

AÇÕES DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NA POPULAÇÃO INDÍGENA NA REGIÃO NORTE DO BRASIL ENTRE 2010 A 2016: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 03/07/2023

Ana Paula Barbosa Alves

Universidade Aberta do Brasil
Ensino a Distância da Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca – Ead/
Fiocruz
Fundação Oswaldo Cruz
Curso de Especialização Gestão em
Redes de Atenção

Kristiane Alves Araújo

Universidade Aberta do Brasil
Ensino a Distância da Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca – Ead/
Fiocruz
Fundação Oswaldo Cruz
Curso de Especialização Gestão em
Redes de Atenção

Juliana Pontes Soares

Universidade Aberta do Brasil
Ensino a Distância da Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca – Ead/
Fiocruz
Fundação Oswaldo Cruz
Curso de Especialização Gestão em
Redes de Atenção

Maxim Paolo Repetto Carreno

Universidade Aberta do Brasil
Ensino a Distância da Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca – Ead/
Fiocruz

Fundação Oswaldo Cruz

Curso de Especialização Gestão em
Redes de Atenção

Perla Alves Martins Lima

Universidade Aberta do Brasil
Ensino a Distância da Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca – Ead/
Fiocruz
Fundação Oswaldo Cruz
Curso de Especialização Gestão em
Redes de Atenção

RESUMO: Este estudo pretende saber qual é a real situação de saúde da mulher indígena da região norte do Brasil em relação ao câncer de colo uterino? E tem por objetivo geral: desenvolver uma revisão da literatura sobre a atenção à saúde indígena na região amazônica no extremo norte, em relação as ações de prevenção do câncer de colo uterino. E como objetivos específicos; apresentar as discussões de autores em relação a situação do câncer uterino na saúde indígena, principalmente no estado de Roraima, no período de 2010 a 2016; refletir sobre a cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero na população indígena. É uma pesquisa bibliográfica, o procedimento de

coleta de dados, constituiu-se de uma análise de dados secundário pois utilizará dados já informados do Sistema DATASUS (SISCOLO), e da revisão da literatura, pois fará uso de materiais já elaborados: livros, artigos científicos, revistas, documentos eletrônicos e enciclopédias na busca e alocação de conhecimento sobre a/o prevenção do câncer do colo uterino e a saúde da mulher indígena na Amazônia Setentrional Brasileira, no período de 2010 a 2016. Trata-se ainda de uma revisão integrativa, pois fará a relação do conhecimento das abordagens já trabalhadas por outros autores. A região com maior estimativa de casos novos de neoplasias malignas do colo do útero, é a região norte do Brasil. A incidência do câncer do colo do útero em Roraima se destaca em relação ao cenário nacional e regional. Existe uma maior proporção de lesões invasoras entre as indígenas. Indicando assim, uma maior dificuldade de acesso as ações de controle do câncer do colo do útero. O diagnóstico de câncer em pacientes indígenas é tardio, em estágio mais avançado, com resultados mais desfavoráveis. A situação de saúde da mulher indígena em relação ao câncer de colo uterino, é preocupante evidencia-se uma alta susceptibilidade e vulnerabilidade social a este problema de saúde pública. Mesmo a saúde indígena sendo prioridade segundo alguma políticas já instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAISUS), observa-se uma dificuldade na realização dos rastreamentos e acompanhamento dos seguimentos e tratamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Indígena; Prevenção do Câncer do colo do Útero; Região Norte

ABSTRACT: This study intends to know what is the real health situation of indigenous women in the northern region of Brazil in relation to cervical cancer? It has as its general objective: to develop a literature review on indigenous health care in the Amazon region in the far north, in relation to cervical cancer prevention actions. And as specific objectives; to present the authors' discussions regarding the situation of uterine cancer in indigenous health, mainly in the state of Roraima, from 2010 to 2016; to reflect on the coverage of early detection of cervical cancer in the indigenous population. It is a bibliographical research, the data collection procedure, consisted of a secondary data analysis because it will use already informed data of the DATASUS System (SISCOLO), and the literature review, because it will make use of already elaborated materials: books, articles scientific papers, magazines, electronic documents and encyclopaedias in the search and allocation of knowledge about the prevention of cervical cancer and the health of indigenous women in the Northern Brazilian Amazon, from 2010 to 2016. It is also an integrative review, because it will make the relation of the knowledge of the approaches already worked by other authors. The region with the highest estimate of new cases of malignant neoplasms of the cervix is the northern region of Brazil. The incidence of cervical cancer in Roraima stands out in relation to the national and regional scenario. There is a greater proportion of invasive lesions among indigenous women. Indicating thus, a greater difficulty of access to the actions of control of cancer of the cervix. The diagnosis of cancer in indigenous patients is late, in a more advanced stage, with more unfavorable results. The health situation of indigenous women in relation to cervical cancer is worrying, a high susceptibility and social vulnerability to this public health problem is evident. Even indigenous health being a priority according to some policies already instituted by the Ministry of Health, through the Special Secretariat of Indigenous Health (SESAISUS), it is observed a difficulty in the accomplishment of the traces and follow-up of the follow-ups and

treatments.

KEYWORDS: Indigenous Health; Prevention of Cervical Cancer; North region

1 | INTRODUÇÃO

A palavra câncer (neoplasias/neoplasias malignas) é empregada de forma geral para conceber um conjunto de mais de 100 doenças, que abarcam tumores malignos de distintas localizações. São células que tendem a ser invasivas e incontrolláveis e podem alastrar-se para outras regiões no corpo, por meio de metástases. A doença não escolhe idade para se manifestar, contudo existem relação com o envelhecimento e a maioria dos tipos de câncer. Os cânceres trazem desempenhos distintos e necessitam de tratamentos diferentes até mesmo quando se trata de câncer do mesmo órgão (INCA, 2014).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão). Nos homens, os mais frequentes foram pulmão (16,7%), próstata (15,0%), intestino (10,0%), estômago (8,5%) e fígado (7,5%). Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram os de mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (BRASIL, 2016).

Os principais tipos de casos incidentes de câncer no Brasil já analisados são em sua maioria de: cavidade oral, esôfago, estômago, cólon e reto, laringe, traqueia, brônquio e pulmão, melanoma maligno da pele, outras neoplasias malignas da pele, mama feminina, colo do útero, corpo do útero, ovário, próstata, bexiga, Sistema Nervoso Central, glândula tireoide, linfoma de Hodgkin, linfoma não Hodgkin, leucemias. Os principais tratamentos de combate e de controle do câncer são: as cirurgias, a quimioterapia (método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos) e as radioterapia (utilização de radiação ionizante) (BRASIL, 2014).

As melhorias das ciências médicas no campo da oncologia são evidentes e se intensificaram nas últimas décadas do século XX, acarretando impacto na perspectiva da prevenção, do diagnóstico, da proposta terapêutica e dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos são conceituados como uma abordagem para promover a qualidade de vida dos pacientes e famílias que padecem com problemas associados ao câncer. Assim, busca-se a prevenção e o alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002).

Desta maneira, o câncer é um dos grandes problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, e em desenvolvimento (GUERRA; MOURA GALLO; MENDONÇA, 2005). De acordo com a análise estatística da Agência Internacional para a Pesquisa em Câncer da Organização Mundial de Saúde (IARC, da sigla em inglês), o câncer, em 2030, irá superar as doenças cardiovasculares como a primeira causa de mortalidade no mundo (IARC, 2012).

Nos períodos de 1975 a 2000, a incidência de câncer dobrou e deve duplicar novamente entre 2000 e 2020. Para 2030, estimam-se 17 milhões de óbitos, 27 milhões de novos casos e 75 milhões de pessoas vivendo com câncer durante os cinco anos seguintes a seu diagnóstico, sendo que nos países mais pobres acontecerão mais da metade dos novos casos e dois terços dos óbitos (WHO, 2008).

Em países de maior renda, predominam os cânceres de pulmão, mama, próstata e cólon, e nos de baixa e média rendas, os de estômago, fígado, cavidade oral e colo do útero. Mas o padrão de mudança está muito acelerado, e vem-se observando um aumento progressivo de casos de câncer de pulmão, mama e cólon nos países mais pobres, casos que historicamente não tinham uma grande expressividade (INCA, 2014). As condições de vida precárias e o menor acesso a serviços de saúde de qualidade fazem com que os casos de determinados tipos de câncer sejam mais altos, como é o caso do câncer do colo do útero, com que falte o diagnóstico ou que este seja tardio e, assim, a sobrevida seja menor (INCA, 2016).

O número estimado para 2014/2015 é de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer no Brasil, incluindo os casos de pele não melanoma, que é o tipo mais incidente para ambos os sexos (182 mil casos novos), seguido de próstata (69 mil), mama feminina (75 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil) (BRASIL, 2014) (FACINA, 2014).

Alvarenga (2016), comenta que os altas taxas de mortalidade e de incidência em relação ao câncer, no Brasil, está presente nas regiões mais pobres do país, com menor desenvolvimento. Está afirmativa expressa a relação das desigualdades sociais entre os diferentes grupos socioeconômicos e a sua exposição a fatores de risco presentes nessas áreas. O aparecimento do câncer está associado a más condições de vida como a falta ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente programas de rastreio da população.

Em mulheres antes dos 30 anos é pouco comum haver casos de câncer do colo do útero, e o pico de sua incidência máxima se dá dos 45 a 50 anos. A chance de óbito aumenta progressivamente a partir dos 40 anos, com significativas diferenças entre as regiões do país. Em 2016, no Brasil são esperados 16.340 casos novos, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. É a terceira localização primária de incidência e de mortalidade por câncer em mulheres no país, excluído pele não melanoma. Em relação as regiões do país, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte com 23,97 casos/100 mil mulheres; na Região Centro-Oeste com 20,72 casos/100 mil mulheres e na Região Nordeste com 19,49 casos/100 mil mulheres, ocupa a segunda posição; na Região Sudeste 11,30 casos/100 mil mulheres, a terceira; e, na Região Sul 15,17 casos/100 mil mulheres, a quarta posição. Esses valores são ainda considerados intermediários, mais ainda são altas, comparadas aos países ricos, que tem serviços organizados de diagnóstico precoce bem estruturados (INCA, 2016). E ainda, existe o problema da subnotificação,

devido ao subregistro de mortalidade, que mascara a real condição sanitária das mulheres no país, que não esclarece a magnitude do problema nas regiões brasileiras (ALVES; BASTOS; GUERRA, 2009, 2010; ANTUNES, 2006; GAMARRA; VALENTE; SILVA, 2010a; 2010b; MENDONÇA et al, 2008; SILVA et al, 2010; ZEFERINO, 2008).

O câncer de colo uterino foi responsável por uma taxa de mortalidade de 265 mil óbitos em mulheres em 2012, sendo que 87% desses óbitos ocorreram em países em desenvolvimento. Em 2013, no Brasil, ocorreram 5.430 óbitos por esta neoplasia, representando uma taxa de mortalidade ajustada para a população mundial de 4,86 óbitos para cada 100 mil mulheres. A sobrevida em cinco anos para essa doença melhorou ao longo dos anos, no mundo passou de menos de 50% para mais de 70%. No Brasil, para o período de 2005 a 2009, a sobrevida ficou em torno de 61% (BRASIL, 2016)

As múltiplas determinações na formação dos vários tipos de câncer são irrefutáveis, e o mesmo fator de risco pode estar envolvido na gênese de vários processos crônicos. Como por exemplo, o tabagismo e a obesidade, relacionados a vários tipos de câncer, a doenças cardiovasculares e respiratórias. Fatores de risco podem estar relacionados ao meio ambiente, ao padrão genético ou a hábitos e costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Os casos de câncer atribuídos exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos são incomuns, ainda que o fator genético exerça um importante papel. A pluralidade dos casos está relacionada ao meio ambiente, compreendido como o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) e o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida) (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

A inquietação sobre esse estudo surgiu quando realizou-se a análise dos registros das informações no programa de controle e prevenção do câncer de colo uterino – SISCOLO, e evidenciou-se uma alta incidência da câncer do colo do útero nos Estados da Região Norte do País e uma baixa cobertura na realização dos exames de citopatológico de câncer do colo do útero na rede pública de saúde dos municípios do Estado de Roraima. Pretende-se, portanto, com esta pesquisa elaborar um estudo que venha contribuir para esclarecer, a seguinte pergunta norteadora: qual é a real situação de saúde da mulher indígena da região norte do Brasil em relação ao câncer de colo uterino?

Neste sentido, pretende-se responder as seguintes hipóteses: não existe uma priorização de ações para o promoção da saúde e prevenção do câncer do colo do útero por parte da gestão e dos profissionais de saúde que trabalham com a saúde indígena na região norte do país; e as informações sobre a situação da prevenção do câncer do colo do útero nas mulheres indígenas não são satisfatórias para a identificação de um diagnóstico situacional de saúde que forneça dados concretos que orientem os serviços nas atividades, políticas e planejamento em saúde no combate a doença.

As principais estratégias para o controle do câncer são prevenção/ detecção precoce, diagnóstico/tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, através de ações e intervenções

que dependem do tipo de câncer e se caracterizam pela necessidade de abordagem intersetorial e multidisciplinar (INCA, 2012). Para o enfrentamento das condições crônicas, no que se refere à organização da atenção, a instituição de redes com definição clara de perfis e funções de cada nível e mecanismos de coordenação muito bem distribuídos e interligados é essencial para a garantia do cuidado integral (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

Essa pesquisa se justifica através da necessidade de acesso as ações de prevenção do câncer de colo uterino para a populações mais vulneráveis, como é o caso da mulher indígena. A revisão da literatura poderá contribuir para o fortalecimento das ações de estratégia de prevenção, acompanhamento dos seguimento, entre outro, e demonstrar para os gestores dos serviços de saúde as contribuições do meio acadêmico, como ferramenta de apoio para o serviço assistencial, em prol da vida das mulheres indígenas no Brasil.

2 | OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo geral desenvolver uma revisão da literatura sobre a atenção à saúde indígena na região amazônica no extremo norte, em relação as ações de prevenção do câncer de colo uterino. E como objetivos específicos:

- Apresentar as discussões de autores em relação a situação do câncer uterino na saúde indígena, principalmente no estado de Roraima, no período de 2010 a 2016;
- Refletir sobre a cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero na população indígena;

3 | REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Considerações sobre a organização da saúde indígena no Brasil

A política atual da saúde indígena foi fruto de uma mobilização de diversos atores e instituições indígenas e indigenistas, no mesmo período da reforma sanitária brasileira e com interlocuções com a mesma. Os princípios e diretrizes que vão conformar o Sistema Único de Saúde (SUS), também integram a política de saúde indígena. (ATHIAS; MACHADO, 2001).

A implementação da P.N.S.P.I. requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados par a proteção, promoção e recuperação da saúde. O Subsistema é um componente do SUS. A Lei no. 9836/99, conhecida como Lei Arouca, institui o “Subsistema de Atenção à Saúde Indígena” (SASISUS), na verdade, acrescenta o Capítulo V ao Título II da Lei 8.080/90. Seguindo os princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social como rege as leis n.º 8.080, de 19/09/1990, e a lei n.º 8142, d 28/12/1990 (BRASIL, 2002).

A proposta de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) vem refutar o tipo de assistência médica que a população indígena vinha recebendo historicamente, um atendimento com características emergências ou pelo modelo campanhista sanitaria, como exemplo das Equipes Volantes de Saúde (EVSs), ou dos atendimentos ofertados pelas conveniadas mantidas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), destinadas ao controle de epidemias. Com a sua incorporação ao SUS, busca-se considerar a especificidade cultural desses povos e a necessidade de um “subsistema” de saúde diferenciado, que ainda para sua organização, considere as áreas territoriais indígenas sob sua responsabilidade, assim como as necessidades de infraestruturais e de recursos humanos para a otimização das ações em saúde, por meio da criação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSIs), lotadas em cada Unidade Básica de Saúde e da promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs), como uma das principais estratégias para a execução desse projeto, por meio da capacitação de agentes nativos para atuarem nesse âmbito e em suas próprias comunidades (BRASIL, 2000; CARDOSO, 2015).

Foram criadas 34 DSEIs, atualmente potencialmente Unidades Gestoras “autônomas”, instituídas de acordo com áreas territoriais indígenas diferenciadas. Foram criados ainda, 4 escritórios locais; 354 polos base e 62 casas de saúde indígena (CASAI), as quais são unidades de apoio ao atendimento aos povos indígenas; 751 postos de saúde; 9.021 profissionais-EMSI e NASI; 4.132 AIS (Agente Indígena de Saúde); 1.387 AISAN (Agente Indígena de Saneamento) (SESAI, 2011).

A partir do final de 2010, o SASISUS passou a ser subordinado ao Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, publicado no Diário Oficial da União (DUO) de 20 de outubro de 2010, em que oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). As principais funções da SESAI é coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional, tendo como missão a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e cumprir com a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde de acordo com as especificidades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2011).

3.2 Perfil de morbimortalidade da população indígena no Brasil

Segundo o último censo realizado em 2010 (ISA, 2011, IBGE, 2010), no Brasil vivem mais 896,9 mil indígenas (36,2% em área urbana e 63,8% em terras indígenas); 305 etnias (a maior etnia é a Tikúna); 274 línguas, sendo a Tikúna a mais falada (34,1 mil pessoas), dos 786,7 mil indígenas de 5 anos ou mais, 37,4% falam uma língua indígena e 76,9% falam português. Entre as regiões, o maior contingente está na região Norte (342,8 mil indígenas), e o menor, no Sul (78,8 mil). O País tem 505 terras indígenas, que representam

12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), em que residem 517,4 mil indígenas (57,7%), dos quais 251,9 mil (48,7%) estão na região Norte.

A terra com maior população indígena é Yanomami, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas. Foi observado equilíbrio entre os sexos para o total de indígenas: para cada 100,5 homens, há 100 mulheres. Há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens, nas rurais. Percebe-se, porém, um declínio no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, especialmente: no Sudeste (de 117,5 para 106,9), Norte (de 113,2 para 108,1) e no Centro-Oeste (de 107,4 para 103,4). Entre 2000 e 2010 observa-se que há mais jovens índios do que idosos, o que reflete a alta taxa de fecundidade e mortalidade entre indígenas, principalmente na área rural.

No Brasil os povos indígenas perpassam por um contínuo processo de transformação histórico, em consequência da interação com a sociedade envolvente não indígena. Essas transformações ecoam nas diferentes esferas do universo indígena. Podemos destacar as modificações nas estratégias de subsistência, nas formas de ocupação do território, na exploração dos recursos naturais, nas relações políticas travadas no âmbito interno e externo às aldeias e na inserção no mercado de trabalho regional, com marcantes impactos na maneira como essas sociedades se organizam. (BASTA et al, 2012).

Os determinantes do processo saúde-doença dos povos indígenas são altamente diversificados, o perfil epidemiológico pode variar substancialmente de um grupo para outro, e muitas vezes dentro de uma mesma etnia. Desta forma, é praticamente impossível definir padrões epidemiológicos generalizáveis ou construir indicadores de saúde que consigam englobar a enorme diversidade existente entre as populações nativas brasileiras (BRASIL, 2006).

Os indicadores de saúde variam consideravelmente entre a população indígena e os grupos não-indígenas. Estudos mostram que a população indígena continua marginalizada da sociedade, com maior dificuldade para acesso a saúde e educação. (WORLD, 2006)

As principais causas de morte na população indígena brasileira são: as doenças infecciosas (tuberculose, malária, hepatites virais); as diarreias, desenvolvimento humano comprometido, a desnutrição, as doenças carências, as doenças do aparelho respiratório, circulatório, e doenças consideradas comportamentais (alcoolismo, suicídio, violência externa) permanecem como importante causa de morbimortalidade (COIMBRA JR; SANTOS, 2000; BASTA et al, 2012).

Atualmente, observa-se um processo de transição das doenças infectoparasitárias para as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT); os transtornos mentais e comportamentais; as causas externas de adoecimento e morte. Entre as principais doenças DCNT, estão a hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo II, e as neoplasias, a obesidade; entre os indivíduos maiores de 30 anos de idade; e à desidratação e à desnutrição, a anemia, a tem maior incidência em crianças menores de cinco anos de idade (CASTRO, 2008,

BASTA et al, 2012). A incidências dessas novas doenças, como o câncer, por exemplo, são devidas a incorporação de novos hábitos culturais e urbanização, relacionados ao contato com a sociedade ocidental (BASTA et al, 2012).

Na literatura encontram-se poucos estudos sobre a incidência e distribuição dos diferentes tipos de câncer entre as populações indígenas brasileiras. Nascimento, et al (2015), em seu estudo sobre o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes indígenas com diagnóstico de câncer atendidos em um serviço de referência em oncologia no estado do Pará, descreve a incidência do câncer nesta população. Identificou-se se um índice de baixa escolaridade entre a população indígena e um maior intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento oncológico para esta população, acima de 60 dias em 60% dos casos e com tempo médio de 113 dias (mais de 03 meses), bem diferente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil. E o tipo de câncer mais frequente foi o de colo uterino.

3.3 Saúde indígena em Roraima

O estado de Roraima é o estado de maior população indígena do país com 49.637 índios, que ocupam uma área de 10.370.676 hectares. As principais etnias indígenas são: Macuxi, Taurepang, Ingarikó, Yanomami, Ye'Kuana, Patamona, Wapixana, Waimiri-Atroari e Wai-Wai. (IBGE, CENSO DEMOGRÁFICO-2010), as quais não foge da realidade do panorama epidemiológico nacional referente as populações indígenas.

Em Roraima, o perfil epidemiológico conforme dados coletados pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde (CGVS) do estado de Roraima, em 2014 os principais agravos notificados em números absolutos em todas as faixas etárias em indígenas foram: a AIDS - 20 casos; a candidíase - 30 casos, toxoplasmose congênita - 31 casos; a tuberculose - 37 casos; a varicela - 47 casos; outras doenças inflamatórias pélvicas femininas - 57 casos; a violência interpessoal/autoprovocada - 65 casos; a leishmaniose visceral - 66 casos; a leishmaniose tegumentar americana - 84 casos; síndrome do corrimento cervical em mulheres - 105 casos; as hepatites virais - 171 casos; acidente por animais peçonhentos - 237 casos. (SESAU, 2015).

As doenças que acometem as populações indígenas do leste de Roraima são as doenças respiratórias, as diarreias, o tracoma, a HIV/AIDS, tuberculose, malária, a diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias, alcoolismo e obesidade, são todas extremamente preocupantes, devido a sua patogênese e consequentes sequelas. Vale destacar que em 2010 a incidência de tuberculose do estado foi de 28 por 100.000 habitantes, sendo a capital a cidade de Boa Vista com uma incidência de 27,1 por 100.000 habitantes. A taxa de mortalidade por diabetes em Roraima, no período de 1996 a 2009 foi superior à apresentada pelo Brasil e pela região Norte. Nos anos 2008 a 2010, foram realizadas atividades de busca ativa de casos de Tracoma em áreas com piores condições socioeconômicas em alguns municípios e registradas prevalências acima de 10% em Boa Vista, Bonfim e São João da

Baliza. Em áreas indígenas foram detectados casos de tracoma ativo no Distrito Sanitário Especial Indígena Leste, nos anos 2007 e 2008, com aldeias apresentando prevalência de até 45% (BRASIL, 2011).

Conforme Coordenação Geral da Vigilância em Saúde-CGVS do Estado de RR, a partir do Sistema de Informações de Agravos Notificados-SINAN, foram notificados 1.199 casos de doenças/agravos sendo que as de maior prevalência na população indígena no ano de 2014 em ambos os sexos foram: Acidentes por animais peçonhentos, representando 19,8 % dos casos, principalmente na população com faixas etárias entre 10 a 14 anos (16,9%); hepatites virais 14,3% dos casos concentradas principalmente nas faixas etárias 20-29 anos (12,2%); síndrome do corrimento cervical em mulheres com 8,8% dos casos acometendo principalmente as faixas etárias 30 a 39 anos (32,4%); leishmaniose tegumentar americana 7% dos casos com maior prevalência nas faixas etárias 20-29 anos (26,2%); leishmaniose visceral 5,5% dos casos principalmente em crianças de 1-4 anos (27,3%); violência interpessoal autoprovocada 5,4% dos casos principalmente nas faixas etárias 20 -29 anos e 30-39 anos ambas com 21,5% e tuberculose com 3,1% dos casos principalmente nas faixas etárias 20 a 29 anos (21,6%) (SESAU/RR, 2015).

Segundo Hayd et al., (2008) afirmam, que é fato o aumento nas taxas de mortalidade causados por doenças degenerativas, relacionados a problemas nutricionais, na gestação e no período perinatal em Roraima. Entre as principais causas de óbitos permanecem as infecções respiratórias agudas, as doenças diarreicas e as causas externas. O grupo das causas mal definidas inclui os óbitos atribuídos a doenças indígenas.

Assim, os padrões de morbimortalidade da população indígena em Roraima não contrapõem o cenário epidemiológico nacional que se encontra em transição, no qual se incluem as doenças crônicas não transmissíveis; as “doenças sociais” como o alcoolismo, os transtornos psiquiátricos, o suicídio e as mortes por causas externas vêm sendo reportadas como as causas de mortalidade crescentes entre os indígenas no Brasil. O alcoolismo e o suicídio, entre os grupos indígenas no Brasil, são problemas complexos, potencializados pelo processo de interação com a sociedade envolvente, que muitas vezes promove a desestruturação sociocultural e econômica dos grupos nativos. As chamadas doenças sociais necessitam de uma abordagem interdisciplinar (HAYD et al,2008; BASTA et al, 2012).

3.4 A promoção da saúde como uma racionalidade para qualidade de vida

A palavra prevenir em Ferreira (2003) significa “preparar, chegar antes de, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. No caso da saúde, especificamente, relaciona-se a evitar doenças. As ações de prevenção se orientam, portanto, para o “controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de enfermidades específica, sendo seu foco a doença” (BUSS, 2009, p.33).

O termo promover traz como significado dar impulso a fomentar, originar, gerar

(FERREIRA, 2003), e tratando-se da saúde refere-se ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. (...). Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. “Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Segundo Rabello (2010), a promoção da saúde atualmente exige que os cuidados em saúde transcendam as concepções da biomedicina, tanto no âmbito clínico como na saúde pública, buscando continuamente sua construção e reconstrução de acordo com as perspectivas dos pacientes, do sentido de suas experiências as quais condicionam e situam sua realidade, e através do ponto de vista da gestão do Estado implica levar em conta a contribuição política da sociedade civil organizada.

Corroborando com esses conceitos, Czeresnia (2009) enfatiza que a ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. A mesma vai além de uma aplicação técnica e normativa, pois não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle.

Buss (2000) discute a contribuição da promoção da saúde como campo de conhecimento e de prática para a qualidade de vida, trazendo como essência da discussão os conceitos que aproximam promoção da saúde e qualidade de vida, bem como algumas estratégias e iniciativas capazes de operacionalizar sua interação. Para o autor, a nova concepção de saúde que a identifica com bem-estar e qualidade de vida ultrapassam as barreiras estáticas do conceito de doença, sendo importante a sua construção separadamente, pois a saúde atual é compreendida como um estado dinâmico, produzida pelos determinantes sociais. Daí o conceito ampliado de saúde como resultante das condições de moradia, educação, transporte, acesso a bens e serviços essenciais, lazer, entre outros. Contraria o conceito anterior da saúde como mera ausência de doenças, ou como a visão utópica do completo bem-estar físico, mental e social da OMS.

A promoção da saúde, portanto, insere-se no debate da transformação social e no desenho de políticas e ações integrais que possibilitem alternativas de desenvolvimento, o que enfatiza a importância do Estado e da sociedade civil na consecução de suas propostas. Neste sentido, ela defende a autonomia dos sujeitos, o empoderamento e a participação social em todo seu processo, tanto em nível macro, como nas micro-agências de poder (RABELLO, 2010).

Inserindo a Promoção da saúde no campo de discussão do processo educacional, verifica-se que há um reconhecimento internacional da necessidade de mudança na educação de profissionais de saúde frente à inadequação do aparelho formador em responder às demandas sociais (CIRYNO; PEREIRA, 2004), o que reflete essencialmente

nos processos de trabalho dos profissionais na sua atuação. Tal fato tem estimulado as instituições a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade e a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde.

O processo de mudança da educação traz inúmeros desafios, entre os quais romperem com as estruturas cristalizadas e modelos de ensino tradicional e formar profissionais de saúde com competências que lhes permitam recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos (CIRYNO; PEREIRA, 2004).

Barba, Martinez e Carrasco (2003) defendem que uma visão intersetorial poderá se constituir em um caminho, quando se objetiva a promoção da saúde e educação no Brasil. Saúde, educação e desenvolvimento são conceitos que não podem caminhar sozinhos.

Buss (1999) ressalta que no Brasil, a transição demográfico-epidemiológica caracteriza-se pela prevalência cada vez mais elevada de doenças e fatores de risco relacionados com os estilos de vida, exigindo a transformação do modelo assistencial, com a maior oferta de serviços e ações preventivas e de promoção da saúde baseadas em evidências, o que inclui iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação.

3.5 O câncer de colo úterino e a mulher indígena

O câncer de colo do útero é caracterizado pelas transformações desordenadas intraepiteliais progressivas que podem desenvolver um processo invasor lento que levar vários anos (10 a 20 anos). É uma doença com maior potencial de cura, é prevenível por meio da citopatologia oncológica e, graças à essa lenta progressão, é possível a sua detecção precoce de lesões pré-malignas ou malignas e o seu tratamento oportuno (PEREIRA, et al, 2011; KUSCHNIR; SILVA, 2015).

A incidência do colo de útero aumenta progressivamente até seu pico na faixa etária de 45 a 50 anos, e a mortalidade aumenta a partir dos 40 anos de vida. E apresenta-se associado à infecção constante por alguns subtipos do Papilomavírus Humano (HPV), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

A infecção pelo HPV é muito comum, e estima-se que a maioria das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Mas, o câncer é desfecho raro, e, na maioria das vezes, a infecção é transitória e regride espontaneamente entre seis meses a dois anos após a exposição (INCA, 2014).

Sobre a saúde da mulher, houve um rápido crescimento e avanço nos estudos na literatura brasileira, no início deste século, que destacam as relações de gênero, saúde sexual, anticoncepção, epidemiologia de doenças sexualmente transmissíveis, câncer ginecológico, tabagismo, entre outros. Mas existem muitos poucos estudos, sobre os grupos étnicos/ raciais específicos, sendo que na sua maioria trabalham com mulheres negras (PEREIRA, et al, 2011).

Para o controle do câncer de colo do útero são fundamentais as ações para sua detecção precoce que consistem no rastreamento e o diagnóstico precoce, com seguimento/acompanhamento e tratamento das lesões. O rastreamento (screening) para o câncer consiste na aplicação de um teste ou exame numa população assintomática (aparentemente saudável), com o objetivo de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhá-las para investigação e tratamento. O rastreamento pode ser de base populacional, quando toda a população alvo de um país é buscada, ou oportunístico, quando se aproveita a procura por ações e serviços de saúde (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

O Ministério da Saúde estabelece que o método principal para o rastreamento é o exame Papanicolau (citopatológico do colo do útero). O rastreamento realizado no Brasil é do tipo oportunístico, em que esperam as mulheres procurarem os serviços de saúde. Conforme as diretrizes nacionais, o exame deve ser oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, em que já tiveram relações sexuais, com realização do exame uma vez por ano e, após dois exames consecutivos com resultados negativos, a cada três anos (KUSCHNIR; SILVA, 2015, BRASIL, 2002, OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Há uma grande relação entre a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero e piores condições de vida, aliadas as dificuldades de acesso as ações e serviços de saúde. A promoção da saúde perpassa por intervenções que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, que garantam a acessibilidade à informação e à atenção integral à saúde (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

Corroborando, Oliveira (2015), Marrone; Marrone (2010); Albring (2006) afirmam que existe uma escassez de dados sobre a distribuição dos diferentes tipos de câncer entre as populações indígenas brasileiras na literatura científica. Em relação a ausência de análises científicas sobre as condições de saúde dessas específicas populações, pode-se pensar que uma justificativa possível, poderia ser as dificuldades geográficas e socioeconômica que a população indígena tem para ter acesso aos serviços de saúde, havendo assim uma subnotificação dos dados de incidência do câncer (OLIVEIRA, 2015).

Neste sentido, os estudos sobre a saúde da mulher indígena são escassos, e quando são realizadas, em sua maioria, acontecem com populações indígenas da região Amazônia. Os resultados dessas pesquisas mostram, um quadro alarmante, caracterizado por elevadas prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, lesões ginecológicas de etiologias variadas, mastopatias, além de queixas generalizadas de dores do baixo ventre, dispareunia e leucorréia (COIMBRA JR; GARNELO, 2004; MARTINS; THULER; VALENTE; 2005).

Contudo, ao se considerar a diversidade étnicocultural dos povos indígenas não se pode generalizar os resultados dessas pesquisas para as demais comunidades/aldeias/etnias do Brasil (COIMBRA JR; GARNELO, 2004). Esses povos estão distribuídos por todo o território nacional, e se dividem em várias etnias, com características sociais, culturais e econômicas distintas. Alguns estudos com a população indígena, descrevem que algumas

etnias apresentam uma resistência em participar dos programas de prevenção, como campanhas de imunização e exame preventivo de câncer do colo uterino (PEREIRA, et al, 2011).

Em um estudo sobre a prevalência de alterações citológicas cervicais em indígenas do extremo norte da Amazônia brasileira demonstrou uma elevada prevalência de lesões intraepiteliais cervicais e câncer do colo do uterino entre as mulheres Yanomami, mais isoladas geográfica e culturalmente, que as mulheres das etnias Macuxi e Wapichana do Distrito Sanitário Especial Leste de Roraima, apresentaram maiores prevalências de lesões citológicas. A maior proporção de mulheres rastreadas pela primeira vez na etnia Yanomami sugere a ocorrência de baixa cobertura do exame preventivo nesse grupo (FONSECA, et al, 2014).

Vários estudos afirmam, que infelizmente o câncer é uma das principais causas de morte nas populações não indígenas, principalmente em países desenvolvidos. Mas mesmo os indicadores de saúde indicarem uma baixa incidência de câncer em indígenas, essas populações tem os piores desfechos, com maior mortalidade, quando comparadas com populações não indígenas vivendo no mesmo país (AGUIAR JR et al, 2016).

O aumento de estudos científico sobre a saúde da mulher indígena e sua relação sobre o controle e prevenção do câncer do colo uterino (CCU) poderá contribuir para o aprimoramento das estratégias de prevenção e tratamento desta doença (CCU) e para o a fundamentação de um planejamento de saúde adequado, que promova o aprofundamento para o conhecimento sobre as causas do câncer e sobre elas buscar ações que permitam a e melhoria de acesso integral aos serviços de saúde na sua região e com a oferta de uma atenção de qualidade para a mulher indígena.

4 | METODOLOGIA DE PESQUISA

Este estudo será uma pesquisa bibliográfica. Marconi e Lakatos (2010, p.142), afirmam que “a pesquisa bibliográfica é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema”.

O procedimento de coleta de dados, se constituirá de uma análise de dados secundário pois utilizara dados já informados do Sistema DATASUS (SISCOLO), e da revisão da literatura, pois fará uso de materiais já elaborados: livros, artigos científicos, revistas, documentos eletrônicos e enciclopédias na busca e alocação de conhecimento sobre a/o prevenção do câncer do colo uterino e a saúde da mulher indígena na Amazônia Setentrional Brasileira, no período de 2010 a 2016.

Trata-se ainda de uma revisão integrativa, pois fará a relação do conhecimento das abordagens já trabalhadas por outros autores. A revisão integrativa contém a apreciação de estudos relevantes que oferecem apoio para a tomada de decisão e a melhoria da

prática clínica, permitindo a composição do conjunto da racionalidade de um determinado assunto, além de assinalar espaços do conhecimento que necessitam ser atestadas com a efetivação de análises originais. Este processo de pesquisa admite a síntese de múltiplos desenhos publicados e possibilita terminações gerais a reverência de uma particular área de estudo. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.1 Discussão e análise dos resultados

A seguir nesta primeira sessão serão apresentados os dados secundários obtidos para refletir sobre a magnitude do câncer do colo do útero no Brasil, Região Norte e no Estado de Roraima, e em uma segunda sessão serão apresentados os dados obtidos sobre a literatura pesquisada para a análise integrativa.

4.1.1 Análise da situação de saúde

Os estudos epidemiológicos sobre os indicadores demográficos e de morbimortalidade tem o objetivo de elaborar os “diagnósticos de saúde”, uma prática antiga nos serviços de saúde, mas por vários motivos, nas últimas décadas essa atividade foi sendo abandonada ou reduzida no nosso país, ocasionando evidentes prejuízos a um apropriado desempenho dos serviços de saúde. No entanto, recentemente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem buscado a retomada dessa atividade (análise da situação de saúde), estimulando a utilização ampla da epidemiologia para o acompanhamento e análise sistemática da evolução de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde, para melhor compreensão dos determinantes das condições de saúde da população.

A análise da situação de saúde nos oferece uma ideia das profundas modificações ocorridas em nosso país nos últimos sete anos e das repercussões que essas mudanças deveriam determinar nas prioridades a serem observadas pelas políticas implementadas pelo setor da saúde e relacionadas com a promoção da saúde e prevenção do câncer do colo do útero.

INDICADORES	2010	2016
População total	190.755.799	206.081.432
Taxa de fecundidade	1,87	1,72 (2015)
Crescimento populacional anual (%)	1,64% (1991/2000)	1,17% (2000/2010)
Pop. de < 5 anos (milhões)	9,05	7,59
Taxa de analfabetismo (Brasil)	9,4	8,0 (2015)
Nível de Escolaridade da população com pelos menos um curso de nível superior completo	4,4 (2000)	7,9 (2010)
% de domicílios com água	168.370.893 (2000)	189.461.396 (2010)
Óbito infantil por diarreias	632	394 (2015)
Óbitos por Causas Evitáveis em menores de 5 anos/ Brasil	46.877	29.700 (2015)
Óbito por doenças infecciosa outras e as NE	126	134
PIB per capita	20.371,64	26.445,72 (2013)
% de idosos (60 anos e +) na pop.	20.590.599	20.889.849 (2012)
Razão de dependência	53,54%	48,77% (2012)
Renda familiar per capita (em R\$)	767,02 R\$	1,226,00 R\$

TABELA 1. Evolução de alguns indicadores sociais, demográficos e de saúde no Brasil, nas décadas de 2010 (com variações para de 1991, 2000) e 2016 (com variações de 2010, 2012,2013 e 2015).

Fontes: 1980, 1991, 2000 e 2010: IBGE - Censos Demográficos; 1996: IBGE - Contagem Populacional; IBGE, Censo Demográfico 1940/2010; 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; 2007-2009: IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2011-2012: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus; IBGE-Estimativa populacional; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>

Esse quadro de contínuas modificações salienta a relevância da capacitação dos serviços de saúde para a análise e interpretação desses indicadores à luz, por exemplo, do conceito como o de “transição epidemiológica” (mudança do perfil epidemiológico) (WALDMAN, 1998). Com baseamento nesse conceito, busca-se compreender as profundas mudanças que ocorreram nos padrões de morbimortalidade nas últimas décadas. Entre elas a queda da mortalidade infantil e a significativa diminuição da morbimortalidade pela doença diarreica, que repercutiram, por exemplo, no aumento da “esperança de vida”.

Com o aumento do envelhecimento da população nas últimas décadas, no Brasil, nota-se mudanças nas causas de mortalidade e morbidade, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. E esse processo engloba, basicamente, três mudanças: - o aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis (o câncer é uma das doenças não transmissíveis que impactam nas transformações do perfil de adoecimento da população brasileira) e pelas causas externas; a condução da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais

idosos; e a alteração de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra na qual a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde (INCA, 2017).

A contemporaneidade trouxe a urbanização, a industrialização e a maior expectativa de vida da população, sendo estes os principais fatores que colaboram para o aumento de novos casos de doenças-crônico-degenerativas, entre elas o câncer. Estes fatores favorecem o aumento de agentes cancerígenos ambientais, contribuindo para uma maior exposição dos seres humanos a esses agentes. Os modos de vida adotados em relação ao trabalho, nutrição e consumo, aliados ao sedentarismo, expõem os indivíduos a fatores ambientais mais agressivos, como por exemplo, a agentes químicos, físicos e biológicos resultantes de um processo de industrialização cada vez mais evoluído, aumentando a incidência de câncer (NASCIMENTO et al, 2015).

Vários estudos científicos afirmam que hoje nos países desenvolvidos, o câncer é a principal causa de morte nas populações não-indígenas. As doenças transmissíveis (DT) persistem como uma causa importante de morbimortalidade em países em crescimento econômico, principalmente entre populações de baixa renda. Mas, as mudanças no modo de viver introduzidas pelo desenvolvimento econômico e a globalização levaram à emergência concomitante das doenças não-transmissíveis (DNT). Este fenômeno de sobreposição, denominado tripla carga de doença (doenças transmissíveis e desnutrição; as causas externas; doenças crônico-degenerativas) reflete o cenário epidemiológico atual de transição epidemiológica em diversas comunidades indígenas do mundo todo (AGUIAR JR et al, 2016).

Esta incidência do câncer na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira, pode ser devido há vários fatores, entre eles, pode-se citar: - a exposição a agentes cancerígenos relacionados aos modos de vida adotados em relação ao trabalho, à alimentação e ao consumo, a fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) resultantes de mudanças no estilo de vida das pessoas e do processo de globalização industrial; - a ampliação da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, verifica-se: - uma redução do número médio de filhos (nascidos vivos) por mulher em idade reprodutiva; - um progresso das condições econômicas e sociais, refletindo também na melhoria de saneamento das cidades; - um maior avanço das ciências médicas e no uso de antibióticos e vacinas; - um melhor refinamento dos métodos para se diagnosticar o câncer; - uma ampliação do número de óbitos pela doença; - um avanço da qualidade e do registro da informação (INCA, 2017).

Esses avanços no tratamento e informações sobre o câncer na sociedade ocidental passou nas últimas décadas por um grande avanço. Fato que nas populações diferenciadas como as indígenas, infelizmente não ocorreu na mesma velocidade. No caso das mulheres indígenas, nota-se que a saúde feminina perpassa por mudanças socioculturais e ambientais que se processam em praticamente todas as comunidades indígenas e alerta para uma elevada incidência de doenças crônicas-degenerativas, como o câncer, em decorrência do

contato cada vez maior com a sociedade ocidental (FONSECA et al, 2014).

De acordo com o INCA e alguns estudos, mais de 70% das pacientes diagnosticadas com câncer de colo do útero apresentam a doença em estágio avançado já na primeira consulta o que limita, em muito, a possibilidade de cura. Embora o Brasil tenha sido um dos primeiros países no mundo a introduzir a citologia de Papanicolau (PCCU) para a detecção precoce do câncer de colo uterino, esta doença continua a ser um sério problema de saúde pública (INCA 2005).

Fazendo a análise por região da quantidade de exames PCCU realizados por região do país no período de janeiro a dezembro de 2015 (Tabela 1), pode-se observar uma disparidade da realização de rastreamento dessa doença no país:

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	QUANTIDADE
REGIÃO NORTE	125.355
REGIÃO NORDESTE	225.585
REGIÃO SUDESTE	560.039
REGIÃO SUL	632
REGIÃO CENTRO-OESTE	66.520
TOTAL	978.131

TABELA 2: Quantidade de Exames Citopatológico Cérvicovaginal e Microflora segundo Região de residência, faixa etária de 25 a 64 anos, no período de Jan-Out/2015.

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/ver4/DEF/Brasil/BRCCOLO4.def>

De acordo com as estimativas da incidência de câncer no Brasil de 2016-2017, o câncer de colo do útero para o ano de 2016, no Brasil, são esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. A região com maior estimativa de casos novos de neoplasias malignas do colo do útero, e a região norte com uma taxa bruta de 24/100.000 mulheres, em segundo lugar estão a região centro oeste com 21/100.000 mulheres e a região nordeste com 19/100.000 mulheres; em terceiro está a região sudeste com 11/100.000 mulheres; e finalmente em quarta posição está a região sul com 16/100.000 mulheres (FIGURA.1).

Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação - Neoplasia Maligna do Colo do Útero



Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil - Estimativa 2016

FIGURA 1: Representação espacial das taxas brutas de Incidência por 100 mil mulheres, estimadas para o ano de 2016, segundo Unidade da Federação – Neoplasia do Colo do Útero.

Observa-se com essa representação espacial (Figura 1) sobre a incidência do câncer do colo do útero no Brasil, uma grande variação regional, em que as regiões norte (1ª posição) e as regiões centro-oeste e nordeste (2ª posição) são as que apresentam maiores incidência segundo a estimativa de câncer no Brasil de 2016 (INCA, 2016), fenômeno que pode estar associado as condições sociais e econômicas, geográfica e na questão do acesso aos serviços e a organização da linha de cuidado que afeta diretamente a integralidade da atenção.

A evolução desse cenário deve ser acompanhada com atenção por todos os profissionais que assessoram ou decidem a respeito de políticas de saúde. Pois havendo tanta dificuldade para fazer um atendimento adequado nessas regiões, devido as dificuldades de acessibilidade geográfica, entre outros fatores, pode-se ainda pensar que esse quadro é ainda mais grave devido as subnotificações dos serviços. Essas demanda da população, implicam nas características da demanda dos serviços de saúde, que geraram necessidades de desenvolvimento de novas especialidades e de modificações da infraestrutura e equipamentos, estratégias e organizações nos processos de trabalho para organizar essa linha de cuidado nos serviços de saúde.

Período	Total de óbitos	Total de óbitos por câncer de colo de útero	%
2010	487137	4986	1,02
2011	504415	5160	1,02
2012	509885	5264	1,03
2013	523195	5430	1,04
2014	532362	5448	1,02

TABELA 3: Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de COLO DO UTERO, mulheres, Brasil, entre 2010 e 2014.

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM
MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE
MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Região	Período	Total de óbitos	Total de óbitos por câncer de colo de útero	%
NORTE	2010	24438	573	2,34
	2011	26056	632	2,43
	2012	27258	673	2,47
	2013	27365	724	2,65
	2014	28447	756	2,66
Região	Período	Total de óbitos	Total de óbitos por câncer de colo de útero	%
NORDESTE	2010	119642	1484	1,2
	2011	127576	1611	1,26
	2012	129330	1678	1,30
	2013	133741	1692	1,27
	2014	134497	1762	1,31
Região	Período	Total de óbitos	Total de óbitos por câncer de colo de útero	%
CENTRO -OESTE	2010	28840	414	1,44
	2011	29468	385	1,31
	2012	30785	391	1,27
	2013	31351	409	1,30
	2014	32717	423	1,29
Região	Período	Total de óbitos	Total de óbitos por câncer de colo de útero	%
SUDESTE	2010	236332	1837	0,78
	2011	241027	1811	0,75
	2012	242316	1774	0,73
	2013	247423	1843	0,74
	2014	253403	1774	0,70

Região	Período	Total de óbitos	Total de óbitos por câncer de colo de útero	%
SUL	2010	77885	678	0,87
	2011	80288	721	0,90
	2012	80196	748	0,93
	2013	83315	762	0,91
	2014	83298	733	0,88

TABELA 4: Mortalidade proporcional não ajustada por câncer de COLO DO UTERO, mulheres, por região do Brasil, entre 2010 e 2014.

Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo01/consultar.xhtml#panelResultado> Acesso em 11/10/2017

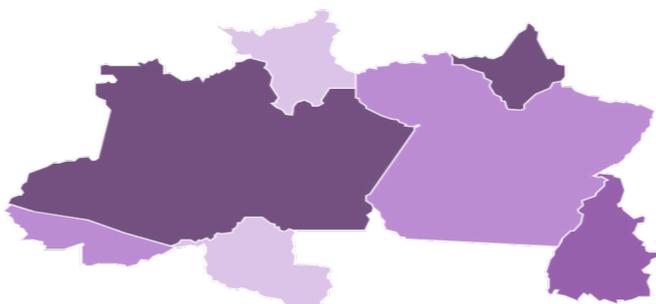


FIGURA 2: Representação espacial das taxas brutas de mortalidade por câncer de COLO DO UTERO, por 100.000 mulheres, pelas unidades da federação da região Norte, entre 2010 e 2014.

Fontes: MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade/SIM
 MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE
 MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

formModelo06Lin

Legenda:

Acre	Taxa bruta de 7,27 para cada 100.000 mulheres
Amapá	Taxa bruta de 9,23 para cada 100.000 mulheres
Amazonas	Taxa bruta de 14,15 para cada 100.000 mulheres
Pará	Taxa bruta de 6,77 para cada 100.000 mulheres
Rondônia	Taxa bruta de 4,94 para cada 100.000 mulheres
Roraima	Taxa bruta de 4,64 para cada 100.000 mulheres
Tocantins	Taxa bruta de 7,73 para cada 100.000 mulheres

Com a figura 2 e as tabelas 3 e 4, observa-se que a incidência e a mortalidade no Brasil são bem expressiva, e com clara desigualdade entre as regiões do país. A região norte quando comparada as outras região, obtém os maiores índices. Chama-se atenção o estado do extremo norte do Brasil, Roraima (4,64/10⁵ mulheres) com o menor taxa bruta

de mortalidade, e os Estados do Acre (7,27/10⁵ mulheres) e do Amapá (9,23/10⁵ mulheres) territórios relativamente pequenos quando comparados a extensão territorial do Estado do Pará e do Amazonas, os mesmos apresentam uma taxa de mortalidade bem expressiva ficando somente atrás do Estado do Amazonas (14,15/10⁵ mulheres) que possui uma dimensão territorial muito maior, mais também a fatores como a situação socioeconômica, escolaridade e gestão e organização desses serviços que devem ser consideradas também para uma análise mais significativa.

Em relação a situação socioeconômica do Brasil, houve nas últimas décadas uma melhora bem significativa dos indicadores que expressão a relação das condições de pobreza, como por exemplo, a mortalidade infantil, os óbitos infantis por diarreia e o acesso a água encanada, tem mostrado melhorias de forma favorável nas duas últimas décadas em todo o país. Entretanto, há que se notar que os indicadores de saúde observados nas áreas urbanas do Norte, Nordeste e Centro-oeste, estão muito a quem do esperado, daquelas observadas no sul e sudeste, como também a organização dos serviços de saúde (MEDRONHO, 2009).

Frequência por Faixa Etária (13) segundo Neoplasias – 2014												
Neoplasias	<1 a	5-9a	10-14a	15-19 ^a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e+	Total
C50 Neopl maligna da mama	0	0	0	0	0	0	3	5	1	2	1	12
C53 Neopl maligna do colo do útero	0	0	0	0	0	5	3	3	2	2	0	15
C55 Neopl maligna do útero por cao NE	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	5
Total	0	0	0	0	0	5	6	9	5	6	1	32
Frequência por Faixa Etária (13) segundo Neoplasias – 2015												
C50 Neopl maligna da mama	0	0	0	0	0	1	6	6	2	1	0	16
C53 Neopl maligna do colo do útero	0	0	0	0	1	0	0	2	5	2	2	12
C55 Neopl maligna do útero por cao NE	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	5
Total	0	0	0	0	1	1	6	10	8	4	3	33

TABELA 5: Frequência por Faixa Etária segundo Neoplasias – 2014, 2015 no Estado de Roraima:

Frequência por Faixa Etária (13) segundo Neoplasias – 2016											
Neoplasias	1-4 ^a	10-14 ^a	15-19 ^a	20-29 ^a	30-39 ^a	40-49 ^a	50-59 ^a	60-69 ^a	70-79 ^a	80 e+	Total
C50 Neopl. Malig. da mama	0	0	0	0	0	5	7	5	1	0	18
C53 Neopl malig do colo do útero	0	0	0	0	2	2	1	2	1	1	9
C55 Neopl malig do utero porcao NE	0	0	0	0	0	3	3	3	0	2	11
Total	0	0	0	0	2	10	11	10	2	3	38

TABELA 6: Frequência de óbitos por Faixa Etária segundo Neoplasias – 2014, 2015,2016 no Estado de Roraima:

Nas tabelas 5 e 6, as informações fornecidas pela SESA/RR (2017), observa-se que a mortalidade do câncer de mama é maior a partir dos 50 anos e do câncer do colo de útero é maior na faixa etária a partir dos 40 anos nos três períodos analisados. Evidência que está corroborando com as orientações do Ministério da saúde em relação ao público-alvo das ações de rastreamento do programa de controle do câncer de mama e colo de útero que são respectivamente: 50 a 59 anos e 25 a 64 anos (KUSCHNIR; SILVA, 2015).

Fonseca et al (2010), afirma que um dos principais fatores de risco para o câncer é a idade. Mais, a demografia do Estado de Roraima apresenta uma pequena participação de idosos (≥ 65 anos), em relação a todos os cânceres no Brasil em 2008/2009, quando comparada à média nacional e pode explicar a menor incidência desses tipos de agravos em Roraima. Porém, em relação a incidência do CCU em Roraima é o único que destacar-se em relação ao cenário nacional e regional.

Existe uma clara correlação entre incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e piores condições de vida, aí incluídas as dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde. A promoção, portanto, passa por ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, e, mais especificamente, garantam o acesso à informação e à atenção integral à saúde.

Para que, consiga-se melhores condições de saúde e bem-estar para a população brasileira, principalmente para as populações com maior vulnerabilidade social, quaisquer que sejam as políticas de saúde implementadas daqui para a frente, elas deverão ser fundamentadas numa análise criteriosa da evolução desses indicadores, usando como instrumento para análise a epidemiologia. A introdução do acompanhamento de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde nas rotinas dos serviços locais e da análise periódica desses dados à luz do método epidemiológico, permitirá o aprimoramento da aplicação dos recursos disponíveis e um maior impacto dos programas desenvolvidos e

consequentemente uma maior promoção da saúde e prevenção das doenças.

4.1.2 Dados obtidos na revisão integrativa

Na Pesquisa Baseada em Evidências, a revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa bastante utilizados, pois permite a incorporação das evidências na prática clínica, pois busca reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa de pesquisa, através do seguinte problema: Qual é a real situação de saúde da mulher indígena em relação ao câncer de colo uterino?

Para tentar responder a esse problema, foram utilizados artigos de periódicos indexados na base de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scielo e no Google Acadêmico, como também trabalhos acadêmicos (monografias de graduação e pós-graduação, dissertações e teses). Os descritores utilizados foram: saúde indígena, câncer do colo do útero ou uterino, região norte, região amazônica, promoção da saúde, mulher indígena. E dentro de cada descritor, procurou-se ler os resumos, e buscou-se a referência ao termo mulheres indígenas. Foram excluídos os títulos repetidos e os que não estavam no período de 2010-2016.

Foram incluídos no estudo os artigos publicados, e trabalhos acadêmicos como dissertações e teses de doutorado no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016. Os estudos foram analisados e através dos dados constantes nos mesmos, descreveu-se as informações dos autores em relação a sua pesquisa, levando em consideração na descrição: o objetivo da pesquisa, a metodologia utilizada, a amostra do estudo (sujeitos), os principais resultados e as considerações finais de cada estudo.

A seguir são apresentados os artigos selecionados na revisão integrativa. Na tabela 7, são apresentados os 14 artigos publicados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, que constituem a amostra deste estudo.

Nº do Artigo	Título	Autor (s)	Ano
01	Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS	FONSECA, A J et al	2010
02	Prevenção do câncer do colo do útero na população feminina do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Unifesp.	PEREIRA, E R.	2011
03	Morbidade por câncer de colo uterino em mulheres da reserva indígena no Mato Grosso do Sul.	PEREIRA, J C et al.	2011
04	Representações sociais de mulheres indígenas terenas do complexo indígena da Cachoeirinha do município de Miranda/MS sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero [Monografia de Especialização]	FERNANDES, L R	2011
05	Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres indígenas e não-indígenas no Brasil, 2008-2011.	SOLÉ PLA, et al	2012
06	Prevalência das Lesões Precursoras de Câncer do Colo Uterino nas Adolescentes e Jovens da Amazônia [Dissertação de mestrado].	ARCOVERDE, L C	2013
07	Clinical and evolving features of women diagnosed with precancerous cervical lesions, screened and treated in the Amazon region of Brazil	PRADO; P R et al	2014
08	Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira	FONSECA, A J et al	2014
09	Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo Papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central	RODRIGUES, D A et al	2014
10	Saúde Sexual, Reprodutiva e Aspectos Socioculturais de Mulheres Indígenas	PEREIRA, E R et al	2014
11	Saúde e Qualidade de Vida da Mulher Indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013.	Neto, R O N; Silva, G M	2014
12	Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil	SPECK et al	2015
13	Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil	NASCIMENTO, et al	2015
14	Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras	AGUIAR JR et al	2016

TABELA 7: Artigos publicados no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2016, que constituem a amostra deste estudo.

FONTE: SESAU/RR/2017

Através da análise do quadro 4, observa-se que o maior número de publicações sobre o tema a prevenção do câncer do colo do útero e saúde das mulheres indígenas ocorreu nos anos de 2011, 2014 e 2015, com 03; 05; 03 trabalhos publicados em cada ano respectivamente. Percebe-se que existem poucas quantidades de estudos com as mulheres indígenas nos anos estudados, o que pode estar relacionado a burocracia, e aos tramites políticos, éticos e sociais; aos poucos investimentos para estudos que incluam

populações indígenas ou por questões logísticas já que, em sua maioria, os aldeamentos indígenas são de difícil acesso geográfico.

Após leitura dos estudos e de seus objetivos identificou-se os seguintes temas abordados: câncer de mama, câncer do colo uterino, exames citopatológicos, saúde indígena, falta de informações, educação e saúde, impacto econômico, estratégias, práticas e políticas públicas em saúde. Todos esses temas passam a ser apresentados abaixo, com a contemplação dos estudos analisados e seus principais resultados:

(1) Segundo Fonseca e colaboradores (2010), afirmam que o controle do câncer do colo do útero (CCU) ainda é um desafio para a região Norte do Brasil. Com uma estimativa de 23 casos novos por 100 mil mulheres, a região Norte é a única do Brasil em que o câncer de colo uterino supera o câncer de mama, e está em primeiro lugar dos tipos de cânceres femininos mais incidentes (INCA, 2010). No estado de Roraima, esse problema parece ter maior abrangência. Não obstante haver uma escassez de registros científicos ou oficiais dessa incidência no Estado, suspeita-se que o CCU tenha uma magnitude ainda maior. Os objetivos foram: avaliar a incidência, a magnitude e o impacto econômico direto do CCU em Roraima, no ano de 2009, e analisar o perfil epidemiológico e socioeconômico das pacientes portadoras dessa doença. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, composto por uma parte retrospectiva e outra prospectiva. Retrospectivamente foram avaliados todos os laudos histopatológicos emitidos em Roraima em 2009 foram revisados, assim como os prontuários de pacientes femininas em tratamento oncológico. Foram registrados dados clínicos e procedimentos médicos (terapêuticos e diagnósticos) realizados em pacientes portadoras de CCU no único centro de tratamento oncológico do Estado de Roraima. Portadoras de CCU tratadas no Sistema Único de Saúde (SUS) de Roraima foram submetidas a entrevista abordando temas socioeconômicos e fatores de risco. Registrou-se 90 casos de CCU e lesões pré-malignas de alto grau. Roraima possui a maior incidência de CCU do Brasil (46,21 casos/100.000 mulheres), sendo 3 vezes mais incidente que o de mama e comparável a países subdesenvolvidos de baixa renda. O perfil epidemiológico revela pacientes com privação econômica, socialmente desfavorecidas, baixa escolaridade, sexarca precoce (média de 13,8 anos), multiparidade (média de 5,5 gestações). Das pacientes estudadas, 71,7% nunca haviam realizado o teste de Papanicolau, e o desconhecimento foi o motivo mais relatado (47,4%). Como problema de saúde pública, o manejo do CCU gera gastos anuais diretos de mais de R\$ 600 mil, com custo médio por paciente de R\$ 8.711,00. O CCU é o câncer mais incidente em mulheres roraimenses e um grave problema de saúde pública no Estado. Seu elevado impacto econômico favorece a implantação de medidas preventivas do ponto de vista de custo-efetividade. O perfil da pacientes revela a ineficiência dos serviços preventivos em alcançar pacientes com perfil de exclusão socioeconômico e alto risco para o câncer de colo uterino. (FONSECA, et al, 2010).

(2) Pereira, (2011), em sua tese de doutorado, objetivou-se em descrever e analisar a

prevenção do câncer do colo do útero Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, nos períodos de 2005 a 2006. É uma pesquisa observacional, transversal, retrospectivo, realizado por meio de coleta de dados das ações de prevenção do câncer do colo do útero no âmbito do projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A amostra foi 503 mulheres indígenas com idade superior a 12 anos e história de vida sexual, pertencentes a sete etnias que residiam nas regiões do Médio, Baixo e Leste Xingu. A coleta de análise de dados foi constituída a partir de três ações: rastreamento do câncer de colo uterino realizado do mês de outubro a dezembro de 2005, colposcopia em fevereiro de 2006 e cirurgias por ondas de radiofrequência (CORAF), conização clássica e histerectomia em maio de 2006. A cobertura do exame citopatológico no Xingu no ano de 2005, foi de 99,6%. A idade das pacientes variou de 12 a 75 anos de idade, com mediana de 25 anos, com predominância de (61,4%) de jovens na faixa etária de 12 aos 29 anos. Foram identificados 59 casos (11,7%), com atipias citológicas distribuídas da seguinte forma: 3,0% de células escamosas atípicas citológicas de significado indeterminado (ASC-US); 2,3% de células escamosas atípicas não podendo descartar a lesão de alto grau (ASC-H); 1,4% de células glandulares atípicas (AGC); 3,0% de lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LBG); 1,6% de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (LAG); 2,0% de carcinoma espinocelular (CEC); 0,2% de adenocarcinoma (ACA). Nos 58 exames colposcópicos, houve a predominância de epitélio acetobranco (81,4%). Verificou-se nos 43 exames anatomopatológicos de biopsia colposcopicamente dirigidas, 13 casos (30,2%) de LAG; 11 casos (25,6%) de LBG; e 19 casos (44,2%) como cervicite crônica. Houve predomínio da LAG (92,3%) na faixa etária de 20 a 49 anos; LBG (36,4%) na faixa etária de 12 a 19 anos e acima de 60 anos. Foi indicada a excisão de zona de transformação por CORAF, em 20 casos (44,2%) de LAG. Em 2 casos (4,6%) indicou-se a conização clássica e a histerectomia. O exame citopatológico mostrou sensibilidade de 54%, especificidade de 97%, valor preditivo positivo de 88%, e valor preditivo negativo com 83%. A sensibilidade do exame anatomopatológico de biopsia foi de 72, 2%, a especificidade de 100%, valor preditivo positivo de 100%, e valor preditivo negativo com 44,4%. Os resultados foram um aumento da cobertura e qualidade dos exames citopatológicos, detecção precoce das lesões intraepiteliais cervicais, garantia de tratamento e seguimento de 100% dos casos detectados, aumento da resolutividade, redução significativa na ocorrência do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras.

(3) Pereira e colaboradores (2011), alertam que o tema da saúde da mulher indígena é pouco investigado, e as escassas pesquisas quando realizadas são, na maioria das vezes, com etnias situadas dentro da Amazônia. Este estudo teve como propósito conhecer a prevalência de lesões précancerosas e cancerosas de colo uterino e a cobertura do rastreamento por meio do exame Papanicolau em mulheres das aldeias Jaguapirú e Bororó, da Reserva Indígena de Dourados. Trata-se de uma análise ecológica transversal. Os dados foram coletados do Sistema de Informações de Saúde Indígena e do Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero do Pólo-Base de Dourados/FUNASA, referentes

ao período de 2004 a 2006. Os resultados demonstraram que o exame tem sido realizado mais em mulheres entre 15 e 34 anos; a cobertura do rastreamento aumentou na aldeia Jaguapirú e diminuiu na Bororó. Quanto às alterações citopatológicas, 5,7% dos exames em mulheres da aldeia Jaguapirú indicaram lesões pré-malignas; na aldeia Bororó esse resultado foi 2,9%. Evidenciou-se redução na gravidade das lesões cervicais no decorrer da implantação do programa de rastreamento. Estes achados indicam a importância dos programas de controle para a população estudada (PEREIRA, et al 2011).

(4) Fernandes (2011), em sua monografia de especialização, fez um trabalho realizado junto ao complexo indígena da Cachoeirinha, no município de Miranda, Estado de Mato Grosso do Sul, observou que existe um contingente considerável de mulheres que não realizam o exame preventivo do câncer do colo do útero – Papanicolau. A atenção para o problema foi despertada pelo fato de que se trata de grupo de risco, considerando as variáveis apontadas pelos estudos, como baixa escolaridade, hábitos de higiene não saudáveis, situação de pobreza e alto número de filhos. Assim, realizou-se pesquisa que deu origem ao trabalho, na tentativa de identificar o percentual de mulheres que realizam o exame, a periodicidade com que o realizam, e o porquê da não realização por parte de outras mulheres. Dentro do trabalho, foram identificadas as representações sociais dessas mulheres, permitindo verificar que as questões culturais estão entre as razões dessa não realização dos exames. Foram aplicados 52 questionários com perguntas fechadas e padronizadas e duas questões abertas. Foram entrevistadas 40 mulheres da Aldeia Cachoeirinha (sede do complexo) por ser a de maior número de habitantes, sete questionários na Aldeia Morrinho e cinco na Aldeia Lagoinha. A tabulação dos resultados, a experiência e as entrevistas complementares – concomitantes a aplicação do questionário, permitiram apresentar um capítulo de resultados e considerações capaz de explicar o problema. Encerrando, foram apresentadas propostas para inverter esse quadro Fernandes (2011).

(5) O quinto trabalho, SOLÉ PLA, et al, (2012), explicam que existem no Brasil 408.056 mulheres indígenas. Essa população é mais vulnerável aos agravos de grande magnitude, entre eles o câncer do colo do útero. Contudo existem poucos estudos sobre essa questão entre indígenas. O seu objetivo foi descrever o perfil dos exames citopatológicos realizados na população indígena brasileira em comparação a não indígenas. Trata-se de uma análise descritiva de frequência e proporção dos exames citopatológicos realizados entre mulheres indígenas e não indígenas registradas no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) segundo regiões de residência para o período de 2008 a 2011. Resultados: Entre 2008 e 2010, 8% dos exames citopatológicos realizados no país registraram a informação de cor/raça, sendo que em 2011 esta proporção aumentou para 12,4%. Em indígenas e não indígenas, respectivamente, foram realizados 11.964 e 3.738.707 exames satisfatórios; foram considerados insatisfatórios 1% e 1,2% dos exames; 74,9% e 77,2% dos exames foram realizados na faixa etária de 25 a 64 anos; 20% e

17,5% dos exames foram realizados abaixo dos 25 anos; 83,4% e 76,5% dos exames foram realizados no intervalo de 1 a 2 anos; 2,1% e 2,9% dos exames apresentaram-se alterados. A razão lesão de alto grau / câncer invasor do colo do útero passou de 11,5, em 2009, para 16,1, em 2011, em não indígenas e de 1,7 para 5,0 entre indígenas. Os dados evidenciam a importância do tema para as mulheres indígenas, sugerem dificuldade de acesso aos exames citopatológicos para esse grupo, e ressaltam a necessidade de melhoria da informação cor/raça no SISCOLO (SOLÉ PLA, et al, 2012).

(6) O sexto estudo é uma dissertação de mestrado de Arcoverde (2013), trata-se de uma análise de fatores correlacionados as elevadas taxas de lesões precursoras do câncer do colo de útero (CCU) em mulheres jovens e adolescente do estado de Roraima por meio da investigação dos dados referentes ao grau de lesão intraepitelial (LIE), intervalos de exames realizados, escolaridade, procedência e presença de infecções sexualmente transmissíveis com embasamento no Programa Viva mulher buscando estudar o perfil epidemiológico dessas mulheres. As lesões intraepiteliais de baixo grau (LIBG) foram encontradas em 3,6% das citologias realizadas no período de 2012 em Roraima. A prevalência de resultados alterados sugestivos de lesões intraepiteliais foi significativamente maiores nas mulheres mais jovens do que nas mulheres mais velhas (6,03% vs 3,01%, respectivamente; $p=0,0013$). A prevalência de lesões intraepiteliais de baixo grau (LIBG) foi maior em usuárias mais jovens quando comparadas com as mulheres maiores de 25 anos, estatisticamente significativa, (5,27% vs 1,96%, respectivamente; $p=0,0001$). Não houve diferença estatisticamente, significativa, entre a prevalência lesões intraepiteliais de alto grau (LIAG) no grupo de mulheres com as mulheres com até 25 anos e com mais de 25 anos de idade (0,75% vs 1,05%, respectivamente; $p=0,18$). Apesar da população indígena de Roraima corresponder a 15% do total da população do estado e também ser a maior população jovem do Brasil, estas mulheres não são atendidas em programas de rastreio específicos. Os resultados sugerem a necessidade de existir modificações e adequações dos programas para a inclusão de mulheres adolescentes e jovens, além de um melhor registros sobre a condição sanitária em relação ao câncer do colo do útero (CCU) na população indígena do estado (ARCOVERDE, 2013).

(7) O sétimo artigo, de PRADO, et al (2014), tem como propósito de análise determinar a dinâmica da lesão intraepitelial cervical (NIC) em mulheres tratadas que foram acompanhadas em uma coorte durante dois anos. Foi calculada a probabilidade condicional de falha usando o método de Kaplan-Meier e foram calculadas as hazard ratios (HR) bruta e ajustada para o risco de falha usando a regressão de Cox com valor de p de entrada $< 0,05$. Das 237 mulheres que foram tratadas, 51,5% foram acompanhadas por 24 meses e 21,9% delas tiveram falha no tratamento, apresentando recidiva da lesão cervical. Mulheres que tinham mais que cinco gestações (HR = 3,10; IC95%: 1,28-7,51) ou histológico de NIC II/III demonstraram risco independente para falha no tratamento (HR = 3,14; IC95%: 1,20-8,19) e estar em um relacionamento estável mostrou ser um fator

de proteção para falha de tratamento (HR = 0,47; IC95%: 0,24-0,89). A história de maior número de gestações e histológico de NIC II/III estão diretamente correlacionados com o risco de falha no tratamento, enquanto estar em um relacionamento estável é inversamente correlacionado ao risco (PRADO; P R et al, 2014).

(8) FONSECA, e colaboradores (2014) chamam atenção pela escassez de estudos sobre a prevalência e a incidência do câncer do colo do útero nas populações indígenas do Brasil, e principalmente das comunidades indígenas da região norte do país. Mais de 15% da populações indígenas do Estado de o de Roraima é formada por indígenas aldeadas, mas seu risco e vulnerabilidade ao câncer do colo do útero é desconhecido. Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de lesões citológicas pré-malignas ou malignas do colo do útero de indígenas aldeadas que estão subordinados aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) Leste e Yanomami, no extremo Norte da Amazônia Brasileira. Trata-se de um estudo descritivo. Foi realizada uma revisão dos registros e exames patológicos de mulheres indígenas aldeadas submetidas ao exame citopatológico na Casa de Saúde do índio (RR), entre 2004 e 2012. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP). A amostra constituiu-se de 2.701 indígenas, 74% de indígenas do DSEI Leste (Macuxi e Wapichana) e 26% de indígenas do DSEI Yanomami. A prevalência de LSIL foi 3,0%, HSIL 4,6% e câncer invasivo 1,1%. Nas indígenas Yanomami, houve maior prevalência da situação nunca rastreada (77,9% vs 55,0%) e de citologia sugestiva de câncer (2,0% vs 0,8%), sendo a diferença estatisticamente significativa. Observou-se uma elevada prevalência de lesões cervicais pré-malignas e malignas em indígenas Yanomami (mais isoladas geográfica e culturalmente), comparadas com as indígenas do DSEI Leste. Mais estudos prospectivos avaliando, os determinantes epidemiológicos e biológicos da infecção por Papilomavírus humano (HPV) são necessários para melhor entendimento dessa condição vulnerabilidade dessa população específica (FONSECA, et al, 2014).

(9) RODRIGUES e colaboradores, buscam analisar a prevalência das atipias citológicas e infecção pelo Papilomavírus humano em mulheres indígenas Panará no período de 2006 a 2007. É estudo observacional transversal, com dados obtidos por coleta de amostras cérvico-vaginais para colpocitologia oncótica e captura híbrida, exame de colposcopia e biópsia. Participaram 86 mulheres com idades de 12 anos ou mais, com história de vida sexual ativa ou pregressa. Os resultados mostraram que 10,7% das mulheres tinham atipias citológicas e que 28,6% estavam infectadas pelo HPV de alto risco oncogênico, principalmente entre as mais jovens (média = 25,6 anos). Dessas, 41,7% foram positivas para um ou mais dos tipos de HPV de alto risco dos genótipos 16, 18 ou 45, e a maioria, 58,3%, para outros tipos de HPV de alto risco. A população indígena é especial, tem suas especificidades, apresenta-se susceptível ao desenvolvimento das lesões precursoras do câncer do colo do útero e vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Medidas preventivas como o rastreamento populacional sistemático para o câncer cervical e imunização contra o HPV são necessárias (RODRIGUES, et al,

2014).

(10) PEREIRA, e colaboradores (2014), visam de orientar e ampliar o atendimento à saúde da mulher indígena, e tem por finalidade conhecer o perfil da saúde sexual, reprodutiva e aspectos socioculturais de mulheres indígenas. É um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado em ambulatório de referência em saúde indígena, durante o período de 2010 a 2013. Aplicou-se um formulário semiestruturado contendo dados socioculturais, histórico de vida sexual e reprodutiva. E coletou-se o esfregaço cervicovaginal. A análise foi descritiva, com apresentação de média e desvio padrão (DP) para variáveis quantitativas, e números absolutos e relativos para variáveis qualitativas. Houve a participação de 90 mulheres indígenas, com idade média de 36 anos (\pm DP 13,41), pertencentes a 35 etnias. Para 75 mulheres (83,4%), a coitarca ocorreu na faixa etária de 12 a 19 anos, 74 (82,2 %) estavam em período reprodutivo e 36 (48,6%) usavam método contraceptivo, como o anticoncepcional hormonal e a laqueadura tubária. A média de partos foi de 4,6 por mulher; a idade média no primeiro parto foi de 17,3 anos (\pm DP 3,23); 23 delas (26,8%) tiveram de 1 a 3 abortamentos e 26 (31,2%) tiveram um ou mais partos cesáreas. Em oito mulheres (8,9%), identificaram-se alterações para atipias citológicas e doenças sexualmente transmissíveis (*Trichomonas vaginalis* e *Papilomavírus humano*) no exame colpocitológico. Observou-se condições de vulnerabilidade das mulheres indígenas a partir do seu perfil sexual e reprodutivo, com exposição às doenças sexualmente transmissíveis, câncer do colo do útero, início precoce da vida sexual e pouco acesso à informação e prevenção (PEREIRA, et al, 2014).

(11) Neto; e Silva, afirmam que a saúde indígena está relacionada às modificações causadas no estilo de vida dessas populações. As mulheres indígenas, de maneira geral, constituem um grupo bastante suscetível ao desenvolvimento de doenças e carências nutricionais, em função de alterações fisiológicas e hormonais ocorridas ao longo da vida. O objetivo deste trabalho foi fazer uma descrição de artigos científicos sobre a saúde e qualidade de vida da mulher indígena. Foi realizada uma revisão integrativa de pesquisa que abordasse o tema saúde da mulher indígena, sendo utilizados artigos de periódicos indexados na base de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e do Scielo, incluindo no estudo os artigos publicados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Foram encontrados oito artigos, que compõem a amostra desse trabalho. Dado o exposto, por se tratar de grupo populacional vulnerável e devido à sua condição histórica e social, as mulheres indígenas merecem uma atenção especial, com vistas a ações de saúde preventivas, visando à melhora nos hábitos de vida, com redução na ocorrência de doenças, buscando a qualidade de vida, respeitando e reestabelecendo principalmente seus valores culturais que foram desvalorizados.

(12) Speck et al, 2015, analisam a ocorrência de atipias nos exames citológicos e histológicos de jovens e idosas indígenas, e também avaliam se a faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Câncer em rastreamento do câncer

de colo uterino é adequada para essa população. Foi realizado estudo exploratório, retrospectivo e descritivo de exames cito/histopatológicos em jovens do Parque Indígena do Xingu de 12 a 24 anos e em idosas a partir dos 64 anos, no período de 2005 a 2011. Observou-se que em idosas, houve baixa ocorrência de atipias citológicas, mas nas jovens indígenas, ocorreram casos eventuais de lesão de alto grau. É importante respeitar o limite de 64 anos para a interrupção do rastreamento, como o estabelecido pelo Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer, mas, nas jovens, seria importante iniciar o rastreamento mais precocemente (SPECK et al, 2015).

(13) NASCIMENTO e colaboradores (2015), chamam a atenção sobre a falta de conhecimento no Brasil, e principalmente na região amazônica, sobre o impacto do câncer nas populações indígenas, visto que é um problema de saúde pública mundial. Seus objetivos foi fornecer dados clínicos e epidemiológicos sobre o perfil do câncer nos índios da Amazônia brasileira. É uma análise descritiva, transversal, baseado na análise retrospectiva de prontuários de índios com diagnóstico de câncer atendidos no Hospital Ophir Loyola, um serviço de referência em oncologia no estado do Pará, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2011. Na amostra foram incluídos, 47 índios com diagnóstico confirmado de câncer. O sexo feminino foi o mais acometido (68,09%). A idade média dos índios foi de 46,14 anos, com predomínio da faixa etária de 60-69 anos (21,28%). O câncer de colo uterino foi o tipo de câncer mais encontrado (48,93%), acometendo 76,69% das índias adultas investigadas. Houve registro de 01 caso de câncer de mama e 01 caso de câncer de próstata. O levantamento sobre o perfil clínico e epidemiológico dos índios diagnosticados com câncer na Amazônia brasileira, atendidos no Hospital Ophir Loyola entre 2001-2011, mostrou que o câncer de colo uterino foi a neoplasia maligna mais diagnosticada nesta população. Os resultados deste estudo apontam a necessidade de investimentos e melhor estruturação no setor da saúde indígena na Amazônia brasileira, propiciando a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção, detecção e tratamento precoces (NASCIMENTO, et al 2015).

(14) Aguiar Jr, et al (2016), buscam avaliar os aspectos relacionados a câncer em populações indígenas. Trata-se de estudo retrospectivo conduzido em um hospital universitário público. Foram incluídos pacientes com 18 anos ou mais, diagnosticados com tumores sólidos e acompanhados entre 2005 e 2015. Os aspectos clínicos foram avaliados por meio de estatística descritiva, e a sobrevida foi avaliada por meio de curvas de Kaplan-Meier e regressão multivariada de Cox. Foram incluídos 50 pacientes. A incidência de câncer foi 15,73 por 100 mil. A média de idade ao diagnóstico foi 54 anos, e a maioria era do sexo feminino (58%). O câncer de colo uterino (28%) e o de próstata (16%) foram os mais frequentes. O tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi 9 meses, e entre o diagnóstico e o tratamento, de 3,4 meses. Doença diagnosticada no estágio IV (17%) resultou em pior sobrevida global (HR: 11,4; $p < 0,05$). A sobrevida em 5 anos variou de 88% para o câncer de próstata a 0% para pulmão. Todas as taxas de sobrevida em 5

anos foram menores em comparação a outras populações. Os locais mais frequentes de neoplasia foram colo de útero e próstata. O estágio da doença e o sítio primário foram fatores prognósticos (AGUIAR JR et al, 2016).

AUTOR	TÍTULO	PRINCIPAIS DISCUSSÕES
FONSECA, A J et al (2010)	Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS	<ul style="list-style-type: none"> - A incidência do câncer do colo do útero em Roraima se destaca em relação ao cenário nacional e regional; - O perfil de pacientes portadoras de câncer de colo uterino em Roraima é o seguinte: mulher parda, desempregada, solteira, com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, que reside em moradia sem saneamento básico, com início da atividade sexual precoce, que não faz teste de Papanicolau regularmente ou nunca o fez; - As principais questões pessoais impeditivas à realização do exame preventivo foram desconhecimento, desinteresse e pudor; - As indígenas que participaram do estudo (23,3%) da amostra, possuem acesso restrito às informações e aos serviços de prevenção e saúde; - A ineficiência dos programas preventivos em alcançar e conscientizar as mulheres de risco para a doença, populações especiais como a indígena e aquelas com baixa escolaridade e perfil de exclusão social está relacionada à elevada morbidade por câncer do colo do útero em Roraima.
PEREIRA, E R (2011)	Prevenção do câncer do colo do útero na população feminina do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Unifesp.	<ul style="list-style-type: none"> - No Parque Indígena do Xingu as mulheres que igual ou mais de 12 anos com história de vida sexual foram submetidas ao exame citológico preventivo (predominância de mulheres jovens); - Quanto ao resultado a maioria (444) das mulheres examinadas foi negativa para câncer do colo do útero e suas lesões precursoras e uma pequena amostra (59) apresentou atipias citológicas; - As peculiaridades que existem nos territórios indígenas quanto ao isolamento geográfico em locais de difícil acesso, precárias infraestrutura, dificultam a manutenção dos profissionais bem como o desenvolvimento e manutenção das ações de saúde; - É necessário que os profissionais de saúde estabeleçam espaços de diálogo juntos aos povos indígenas, com uma abordagem dos aspectos culturais e da realidade local.
PEREIRA, J C et al (2011)	Morbidade por câncer de colo uterino em mulheres da reserva indígena no Mato Grosso do Sul.	<ul style="list-style-type: none"> - Existe uma grande resistência as ações preventivas de saúde, como por exemplo, à imunização, devido ao uso de materiais perfurantes no corpo; e, em relação ao exame preventivo de câncer do colo uterino, além da resistência, as usuárias não compreendem a importância do procedimento, deixando muitas vezes de buscar os resultados; - As mulheres indígenas mais jovens foram as que mais aderiram ao rastreamento. Tratando-se de comunidades indígenas, pode-se inferir que as jovens estão mais em contato com a sociedade do que em relação às mulheres mais velhas, e portanto, recebem mais informações sobre saúde e prevenção de doenças; - O estudo demonstra que o resultado do trabalho preventivo identifica lesões ainda em estágios de baixo grau.

<p>FERNANDES, L R (2011)</p>	<p>Representações sociais de mulheres indígenas terenas do complexo indígena da Cachoeirinha do município de Miranda/MS sobre o exame preventivo do colo de útero [Monografia de Especialização]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quase sempre são as mesmas mulheres que realizam o exame, de forma periódica ou ocasional; - O conhecimento das concepções culturais leva a crer que entre os impedimentos na realização do exame Papanicolau, está a vergonha das próprias mulheres em expor o corpo ou falar sobre suas intimidades; - No que se refere aos aspectos culturais à mulher indígena possui um conjunto de crenças e valores que precisam ser respeitados; - Nas comunidades indígenas, o planejamento familiar não é exatamente uma realidade, uma vez que é comum em sua cultura, a mulher gerar e criar filhos em grande número; - Das mulheres que nunca teriam realizado exame, disseram que não o fazem porque tomam remédios caseiros (etnomedicina). Outras, responderam que não fazem o exame porque acham que não precisam, não correm o risco de contrair a doença.
<p>SOLÉ PLA, et al (2012)</p>	<p>Análise descritiva do perfil dos exames citopatológicos do colo de útero realizados em mulheres indígenas e não-indígenas no Brasil, 2008-2011.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diferença sobre a informação sobre cor/raça das mulheres que realizam o exame citopatológico, segundo outros sistemas de informação e o SISCOLO; - Houve uma melhora da qualidade da coleta do exame citopatológico; - As indígenas mais jovens realizam maior proporção de exames citopatológicos, comparadas as não indígenas (Regiões Norte e Centro-Oeste); - A maior proporção de exames alterados ou positivos foi na população não indígena, como também uma maior proporção de lesões de baixo grau; - Maior proporção de lesões invasoras entre as indígenas. Indicando assim, uma maior dificuldade de acesso as ações de controle do câncer do colo do útero;
<p>ARCOVERDE, L C (2013)</p>	<p>Prevalência das Lesões Precursoras de Câncer do Colo Uterino nas Adolescentes e Jovens da Amazônia [Dissertação de mestrado].</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O câncer do colo do útero tem maior incidência na região Norte, em relação a região Sul e sudeste do país; - Em Roraima o câncer do colo do útero incide principalmente em mulheres jovens, em idade produtiva e reprodutiva; - O rastreamento no Estado de Roraima é muito inferior ao que é esperado, deixando muito a desejar em relação ao diagnóstico e ao tratamento oportuno em relação ao CCU; - O Estado de Roraima destaca-se pelo alto índice de gravidez na adolescência em relação ao Brasil, o que indica uma maior exposição as sexual precoce de adolescentes e jovens, principalmente ao vírus HPV.
<p>PRADO, P R et al (2014)</p>	<p>Clinical and evolving features of women diagnosed with precancerous cervical lesions, screened and treated in the Amazon region of Brazil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificou que a maioria das mulheres da amostra do estudo estavam entre 25 e 45 anos, tinham baixa escolaridade, menor nível socioeconômico, e eram fumantes e utilizavam anticoncepcionais, e iniciaram a atividade sexual antes dos 14 anos de idade e tiveram mais de três gravidezes; - A histologia revelou que 31,9% das lesões eram HPV-positivas, 22,4% eram CIN I e 45,7% eram CIN II ou CIN III; - O fato de ter um relacionamento estável é um fator protetor para a manutenção do tratamento; - A maior idade está diretamente relacionada ao quanto mais velha risco para CCU.

FONSECA, A J et al (2014)	Prevalência de Alterações Citológicas Cervicais em Indígenas do Extremo Norte da Amazônia Brasileira	<ul style="list-style-type: none"> - Elevada prevalência de lesões pré-malignas em mulheres indígenas (LSIL=3,0% e HSIL=4,6%), bem como de Lesões invasivas (1,1%), quando comparadas com mulheres não indígenas no Brasil; - A mulher indígena tem maior risco para o CCU; - Entre indígenas Yanomami o início da atividade sexual é em média aos 12 anos, e a média de idade na ocasião do primeiro filho é aos 16 anos, em sua maioria apresentam multiparidade e multiplicidade de parceiros sexuais; - As Dificuldades de entendimento e aceitação por parte das mulheres, e as deficiências de infraestrutura e barreiras geográficas e logísticas relacionadas às dificuldades de acesso podem explicar a baixa inclusão das mulheres Yanomami aos programas de prevenção do CCU, e conseqüentemente a maior prevalência de lesões intraepiteliais cervicais.
RODRIGUES, D A et al (2014)	Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo Papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central	<ul style="list-style-type: none"> - A vulnerabilidade das mulheres Panará está relacionada a atividade sexual precoce (12 anos de idade), multiplicidade de parceiros sexuais e multiparidade (7, 3 filhos por mulher); - Das amostras citológicas com anormalidades, houve uma maior prevalências de infecção genital pelo HPV; - A prevalência de infeção por HPV e o risco de desenvolver lesões precursoras do câncer do colo uterino são maiores entre as mulheres indígenas do que na população de mulheres não-indígenas; - Desigualdades sociais, acesso precário à educação, extensas regiões remotas com povos indígenas e cidades densamente povoadas, entre outros aspectos, são apontados como dificuldades a serem superadas para a prevenção e controle do câncer do colo uterino no Brasil
PEREIRA, E R et al (2014)	Saúde Sexual, Reprodutiva e Aspectos Socioculturais de Mulheres Indígenas	<ul style="list-style-type: none"> - O crescente povoamento indígena em territórios próximos à área urbana é uma realidade que demanda dos serviços de saúde um atendimento diferenciado, que respeite a diversidade interétnica dos povos indígenas; - O comportamento sexual dos povos indígenas, de uma maneira geral, caracteriza-se pelo início precoce das relações sexuais e da liberdade de trocas de parceiros, mesmo entre pessoas casadas; - A população indígena encontra-se em situação vulnerável quanto à exposição às DST, em face de sua particular situação sociocultural; - Importante destacar que as principais preocupações percebidas pelas mulheres quanto à saúde em suas comunidades estão relacionadas às DST/AIDS e ao câncer.
NETO, R O N; SILVA, G M (2014)	Saúde e Qualidade de Vida da Mulher Indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013.	<ul style="list-style-type: none"> - Os dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde de mulheres indígenas são incipientes; - A atenção à saúde da mulher dos povos indígenas ainda é precária, não se conseguindo garantir ações como a assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero, de prevenção de DST/HIV/AIDS, prevenção da desnutrição em crianças, doenças respiratórias, dentre outras; - Deve-se desenvolver políticas de saúde as mulheres indígenas, no contexto do etnodesenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas.

SPECK et al (2015)	Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - A indígena apresenta atividade sexual e reprodutiva precocemente, com taxas elevadas de fecundidade; - Para essa população, não existe um programa de prevenção do câncer de colo uterino bem estabelecido; - A maioria dos exames de preventivo para o CCU foi realizado na faixa etária abaixo de 25 anos, pelo fato de a população jovem ser mais predominante; - As lesões encontradas no exame citopatológico são frequentes em mulheres jovens, mas com predomínio de lesão de baixo grau. Os casos de lesão de alto grau ocorreram em idade inferior aos 25 anos; - Pouco se sabe do comportamento das lesões de alto grau em indígenas, além do risco de perda do seguimento dessas mulheres, devido à dificuldade de acesso das equipes, risco de inconsistência das ações e mudança constante das mulheres de uma aldeia para outra, o que poderia inviabilizar a conduta expectante com controles regulares; - Sugere-se que o rastreamento para a prevenção do CCU deva ser regular nas mulheres indígenas jovens em função do aumento da incidência de lesões de alto grau entre as pacientes com 20 a 34 anos de idade.
NASCIMENTO, et al 2015	Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil	<ul style="list-style-type: none"> - A distribuição dos casos de câncer do colo do útero nas índias atendidas no Hospital Ophir Loyola (HOL), registrados entre mulheres, foi maior na faixa etária de 60-69 anos; - A maioria das indígenas acometidas pelo CCU, tinham um baixo nível de escolaridade e eram tabagistas; - Além da infecção pelo HPV, o tabagismo e o baixo nível de instrução elevam o risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino; - Constatou-se que o intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer e o início do tratamento oncológico foi extenso, acima de 60 dias em 60% dos casos e com tempo médio de 113 dias (mais de 03 meses), bem diferente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil, conforme a Lei nº 12.732, publicada no Diário Oficial da União em 23/11/2012, que fixa o prazo de até 60 dias para o início do tratamento de câncer pelo SUS, contado a partir do diagnóstico da doença.
AGUIAR JR, et al (2016)	Disparidades na epidemiologia e no tratamento de câncer nas populações indígenas brasileiras	<ul style="list-style-type: none"> - O contato da população indígena com a sociedade ocidental desencadeou mudanças sociais e comportamentais, apresentando maiores taxas de sobrepeso e obesidade, e maior risco de câncer de próstata; - A escassez de dados sobre o estado geral de saúde dos povos indígenas é um importante problema na avaliação de suas necessidades de saúde; - O câncer do colo do útero foi o mais comum em indígenas residentes em Roraima (RR) e Manaus (AM), o segundo mais comum em residentes em Brasília (DF) e Curitiba (PR) e o terceiro mais comum entre residentes em Recife (PE) e Salvador; - É possível que o rastreamento para câncer seja subestimado nos Distritos Sanitários Indígenas no Brasil; - A alta incidência de câncer do colo do útero em mulheres indígenas pode ser atribuída à atividade sexual precoce, à multiplicidade de parceiros sexuais e à alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, como a infecção por vírus do papiloma humano (HPV), e pela baixa abrangência do exame de Papanicolau e da vacinação contra o HPV; - O diagnóstico de câncer em pacientes indígenas é tardio, em estágio mais avançado, com resultados desfavoráveis; - As diferenças culturais e crenças religiosas estão presentes na relação entre pacientes indígenas e o serviço de saúde, interferindo na experiência do paciente com o cuidado do câncer;

		<ul style="list-style-type: none"> - As estratégias de baixo custo, como programas de prevenção e campanhas educacionais, pode contribuir para a conscientização de povos indígenas a respeito do câncer e respectivos riscos modificáveis por meio da promoção de hábitos alimentares mais saudáveis, da atividade física regular, da abstenção do tabagismo e do consumo abusivo de álcool, além da prevenção da poluição interna por queima de biomassa; - A vigilância rigorosa da presença de contaminantes ambientais, como pesticidas, metais pesados e dejetos industriais, nas proximidades de terras indígenas, também pode contribuir para a prevenção da exposição a agentes carcinogênicos; - Os testes de triagem (Papanicolau), são fundamentais para o diagnóstico e o tratamento precoce de lesões précancerígenas e cancerígenas, e têm grande influência na incidência de câncer e na mortalidade associada à doença.
--	--	---

TABELA 8. Principais Discussões dos estudos analisados (2010 a 2016):

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de saúde da mulher indígena em relação ao câncer de colo uterino, é preocupante evidencia-se uma alta susceptibilidade e vulnerabilidade social a este problema de saúde pública. Mesmo a saúde indígena sendo prioridade segundo alguma políticas já instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAISUS), observa-se uma dificuldade na realização dos rastreamentos e acompanhamento dos seguimentos e tratamentos.

A maioria da discussões dos autores estudados em relação a situação do câncer uterino na saúde indígena, principalmente no estado de Roraima, no período de 2010 a 2016, entram em consenso que a condição sanitária dessas mulheres deve ter uma atenção especial e um maior cuidado, pois as mesmas, são as mais pobres, com nível de escolaridade mais baixo, e que sabem muito pouco sobre informações sobre prevenção e tratamento do câncer de colo de útero.

Existem muitos poucos estudos para haver mais evidências científicas, deve-se haver um maior estímulo para que as estratégias de ações de saúde e políticas e planejamento em saúde tenham um olhar específico em prol da promoção e qualidade de vida das populações indígenas, já basta os séculos de mazelas que a sociedade ocidental causou a esses grupos, com a escravidão, transmissão de doenças e exclusão social, violência e usurpação de seus territórios.

A cobertura das ações de detecção precoce do câncer do colo do útero na população indígena deixa muito a desejar, no sentido de melhorar o acesso, a integralidade, e ter efetividade. Neste sentido, sugere-se um maior alcance das ações de rastreamento para diagnosticar precocemente, e no momento oportuno oferta os exames e o tratamento necessário. O mais indicado seria um atendimento primário organizado no sentido de ir a comunidade, conversar sobre a importância da prevenção da doença e aplicar de preferência um rastreamento (populacional) e o diagnóstico precoce, com seguimento/

acompanhamento e tratamento das lesões.

Estas ações da linha de cuidado na prevenção e controle do câncer do colo do útero dependem do alcance dessas ações no contexto indígena, no repasse das informações educativas em saúde, na qualidade da coleta e da análise citológica, da adesão das pacientes e do acesso ao tratamento e acompanhamento.

Infelizmente, percebe-se que na maioria dos estudos as mulheres indígenas que mais poderiam se beneficiar do teste de Papanicolau são as que menos o realizam (25-64 anos). O êxito dos programas de prevenção depende do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças socioeconômicas, culturais entre as mulheres e sejam focadas em eliminar as barreiras e as iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

A maioria das comunidades indígenas se encontram em áreas geograficamente de difícil acesso. Assim, o serviço primário de saúde que coordena o encaminhamento das pacientes para centros secundários e terciários de combate ao câncer, deve ter uma responsabilidade e grande preocupação, no sentido de realmente, a paciente ter o acesso e receber um tratamento especializado adequado.

Para uma real efetividade dos serviços básicos de saúde locais em áreas indígenas ou nos centros urbanos que irão assistir essas populações diferenciadas, devem dispor de profissionais de saúde qualificado, culturalmente competente e sensíveis às crenças e necessidades dos povos indígenas, para que possam dialogar, respeitar seus modos de vida e assim contornar as suas diferenças culturais. O conhecimento da cultura das diversas etnias indígenas e das suas preferências terapêuticas se faz necessário, pois as pacientes indígenas podem ter uma percepção diferente da enfermidade.

Os povos indígenas vêm lutando cada vez mais por uma melhor assistência em saúde. A discrepância de resultados em populações indígenas e não indígenas acometidas pelo câncer de colo de útero, além de outros fatores, deve-se a fatores históricos complexos e profundos.

Existem muitos desafios, e muito a fazer no sentido de desenvolver estratégias eficazes de prevenção do câncer entre povos indígenas, melhorar o rastreamento, a qualidade da coleta, e das análises dos exames, no sentido de dar uma resposta em tempo oportuno a essa população tão vulnerável e permitir melhorar acesso dessas populações ao diagnóstico e tratamento da doença.

Assim, solicita-se do campo acadêmico e científico mais estudos sobre o câncer do colo do útero em populações indígenas, pois mais evidências científicas, favorecem o aumento do conhecimento e contribuem para o aprimoramento das ações de prevenção do CCU e promoção da saúde, e permite um planejamento mais adequado e que tente diminuir as iniquidades em saúde nos serviços e nas regiões de todo o Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, C M M; GUERRA, M R; BASTOS, R R. Tendência de mortalidade por câncer do colo de útero para o estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. Cadernos de saúde pública, rio de janeiro, v.25, n.8, p.1693-1700, 2009.

ALVARENGA, A M. IMPLEMENTAÇÃO DA BUSCA ATIVA NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO NA UBS BELVEDERE, PARÁ DE MINAS - MG. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. 2016. 37p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/ALINEMARCIAALVARENGA.pdf> Acesso em: 27/09/2017.

ATHIAS, R; MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BASTA, P C; ORELLANA, J D Y; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: Garnelo, Luiza; Pontes, Ana Lúcia (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI, p. 60-108. 2012.

BARBA, P; MARTINEZ, C; CARRASCO, B. **Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento**. 2003. Disponível em: <<http://sites.ffclrp.usp.br/paidea/artigos/26/01>>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Controle do Câncer de Colo de Útero. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoos_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterо/conceito_magnitude Acesso em: 19/06/2016.

_____. SESAI. DISPONÍVEL em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9864-destaques>. Acesso: 22/07/2015.

_____. Ministério da Saúde, INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home> Acesso em: 27/09/2017.

_____. Ministério da Saúde, INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2014. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf Acesso em 27/09/2017.

_____. Ministério da Saúde. INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Org.). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Educação; – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012. 129 ISBN 978-85-7318-201-9 (versão eletrônica). Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_abc_2ed.pdf Acesso em: 27/09/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **Relatório de Situação: Roraima**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 35 p. ISBN 978-85-334-1868-4 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p. ISBN:978-85-334-1639-0. DISPONÍVEL: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. (Org.) GERSEM, S L. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de educação continuada, Alfabetização e Diversidade. LACED/Museu Nacional, 2006. 224 p. ISBN 85-98171-.57-3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. Instituto Nacional de Câncer. Viva Mulher. **Câncer do colo do útero: informações técnicoerências e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA; 2002. 8.

_____. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

_____, P M. **Uma introdução ao conceito de promoção a saúde**. In: CZERESNIA, D. e FREITAS, C.M. (orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.15-38,2003.

_____, P M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 163-177. ISSN 1678-4561.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

CARDOSO, M D. **Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política**. In: LANGDON, E J; CARDOSO, M D (Org.). Saúde Indígena: políticas comparadas na América latina. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2015. p. 83-106. ISBN978-85-328-0735-9.

CASTRO, R F M. **ATENÇÃO À SAÚDE DO INDÍGENA NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL: REVISÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE SABER CIENTÍFICO**, Porto Velho, 1 (1): 209 - 231, jan./jun.,2008.

COIMBRA JR., C E A., SANTOS, R V; ESCOBAR, A L (organ.). **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 2003. p. 13-47, pp. 2327-2339. ISSN 0102-311X.

COIMBRA JR., C E A., SANTOS, R V ; ESCOBAR, A L., orgs. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

COIMBRA JR., C E A; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro S. Sansone L. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. p.153- 73.

CYRINO, E G; TORALLES-PEREIRA, M L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizagem por descoberta na área de saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 782, maio/jun. 2004.

CZERESNIA, D. **O Conceito de saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.de (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.p.43-57.

FERREIRA, A B H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

FERREIRA, M E V; MATSUO, T; SOUZA, R K T. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2011, vol.27, n.12, pp. 2327-2339. ISSN 0102-311X.

FIOCRUZ. **Mudança no Perfil Epidemiológico Alerta Indígenas**. 2012. Disponível em:<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30058>. Acesso em: 16/10/2014.

FONSECA, et al. A PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES CITOLOGICAS CERVICAIS EM INDÍGENAS DO EXTREMO NORTE DA AMAZÔNIA BRASILEIRA. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2014; 60(2): 101-108.

GUERRA, M R; MOURA GALLO, C V, MENDONÇA, G A S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2005; 51(3): 227-234. DISPONÍVEL EM: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf ACESSO EM:27/09/2017.

HAYD, R L N; OLIVARES, A I O; FERREIRA, M L S; LUITGARDS-MOURA, J F. Um Olhar sobre a Saúde Indígena no Estado de Roraima. **Mens Agitat**. Volume III, Número 1, 2008, p. 89-98. ISSN 1809-4791.

IARC. International Agency for Research on Cancer. Globocan. Lyon, Who, 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> Acesso em: 27/09/2017

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CENSO DEMOGRAFICO2010**. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rr&tema=resultuniverso_censo2010/. ACESSO: 06/02/2015.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). Povos indígenas no Brasil, -2006/2010. Carlos Alberto Ricardo; Fany Ricardo (org.). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011.778 pg.ISBN: 978-85-85994-3.

FACINA, T. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2014; 60(1): 63. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf Acesso em:10/10/2017.

KUSCHNIR, R; SILVA, L B. Definindo o problema. In. KUSCHNIR, ROSANA (Org.). Gestão de Redes de Atenção à Saúde. 2. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. 77-92 p. ISBN: 978-85-61445-64-5.

JESUS, D L. A TRANSFORMAÇÃO DA RESERVA INDÍGENA DE DOURADOS – MS em território turístico: valorização socioeconômica e cultural [dissertação]. Dourados (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2004

MARCONI, M A; LAKATOS, E M. FUNDAMENTOS DE METODOLOGIA CIENTÍFICA. 7ª Edição. São Paulo. Editora: Atlas S.A. 2010. ISBN 978-85-224-5758-8.

MARTINS, L F L; THULER, L C S; VALENTE, J G. Cobertura do exames de Papanicolau no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2005;27(8):485-92.

MENDES, K. D.S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

OLIVEIRA, S L; ALMEIDA, A C H. A percepção das mulheres frente ao exame de Papanicolau: da observação ao entendimento. *Cogitare Enferm*. 2009;14(3):518-26.

PEREIRA, J C, et al. MORBIDADE POR CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES DE RESERVA INDÍGENA NO MATO GROSSO DO SUL. *Cogitare Enferm*. 2011 Jan/Mar; 16(1):127-33
Prevenção do câncer de colo uterino <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/9975/Publico-12592a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

RABELLO, L S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.228p.

SESAU. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde. Planilha de Informações sobre as causas de óbitos mais prevalentes por faixa etária, em todos os sexos, em populações indígenas no período de 2008 a 2014. 2015.

WHO. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2002.

WHO. World Health Organization. *World Cancer Report 2008*. Lyon: WHO, 2008.

NETO, R O N; SILVA, G M. SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DA MULHER INDÍGENA: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_indigena.pdf

SPECK, N M G, et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-052.pdf

WORLD. The Indigenous. International Working Group on Indigenous Affairs (IWGIA), ECOSOC Consultative Status, p10). 2006. https://www.iwgia.org/images/publications/IW_2006.pdf

OLIVEIRA, S C R. A incidência de câncer na população indígena no Brasil e a subnotificação dos casos *Revista Brasileira de Oncologia Clínica* < Vol. 11, no 39 < janeiro / fevereiro / março < 2015. <http://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/39/editorial.pdf>

MARRONI, M A; MARRONI D. Conhecendo a ocorrência de câncer de colo do útero em mulheres indígenas da tribo Kaingang na Reserva do Guarita no Estado do Rio Grande do Sul. Saúde Coletiva. 2010; 7(39): 92-5.