diagnóstico pelos profissionais que recebem os laudos, e pode levá-los a fazer recomendações incorretas para o tratamento e o seguimento das mulheres.

O Comitê Executivo do Programa, com a ajuda da Sociedade Brasileira de Citopatologia, estabeleceu diretrizes para os laboratórios de cito-histopatologia, visando à padronização da terminologia a ser utilizada nos laudos, para que as condutas médicas possam ser tomadas de uma maneira uniforme.

O tratamento é a parte que requererá o maior número de mudanças nos serviços de saúde brasileiros. O Programa recomenda a cirurgia de alta frequência (alça diatérmica) para o tratamento ambulatorial das lesões cervicais pré-invasivas, a ser realizado em unidade de atenção secundária.

Todas as mulheres com diagnóstico citológico de NIC II (neoplasia intra-epitelial cervical grau II) em diante serão automaticamente agendadas para a colposcopia, e, quando indicado, a retirada da lesão. O mesmo procedimento será adotado para aquelas que tiverem o diagnóstico de lesão persistente devida ao HPV (vírus do papiloma humano),

NIC I, ASCUS (Células Escamosas Atípicas de Significância Indeterminada) ou AGUS (Células Glandulares Atípicas de Significância Indeterminada), detectada em uma segunda citologia, repetida 6 meses após a primeira.

A cirurgia de alta frequência permite que a mulher seja tratada sem a necessidade de internação hospitalar. Médicos das cidades-piloto foram treinados por técnicos do INCA/CCI em coloscopia e no método Ver e Tratar.

O controle de qualidade do tratamento será possível por meio do exame histopatológico das margens cirúrgicas da amostra retirada pela alça diatérmica e por novas citologias.

Já as mulheres cujo diagnóstico for de câncer invasivo serão agendadas para tratamento em unidades terciárias de saúde.

Sabe-se que uma das razões pelas quais os programas brasileiros de controle do câncer do colo uterino falham é a falta de avaliação. Por isso, neste Programa, esta etapa é fundamental e está dividida em duas partes: avaliação de processos e avaliação dos resultados. Pela avaliação de processos, cada etapa do Programa é continuamente analisada por meio de indicadores qualitativos e quantitativos, mecanismo este que permite que melhorias e correções sejam feitas sempre que necessárias.

A equipe responsável pelo programa em cada cidade-piloto se reunirá periodicamente com o Comitê Executivo para que se avalie o trabalho feito, possibilitando, assim, a correção de distorções e a resolução porventura encontradas.

Os resultados serão medidos pelos indicadores de impacto do Programa sobre a população-alvo: a incidência e a mortalidade por câncer do colo uterino.

O Programa tem um sistema de informação especialmente desenvolvido de acordo com as diretrizes estabelecidas e com as necessidades de cada projeto-piloto. O processo de informação será usado para a avaliação tanto no âmbito local como no central.

Nas áreas-piloto, o sistema será usado para registrar as mulheres no Programa, agendá-las para procedimentos quando necessário, avaliar os dados sobre a população rastreada, controlar a qualidade dos exames citopatológicos e histopatológicos e confirmar o comparecimento das mulheres às consultas previamente marcadas.

Os dados gerados pelos projetos-piloto serão constantemente monitorados pelo Comitê Executivo, e a avaliação do trabalho realizado permitirá proceder-se às correções necessárias, o mais rapidamente possível.

Cada projeto-piloto inclui aproximadamente 100 mil mulheres-alvo. Os resultados obtidos em cada um deles nortearão o Comitê Executivo nas ações a serem tomadas, levando-se sempre em consideração as diferenças regionais. Como já enfatizado anteriormente, a fase de projetos-piloto levará dois anos. Durante este tempo, buscar-se-á incrementar a infra-estrutura dos serviços de saúde e de laboratórios, para viabilizar uma lenta mas importante expansão do Programa.

A meta do Governo, em 5 anos, é incluir 12 milhões de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos. Isto certamente reverterá o ainda sombrio quadro epidemiológico do câncer do colo uterino no Brasil.

Marcos F. Moraes  
Diretor do Instituto Nacional de Câncer