



**Universidade Federal do Pará
Universidade Federal do Amazonas
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane
Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.**

ROSEMARY PEREIRA DA MOTA

**OCORRÊNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES INDÍGENAS
DA AMAZÔNIA PARAENSE**

**BELÉM - PA
2014**

ROSEMARY PEREIRA DA MOTA

**OCORRÊNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES INDÍGENAS
DA AMAZÔNIA PARAENSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz/ Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa: Dinâmicas dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. João Farias Guerreiro

Co-orientador: Prof. Dr. Otacílio Amaral Filho

BELÉM - PA
2014

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Sistema de Bibliotecas da UFPA**

Mota, Rosemary Pereira da.

Ocorrência do câncer do colo do útero em mulheres indígenas da
Amazônia Paraense / Rosemary Pereira da Mota — 2014. 93 p.

Orientador: João Farias Guerreiro

Co-orientador: Otacílio Amaral Filho

Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz. Centro de
Pesquisa Leônidas e Maria Deane. Universidade Federal do Pará.
Universidade Federal do Amazonas. Programa de Mestrado
Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. Belém,
2014.

1. Câncer. 2. Colo uterino - Câncer. 3. Mulheres Indígenas. I. Título

CDD: 22.ed. 616.946698115



Universidade Federal do Pará
Universidade Federal do Amazonas
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane
Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

ROSEMARY PEREIRA DA MOTA

**OCORRÊNCIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES INDÍGENAS
DA AMAZÔNIA PARAENSE**

Dissertação de Mestrado apresentada para obtenção do título de Mestre em

Aprovada em:

Conceito:

Banca Examinadora

Prof. Dr. João Farias Guerreiro
Orientador – UFPA

Prof. Dr. Otacílio Amaral Filho
Co-orientador – UFPA

Profa. Dra. Maria Tereza Sanches
Examinadora externa – HUIBB

Profa. Dra. Mary Elizabeth
Examinadora interna – UFPA

À todos que se interessam e labutam
pelas causas Indígenas.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, que sempre esteve presente e me guiando neste novo desafio.

Aos meus pais Rosemiro de Souza Pereira (in memoriam) e Maria de Belém Silva Pereira, por terem me dado oportunidade de chegar a esta nova jornada em minha vida.

Ao meu esposo William Pessoa da Mota, pelo apoio, compreensão, carinho e dedicação, e também por se fazer sempre presente em minhas atividades.

Aos meus filhos Josie Pereira da Mota, Joao Colares da Mota Neto e William Pessoa da Mota Junior, pela ajuda incondicional.

Aos meus netos Gabriel, Anabela e Manuela Mota, pela inspiração e pelos Insights.

As minhas noras, Adriane Raquel Santana de Lima e Taís Ranieri, pela ajuda no campo da metodologia e da informática.

Ao meu orientador Prof. Dr. João Farias Guerreiro, por suas sugestões preciosas.

Ao meu Co-orientador e amigo, Prof. Dr. Otacílio Amaral Filho, que me ajudou em todas as etapas deste trabalho sempre com atenção, dedicação e disponibilidade.

A todos os funcionários do DSEI Guamá, Tocantins e CASAI Icoaraci, pela acolhida e colaboração na coleta de dados.

Ao bioestatístico Alex de Assis Santos dos Santos, por suas contribuições em relação à metodologia e análise dos dados da presente dissertação.

A Norma Araújo, amiga do Hospital Universitário João de Barros Barreto, que me auxiliou em momentos difíceis, quanto à metodologia do trabalho.

Aos Professores do programa da pós-graduação, Saúde sociedade e endemias na Amazônia.

Agradeço ainda aos meus colegas de turma do mestrado, especialmente a Aidé Teles de Carvalho, Kátia Regina da Fonseca e Helena Cecília Branches, que compartilharam das alegrias e dificuldades, lutando comigo em todos os momentos.

Aos meus colegas de trabalho do HUIBB (Contas Médicas) que me apoiaram no sentido de garantir a realização da pesquisa. Obrigada Ângela Ferreira, Clarice dos Santos, Dircélia Sousa, Maria Denise Gabriel, Kellem Lopes, Gracilene Lima, Paulo Afonso, José Carlos e Helena Maria da Silva Bezerra (in memoriam).

Á Universidade Federal do Pará, pela oportunidade de qualificação profissional.

Ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, por ter se constituído em um importantes lócus de aprendizagem profissional.

Dizem que a vida é para quem sabe viver,
Mas ninguém nasce pronto.
A vida é pra quem é corajoso o suficiente para
se arriscar,
E humilde o bastante para aprender.

(Clarice Lispector)

RESUMO

O presente estudo analisou a ocorrência de câncer do colo do útero em mulheres indígenas da Amazônia paraense, no período de 2005 a 2012, destacando o interesse pelas populações indígenas afetadas por doenças da modernidade considerando as dificuldades e a importância de estudar os problemas de saúde destas populações influenciada pelos contatos interétnicos e os processos de mudança sociocultural e ambiental. Foi realizada uma pesquisa quantitativa com base no modelo exploratório estatístico para dar sustentação a análise qualitativa que caracterizou a pesquisa. Foram utilizados dados da Casa de Saúde Indígena de Belém -distrito de Icoaraci (CASAI), prontuários e guias de referência e contra referência. Foram analisadas a incidência e as variações do câncer cervical, bem como tipos de tratamento recebidos, encaminhamentos, além de motivos de alta em quatorze mulheres indígenas, ocorridos neste período, caracterizando assim a sua ocorrência.

Palavras-chave: Câncer. Mulheres Indígenas. Ocorrência

ABSTRACT

The present study examined the occurrence of cancer of the cervix in Indian women of the Amazon Para, in the period 2005-2012, highlighting the interest in indigenous populations affected by diseases of modernity considering the difficulties and the importance of studying the health problems of these populations influenced by inter-ethnic contacts and processes of socio-cultural and environmental change. A quantitative research based on statistical exploratory model was carried out to give support to qualitative analysis that characterized the research. We used data from the House of Indigenous Health, Bethlehem district Icoaraci (CASAI) , records and reference and counter-reference guides . The incidence and changes in cervical cancer, and types of treatment received, referrals were analyzed, in addition to high grounds in fourteen indigenous women, occurring at this period, characterizing their prevalence.

Keywords: Cancer. Indigenous Women. Occurrence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama da rede hierarquizada de serviços de saúde nos DSEI.....	19
Figura 2	Tendência ligeiramente decrescente do câncer do colo do útero em mulheres indígenas, no Brasil, período de 2007 a 2011.....	
Figura 3	Câncer do aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, ano 2008.....	49
Figura 4	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, ano de 2008.....	50
Figura 5	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2009.....	50
Figura 6	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2010.....	51
Figura 7	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2011.....	51
Figura 8	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, conforme a região do Brasil, período de 2007 a 2011.....	52
Figura 9	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Estado do Pará em relação ao total da Região Norte do Brasil, período de 2007 a 2011.....	54
Figura 10	Óbitos por neoplasias em indígenas, no Estado do Pará, período de 2007 a 2011.....	55
Figura 11	Sinais e sintomas presentes em n=14 pacientes indígenas atendidas na CASAI, Belém-PA, no período de 2008 a 2013.....	57
Figura 12	Exames laboratoriais realizados por n=14 pacientes indígenas atendidas na CASAI, Belém-PA, no período de 2008 a 2013.....	57
Figura 13	Exames por imagem realizados por n=14 pacientes indígenas atendidas na CASAI, Belém-PA, no período de 2008 a 2013.....	60
Figura 14	Tratamentos realizados por n=14 pacientes indígenas atendidas na CASAI, Belém-PA, no período de 2005 a 2012.....	61
Figura 15	Estudo detalhado do câncer de colo de útero em n=14, em pacientes indígenas, atendidas na CASAI, Belém-PA, no período de 2008 a 2013.....	62 63
Figura 16	Mortalidade entre os n=14 pacientes indígenas atendidas na CASAI, que evoluíram a óbito decorrente do câncer, Belém-PA, no período de 2008 a 2013.....	66
Figura 17	Mortalidade entre os n=14 indígenas pacientes atendidos na CASAI que evoluíram a óbito decorrente do câncer, Belém/PA, no período de 2008 a 2013.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, período de 2007 a 2011.....	47
Tabela 2	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, conforme a região do Brasil, período de 2007 a 2011.....	53
Tabela 3	Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, na Região Norte do Brasil, período de 2007 a 2011.....	55
Tabela 4	Óbitos por neoplasias em indígenas no Estado do Pará, período de 2007 a 2011.....	56
Tabela 5	Óbitos conforme o tipo de neoplasias em indígenas, no Estado do Pará, período de 2007 a 2011.....	58
Tabela 6	Sinais e sintomas presentes em n=14 pacientes indígenas atendidas na CASAI, Belém-PA, período de 2008 a 2013.....	59
Tabela 7	Exames laboratoriais realizados por n=14 pacientes indígenas, atendidas na CASAI, Belém-PA, período de 2008 a 2013.....	61
Tabela 8	Exames por imagem realizados por n=14 pacientes indígenas, atendidas na CASAI, Belém-PA, período de 2008 a 2013.....	61
Tabela 9	Tratamentos realizados por n=14 pacientes indígenas, atendidas na CASAI, Belém-PA, período de 2005 a 2012.....	62
Tabela 10	Estudo detalhado do câncer de colo de útero em n=14 pacientes indígenas, atendidas na CASAI, Belém-PA, período de 2005 a 2012.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS

CASAI - Casa de Saúde Indígena

SESAI- Secretaria Especial de Saúde Indígena

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GUATOC - Guamá-Tocantins

DAI- Departamento de Assuntos Indígenas

AMTB - Associação de Missões Transculturais Brasileiras

TIs- Terras Indígenas

OMS - Organização Mundial de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFAM - Universidade Federal do Amazonas

UFPA- Universidade Federal do Pará

HUJBB-Hospital Universitário João de Barros Barreto

SUDAM- Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia

CA- Câncer

HPV- Papiloma Vírus Humano

INCA- Instituto Nacional do Câncer

IARC- International Agency for Research on Câncer

NIC- Neoplasia intra-epitelial cervical

CID-Classificação Internacional de Doenças

PCCU-Preventivo do Câncer do colo do útero

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	POLÍTICAS DE SAÚDE INDIGENISTA E O PERFIL DAS MULHERES INDÍGENAS	17
2.1	PERFIL DAS MULHERES INDÍGENAS.....	19
2.2	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE INDÍGENA	21
2.2.1	Os estudos sobre estas populações	21
3	CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	28
3.1	EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	28
3.2	CLASSIFICAÇÕES DAS LESÕES CERVICAIS PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	29
3.3	O CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	29
3.4	PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) E SUA RELAÇÃO COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	31
3.5	AÇÕES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	33
3.5.1	A Relação da vacina com o HPV	36
4	O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO EM MULHERES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA PARAENSE	38
4.1	METODOLOGIA	38
4.1.1	Objetivo Geral	38
4.1.2	Objetivos Específicos	38
4.2	Tipos de estudo e abordagem	38
4.3	CASAI-ICOARACI	38
4.3.1	População	39
4.3.1.1	Apalay - Wayana	40
4.3.1.2	Kayapó, Mekanotiré	40
4.3.1.3	Munduruku	42
4.3.1.4	Parakanã.....	42
4.3.1.5	Tembés.....	43
4.3.1.6	Xipaia.....	44
4.4	FONTES DE INFORMAÇÃO/PERÍODO.....	44
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4.7	TIPOS DE ANÁLISE.....	45
4.8	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
	CONCLUSÃO	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	77
	ANEXOS	81

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo de útero em indígenas no Brasil apresenta as maiores taxas de incidência anuais, principalmente nas cidades de Goiânia, Belém e Distrito Federal, onde as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011,2012) apontam que foram detectados 17.540 casos novos, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres, com maior incidência na região Norte (24/100 mil). Para o ano de 2014, segundo o INCA (2014), são esperados 15.590 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,33 casos a cada 100 mil mulheres.

O contato contínuo entre as diversas culturas que integram a Amazônia levou grupos indígenas a mudanças de hábitos que influenciaram e ainda influenciam na saúde e na qualidade de vida destas populações, principalmente no que se refere ao aparecimento de grupos de risco sujeitos a incidência de doenças, como é o caso do câncer do colo do útero nas populações de mulheres indígenas, objeto de estudo desta pesquisa.

Sem ignorar os contatos interétnicos provocados pela modernidade desde a colonização, que significativamente foram responsáveis pelos processos de mudança sociocultural das populações indígenas e de suas práticas de saúde, destacamos o argumento de Furtado (1997), que nos alerta para as transformações aceleradas que ocorreram na Amazônia a partir da década de 1970, como a destruição dos ecossistemas locais, a descaracterização sociocultural de suas populações e a mobilidade ocupacional e espacial contínuas. Conforme a antropóloga, estas mudanças foram impulsionadas pelo governo militar, sob ação da lei de incentivos fiscais para a região, coordenada pela Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM) e seus projetos desenvolvimentistas.

De acordo com o estudo, o câncer do colo do útero configura-se como um importante problema de saúde pública, uma vez que as últimas estimativas mundiais no ano de 2012 apontavam essa doença como o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, com 527 mil novos casos. Sua incidência é maior em países menos desenvolvidos quando comparada aos países mais desenvolvidos (INCA, 2014, p. 39-40).

Em relação à população paraense, o estudo do INCA (2014) apresenta uma estimativa de 830 novos casos de câncer do colo do útero, sendo que destes, 260 estão estimados para a capital, Belém.

A ocorrência de câncer do colo do útero nas populações indígenas da Amazônia paraense, no período de 2005 a 2012, que buscaram atendimento na Casa de Saúde Indígena (CASAI), em Icoaraci, distrito do município de Belém, no estado do Pará. Ampliamos a análise

para questões como as políticas públicas direcionadas para as populações indígenas, a organização destas populações e o perfil das populações em especial de gênero, para identificarmos melhor a mulher indígena, entendendo que desta forma, o estudo nos aproxima mais de possibilidades de entendimento das questões estudadas.

A investigação possibilitou, por isso mesmo, a identificação e o estudo, em termos estatísticos e científicos, da população atendida na CASAI que apresenta morbidade com câncer do colo do útero, nos anos de 2005 a 2012. Realizamos ainda para sustentar essa análise, estudos descritivos usando categorias de análise como etnias, localização, terras indígenas, desaldeados, modo de vida, com o objetivo de mapear estas identidades na perspectiva de melhor compreender as questões de saúde em especial do câncer que acometem as populações femininas destas comunidades. Esperamos que os resultados aqui apresentados possam subsidiar decisões nas esferas de gestão estadual e municipais, de modo a gerar melhorias nos serviços para a saúde indígena, já gravemente comprometida por um conjunto de fatores sociais, culturais, ambientais e econômicos, conforme evidenciam dados da FUNASA (2002), segundo os quais os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade.

A fraca cobertura sanitária das comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento, favorecem a manutenção das endemias entre as populações indígenas no Brasil. Todos esses são problemas que afetam as comunidades como um todo, tanto os indígenas do sexo feminino quanto do sexo masculino (FUNASA, 2002).

A pesquisa preocupou-se ainda com uma cuidadosa sistematização de dados bibliográficos sobre os problemas que envolvem o câncer de útero tanto do ponto de vista de estudos específicos sobre a doença, como problema de saúde pública e ainda aqueles relacionados com as populações indígenas, com a realização de revisão bibliográfica específica, para subsidiar a análise ulterior dos dados coletados. Neste sentido, destaca-se que foram encontrados poucos estudos envolvendo as diversas temáticas relacionadas à saúde indígena, no Brasil e na Amazônia, em particular. Segundo a revisão sistemática da produção científica sobre saúde da população indígena feita por Almeida (2009), foram identificadas apenas 32 produções na região Norte, 11 das quais no Estado do Pará. Em seu levantamento, até o ano de 2009, nenhum estudo foi localizado sobre o câncer do colo do útero.

Do ponto de vista profissional, vale ressaltar que este trabalho de pesquisa foi também motivado pela atuação da autora como enfermeira, inicialmente no Sul do Pará, na cidade de Parauapebas, onde teve contato com indígenas da etnia Xikrin do Cateté. Junto a esse povo realizou atendimento de atenção primária, no Hospital Municipal de Parauapebas, principalmente com crianças e mulheres. Foi a partir dessa atuação que sentiu a necessidade de maiores estudos e de políticas mais efetivas voltadas à prevenção e ao tratamento de doenças que acometem as mulheres indígenas, particularmente o câncer do colo do útero.

Além do Hospital Municipal de Parauapebas, teve contato com populações indígenas, das etnias Xipaia, Tembé, Munduruku, Parakanã, Wai-Wai, Kayapó, no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA), o qual realiza atendimentos de alta e média complexidade da população indígena do Pará, encaminhados pela Casa da Saúde Indígena (CASAI). O contato com o atendimento de saúde desta população e o interesse em produzir dados de pesquisa que possam de alguma forma contribuir para a avaliação e formulação de políticas públicas de saúde voltadas a este segmento social, dentre outros aspectos foram motivadores para este estudo.

2 POLÍTICAS DE SAÚDE INDIGENISTA E O PERFIL DAS MULHERES INDÍGENAS

A proposta deste capítulo é apresentar de forma descritiva as políticas de saúde indigenista na Amazônia paraense, considerando que o estudo proposto que envolve o câncer de colo de útero em mulheres indígenas, indica uma aproximação que considere questões como cultura, modo e qualidade de vida destas populações.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) inseriu novos elementos na relação entre Estado e sociedades indígenas, especialmente quando reconheceu aos índios sua organização social, línguas, costumes, crenças, tradições e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam; também quando afirmou a saúde pública como um direito de todos e dever do Estado (CRUZ; COELHO, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) também foi um dos resultados dessa Constituição. A saúde indigenista, por sua vez, passou a fazer parte do SUS, de forma subordinada, após a transferência de sua responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Com a criação do SUS, toda a estrutura de organização de serviços para os povos indígenas passou a ser vinculada de maneira subordinada à organização de serviços definidos para a sociedade brasileira.

Com o SUS, ademais, foi estruturado um subsistema de avaliação de atenção à saúde indígena, constituído pelos seguintes órgãos: Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde; Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI); Postos de Saúde; Polos Base; Casas de Saúde Indígena (CASAI) e Unidades de Referência, especificados a seguir, com base Garnelo e Pontes (2012):

- SESAI: Tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS.
- DSEI: Implantado oficialmente em 1999, com a responsabilidade de prestar atendimento à toda população aldeada em terras indígenas. O DSEI constitui um subsistema do SUS, definido para ser organizado em nível de complexidade crescente,

com adaptação e reordenação da rede de serviços de atenção básica de saúde, através do controle social, como uma de suas diretrizes e uma de suas principais características. No Brasil foram 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além dos DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os polos base e as Casas de Saúde do Índio CASAIS.

- **POSTOS DE SAÚDE** Unidade mais simples do Distrito sanitário. Nele atuaria o Agente Indígena de Saúde deveria haver pelo menos um posto de saúde em cada aldeia.
- **POLO BASE**, Unidade de saúde que deve contar com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, os quais se responsabilizariam pelo atendimento das aldeias geograficamente próximas a ele. A equipe baseada nesta unidade de saúde, preferencialmente sediada no interior das terras indígenas, deve prover atenção básica à saúde da população sob sua responsabilidade, atuando de modo articulado ao trabalho do agente de saúde e efetuando visitas periódicas de atendimento aos comunitários.
- **CASAI**: Estão implantadas em sedes municipais e devem acolher os doentes encaminhados das aldeias e polos-base, para receber algum tipo de tratamento de saúde na cidade. As Casas de Saúde Indígena são uma especificidade do subsistema de saúde indígena, pois esse tipo de unidade não é adotado no SUS como um todo. Sua principal atribuição é o apoio ao paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, substituindo o suporte familiar ou social com que os indígenas não contam quando se deslocam para o espaço urbano. Esse perfil de atuação caracteriza a Casa de Saúde do Índio como um modelo misto de albergue e centro de atendimento aos casos de doença
- **UNIDADE DE REFERÊNCIA**: Sediado em geral nas grandes cidades onde o paciente indígena é referenciado para receber tratamento mais complexo o termo é usado para designar um ambulatório ou hospital especializado, que não pode ser ofertado no DSEI. Essas unidades já são parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde que devem interatuar com o subsistema de saúde indígena. No diagrama abaixo, está ilustrada a rede hierarquizada de serviços de saúde nos DSEI.

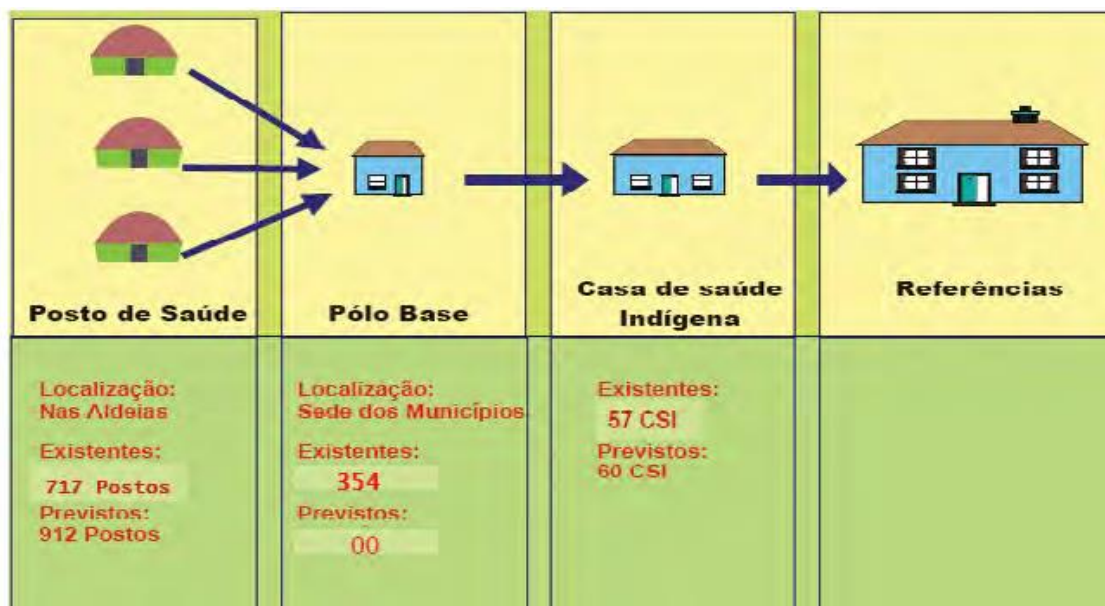


Figura 1 - Fontes: DESAI. Ministério da Saúde, 2008.

2.1 PERFIL DAS MULHERES INDÍGENAS

A opção por mostrar este perfil está relacionada com a questão de gênero que está presente em estudos interdisciplinares, como é o caso do nosso estudo, considerando a ação das mulheres nos sistemas culturais e produtivos de comunidades e grupos sociais, possibilitando que saiam da invisibilidade e deixem de ser categorias que apesar de desempenharem importante papel na vida social destes grupos, em especial nos problemas de educação e saúde e doença nestas populações, tem suas falas silenciadas. Um dos pontos referencias é a articulação entre identidade e imaginário social e a organização destas comunidades em especial a que trata de saúde e doença.

Durante o período de trinta dias em que passamos realizando esta pesquisa na Casai, tivemos a oportunidade e o privilégio de poder ter observado e de ter iniciado contato com algumas mulheres indígenas das Etnias Tembé, Munduruku e Parakanã, que lá se encontravam para realizar algum tipo de acompanhamento médico, e em outros casos em que algumas dessas mulheres estavam acompanhando parentes que foram referenciadas de suas aldeias para iniciarem algum tipo de tratamento médico ou mesmo para realização de exames de alta complexidade: como Tomografias ou tratamentos como cirurgias e continuação dos tratamentos de alta complexidade contra o Câncer, como as quimioterapias e radioterapias.

Durante as conversas, tivemos a oportunidade de observar a preocupação dessas mulheres indígenas com outros parentes que tinham ficado nas aldeias, pois todos os dias se formam filas de mulheres sentadas em um banco de madeira à espera na antessala da direção

da CASAI para se comunicarem através do telefone com seus parentes. Algumas dando instruções e também perguntando a outros parentes, como essas pessoas estavam vivendo ou até mesmo para pessoas do outro lado do telefone, porém, na maioria das vezes na língua de suas etnias. Observamos também um carinho muito grande com seus filhos menores, sempre os traziam para junto de seus corpos, colocavam as crianças entre suas pernas, o que nos deu a impressão que era para protegê-los, algumas mulheres, confeccionavam colares e os vendiam.

Ainda, com relação ao perfil das mulheres que frequentam o hospital observamos a preocupação com estado de saúde dos filhos doentes, que se encontravam internados na clínica pediátrica do HUIBB. Constatou-se que o espaço físico, como as enfermarias, não oferecia condições adequadas, com pouca ventilação, presença de insetos\mosquitos, falta privacidade e o ambiente muito distante de identificação com a cultura indígena, provocando dificuldade de permanência e de relacionamento, em função desse ambiente hostil onde as mesmas ficavam mal acomodadas, muito diferente dos costumes de suas aldeias e, no entanto, elas estavam ali, para acompanhar os seus filhos.

Apesar da realidade observada, no Hospital Universitário João de Barros Barreto, existe desde 2006 uma legislação que regulamenta critérios de internação hospitalar e que deveriam estar sendo atendidos. Foi durante a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que ocorreu no mês de março, nos dias 27 a 31 de 2006 em Rio Quente-Go, foi anunciado a criação do selo hospital amigo do índio, em que o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de internação hospitalar a populações indígena conforme a Portaria no. 1062 GM de 04 de julho de 2005. E a Portaria 645 GM de 27 de março de 2006, institui o certificado Hospital amigo do Índio a ser oferecido ao estabelecimento de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde SUS. Segundo a Fundação Nacional de Saúde, as Conferencias de saúde são importantes instrumentos de controle social, avaliando e propondo políticas de saúde no país. A 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, indicou a necessidade de convocação da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Queremos com isto, mostrar as questões de identidade próprias destas populações numa relação desigual com as instituições, neste caso, as instituições de saúde, apresentando um conjunto de dificuldades que precisam ser superadas e muitas vezes à revelia das leis e outros instrumentos de regulação que buscam equilibrar estas relações. Sabemos que um dos principais problemas no atendimento de saúde e queremos afirmar aqui, está nestes processos de aproximação entre pacientes e profissionais de saúde em um ambiente condizente com a necessidade de tratamento, objeto de uma relação maior entre saúde e doença.

2.2 ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE INDÍGENA

Na América do Sul, o Brasil apresenta um significativo contingente de indígenas, embora corresponda a somente 0,4% da população total do país. Neste conjunto, não estão contabilizados povos indígenas brasileiros considerados “índios isolados”, pela própria política de contato, como também indígenas que estão em processo de reafirmação étnica após anos de dominação e repressão cultural (LUCIANO, 2006),

O Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011) revela que 817 mil pessoas se autodeclararam indígenas e que o crescimento no período 2000/2010, 84 mil indígenas, representando 11,4%, não foi tão expressivo quanto o verificado no período anterior, 1991/2000, 440 mil indígenas, aproximadamente 150%. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram crescimento no volume populacional dos Autodeclarados indígenas, enquanto as Regiões Sudeste e Sul, perda de 39,2% e 11,6%, respectivamente.

Isto mostra que há uma mudança neste quadro representativo destas populações pelo autorreconhecimento e identificação trazida pelo censo que evidencia que o crescimento da população geral dos povos indígenas no Brasil é muito significativo. Em 1991, a população indígena oficial do Brasil, era formada por 294.000 indivíduos. A partir do ano 2000, porém, o IBGE passa a registrar aumentos de até 150% de indivíduos que se autodeclararam indígenas, principalmente nas áreas urbanas ou em urbanização. 734.000 pessoas se declararam indígenas na pesquisa do IBGE do ano 2.000, perfazendo um total de quase 900.000 em 2010 (IBGE, 2011). Há diversos motivos para tal crescimento estatístico. Observa-se que tal fenômeno de autodeclarar em grande escala ocorreu principalmente nas regiões urbanas e em urbanização do Nordeste e Sudeste. Os motivos são diversos, o Relatório 2010 das Etnias Brasileiras (AMTB, 2010) afirma que três sejam os principais: o reavivamento cultural, a movimentação política ou a busca pelos incentivos governamentais.

Segundo análise do Departamento de Assuntos Indígenas (DAI) e da Associação de Missões Transculturais Brasileiras (AMTB), as etnias conhecidas e em estudo, compunham a população de 616.000 indígenas em 2010. Dentre estes, 52% habitando em aldeamentos e 48% em regiões urbanizadas ou em urbanização. Cerca de 60% da população indígena brasileira habitando a Amazônia Legal, composta pelos estados do Amazonas, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso e parte do Maranhão. A partir das leituras de movimentos demográficos, porém, em cinco anos haverá igualdade entre aqueles que habitam as aldeias e os que habitam as pequenas e grandes cidades. A partir de 2015, a quantidade de indígenas habitando centros urbanos será certamente maior e em gradual aumento.

Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI, 2011), há 611 Terras Indígenas (TIs) reconhecidas ou em fase de reconhecimento que correspondem a 13% das terras do país, sendo 21% da Amazônia legal. De acordo com dados da Fundação Nacional do Índio (FUNAI, 2011), hoje, no Brasil, vivem mais de 800 mil índios, cerca de 4% da população brasileira, segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2011). Eles estão distribuídos entre 683 Terras Indígenas e algumas áreas urbanas. Há, também, 77 referências de grupos indígenas não contatados, das quais 30 foram confirmadas. Existem, ainda, grupos que estão requerendo o reconhecimento de sua condição indígena junto ao órgão federal indigenista.

Deste universo, os grupos indígenas estudados são os atualmente atendidos pela CASAI que integram os 04 DESEI's do Pará, a saber:

- DSEI Altamira – Sede Altamira: região central do Pará, próxima da divisa com o Estado do Amazonas;
- DSEI Guamá Tocantins – Sede Belém: faixa de terra no leste do Pará até o norte do Tocantins;
- DSEI Kayapó do Pará – Sede Redenção: região sul do Pará, fazendo divisa com o Mato Grosso e com o Tocantins;
- DSEI Rio Tapajós – Sede Itaituba: região oeste do Pará, percorrendo o leito do rio Tapajós, de norte a sul.

É importante esclarecermos aqui, considerando a perspectiva do estudo proposto, que a escolha destes grupos indígenas para identificação do câncer de colo do útero nas populações indígenas femininas, se fez por um critério étnico geral que pode ser visto na identificação dos povos indígenas a partir da relação com os brancos, pelo auto reconhecimento, identitário, portanto, como é o caso verificado no censo do IBGE (2011) e a identificação que se faz por um processo de exclusão implícito da etnia em relação aos outros grupos, diferentes pela alteridade, a que estas populações estão submetidas no Brasil como resultado das relações socioculturais ao longo do tempo (MELATTI, 2011).

Segundo Garnelo, Macedo e Brandão (2003), citados por IBGE (2009) os avanços na saúde dos povos indígenas são inegáveis, porém, a sua condição política, derivada da política indigenista em geral, da política de saúde viabilizada por meio do Sistema Único de Saúde - SUS e da movimentação indígena, exige uma articulação intersetorial que não vem ocorrendo na medida necessária, e isto repercute, ou melhor, tem uma interligação na qualidade das informações. Ainda são muito escassas as informações disponíveis sobre estatísticas vitais e indicadores de saúde para os povos indígenas, o que Coimbra Júnior e Santos (2001, p. 131)

chamam de “danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica”. Um fator complicador são os sistemas de informação da saúde indígena que ainda funcionam de maneira precária e pouco articulada com os sistemas nacionais (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

A respeito do perfil de morbimortalidade dos povos indígenas do Brasil, de acordo com Coimbra Júnior e Santos (2001), citados por IBGE (2009) tem sido dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias. Até um passado recente, epidemias de gripe e sarampo chegavam a dizimar milhares de indivíduos num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente o número de habitantes. Dentre algumas doenças, pode-se citar a tuberculose, que se destaca como de alta endemicidade no presente. A malária é outra doença com elevadas taxas de morbidade e mortalidade, juntamente com as hepatites, que são importantes causas de morbidade e mortalidade entre os povos indígenas. As condições precárias de saneamento também propiciam a ocorrência das parasitoses intestinais em elevada ocorrência. Assim é importante ressaltar que o quadro de saúde/doença dos indígenas é altamente complexo e que se diferencia daquele da população brasileira em geral (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003).

Diante disso, é fundamental contar com informações que permitam retratar, com objetividade e transparência esse cenário, como é o caso da ocorrência do câncer de colo do útero em populações indígenas femininas, inclusive para melhor orientar o planejamento e a gestão das políticas públicas direcionadas para a área de saúde pública na região amazônica, área de grande concentração de indígenas.

2.2.1 Os estudos sobre estas populações

Existe uma variedade de temas dedicados aos estudos sobre as populações indígenas, motivo pelo qual se buscou através da seleção deste material fazer um breve painel com a intenção de demarcar a natureza da pesquisa desta dissertação considerando que o perfil epidemiológico como demonstram vários autores é pouco conhecido no Brasil em função das dificuldades nesta área. Em seguida faremos uma breve descrição sobre os estudos realizados sobre esta temática.

Os autores Taborda, Ferreira, Rodrigues, Stavale² e Baruzzi¹ (2000) apresentaram um “estudo sobre o câncer de colo de útero das mulheres indígenas no Xingu” que teve como objetivo analisar a ocorrência de câncer do colo do útero e de infecções cervico vaginais em 423 mulheres indígenas nos anos de 1989 e 1996 habitantes do Parque indígena do Xingu no estado de Mato Grosso com vida sexual ativa presente ou pregressa. Foram realizados exames

clínicos e ginecológicos com a obtenção do esfregaço da cérvix uterina e estudo da citologia oncológica. Esses estudos foram complementados com colposcopia e biopsias nos casos positivos. A conclusão extraída foi que 1% das mulheres apresentava carcinoma invasivo e 3% apresentavam lesões pré-malignas e que 84% apresentavam atipias celulares de natureza inflamatória decorrentes de infecções genitais sexualmente transmissíveis e concluíram ainda que os achados da pesquisa estão de acordo com a literatura internacional quanto à elevada ocorrência dessas doenças em indígenas e com indicação de programas de controle das DST como detecção e tratamento precoces do câncer do colo do útero.

Sobre o “perfil epidemiológico dos povos indígenas” Coimbra Jr., Carlos E. A e Ricardo Ventura Santos (2001) realizaram uma pesquisa pelo Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. Este estudo mostrou que o perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de censos e de outros inquéritos regulares e da precariedade dos sistemas de registro de informações sobre morbidade, mortalidade e cobertura vacinal, dentre outros fatores (Coimbra Jr. & Santos, 2000). Além disso, o complexo quadro de saúde indígena está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país ao longo do tempo. Outra questão relevante no cenário da saúde dos povos indígenas diz respeito aos impactos das mudanças ambientais decorrentes da construção de barragens hidrelétricas em suas terras ou nas proximidades, atividades extrativistas como o garimpo, ou mesmo a introdução de novas tecnologias agrícolas que envolvam a substituição do sistema de horticultura consorciada tradicional por monoculturas. Tais conhecimentos são fundamentais para o embasamento de atuações políticas, inclusive por parte de lideranças indígenas, pensando em intervenções com vistas à promoção da equidade em saúde. Espera-se ainda que, a partir da crescente participação indígena nos vários segmentos do sistema de saúde, futuramente eles próprios venham a fazer uso dessas informações com o objetivo de definir prioridades e implementar estratégias mais adequadas de atuação nas comunidades indígenas.

No que diz respeito à “citopatologia do colo do útero” realizado nas mulheres indígenas e não indígenas no Brasil. Solé Pla, et al. (2011) apresentaram um estudo sobre perfil que teve como objetivo: descrever o perfil dos exames citopatológicos realizados na população indígena brasileira em comparação a não indígenas. Para tal foi utilizado como método: 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. Os resultados entre

2008 e 2010, mostra que 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.

O estudo concluiu que os dados evidenciam a importância do tema para as mulheres indígenas ao mesmo tempo em que sugere dificuldade de acesso aos exames citopatológicos para esse grupo, e ressaltam a necessidade de melhoria da informação cor/raça no SISCOLO. O estudo contribuiu ainda, para esclarecer a dimensão da questão concernente ao câncer do colo do útero em mulheres indígenas, comparando as condições dessa patologia entre tais mulheres e as demais pertencentes a outros grupos raciais. Seus resultados apontam para a melhoria da oferta dos exames citopatológicos no período estudado, principalmente para o grupo indígena. Notou-se, entretanto, uma tendência de início da coleta antes dos 25 anos e a repetição de exames com periodicidade maior que a preconizada pelas atuais diretrizes clínicas nacionais. Apesar da frequência de lesões encontradas, ser inferior às referidas nos estudos levantados, os resultados do estudo sugerem o diagnóstico tardio do câncer do colo do útero entre as mulheres indígenas. É imprescindível considerar que as informações de 2011 sofreram interferência da obrigatoriedade de inclusão, a partir da portaria SAS/MS nº 508/2010, da informação etnia para os exames realizados em mulheres de cor/raça indígena. Enquanto alguns estados da federação referiram ter melhorado seu preenchimento, outros relatam perdas em um primeiro momento, como o evidenciado na região Sudeste. Esse aumento das informações de forma diferenciada nas regiões do país pode ter gerado um viés na comparação entre os dados da população indígena e não indígena. Ademais, a atual versão do SISCOLO, traz dados referentes aos exames realizados e não sobre as mulheres. Por isto, deve-se considerar a possibilidade de duplicidade de exames por uma mesma mulher. Apesar das restrições existentes, o presente trabalho endossa a importância do tema para a saúde da mulher indígena e reforça a necessidade esforços para a melhoria do preenchimento das informações de cor/raça no SISCOLO, que pode ser um importante instrumento de análise e planejamento para gestores e demais profissionais envolvidos com as ações de controle desse câncer. Além disto, estudos adicionais são imprescindíveis para a melhoria do conhecimento científico sobre

este assunto e para a avaliação das estratégias adotadas para esta população.

Outro “trabalho sobre o câncer cérvico uterino em indígenas no Brasil” foi realizado por Albring, Luciana et al. (2006) que apresentaram um estudo sobre o câncer cérvico uterino em mulheres de populações indígenas do Brasil. O objetivo do estudo foi revisar o câncer do colo do útero e lesões precursoras em mulheres Indígenas do Brasil e confins fronteiriços da América do Sul. Foram localizados 32 artigos, sendo que 26 (81,25%) foram excluídos por não apresentarem os critérios de inclusão e seis (18,75%) foram analisados. Desses seis, foram analisados: Brito et al., (1996)¹; Brito et al., (1996²); Tabora et al., (2000); Rodrigues & Marques, (2003); Cervantes et al. (2003); Mendes(2004). Os critérios de inclusão ou exclusão foram: Delineamento; População; doença e diagnóstico.

A conclusão desse estudo foi que ainda existe um quantitativo pequeno em relação ao número de estudos sobre ocorrência de lesões pré-cancerosas, câncer e principalmente HPV encontrados na literatura, uma vez que este é o principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de colo de útero. Mostrou também a necessidade de novos estudos envolvendo pesquisas de HPV por *Reação em Cadeia da Polimerase* (Polymerase Chain Reaction - PCR) que é um método de amplificação (de criação de múltiplas cópias) de DNA (ácido desoxirribonucleico) sem o uso de um organismo vivo, por exemplo, *Escherichia coli* (bactéria) ou leveduras. Inventada em 1983 por Kary Mullis, a PCR é uma das técnicas mais comuns utilizadas em laboratórios de pesquisas médicas e biológicas para diversas tarefas, como o sequenciamento de genes e diagnóstico de doenças hereditárias, identificação de fingerprint genético (usado em testes de paternidade e na medicina forense), detecção de diagnóstico de doenças infecciosas e criação de organismos transgênicos.

Azevedo (2009) ao realizar um trabalho descrevendo e analisando as concepções próprias das mulheres indígenas do Alto Rio Negro sobre saúde reprodutiva, relacionando-as os indicadores de fecundidade decidiu investigar o sistema tradicional de cuidados com a saúde das mulheres e a maneira como elas percebem suas condições de saúde.

A principal conclusão extraída dessas informações é que, de fato, existe um sistema de conhecimentos e cuidados tradicionais com a saúde das mulheres, articulado com os demais sistemas de vida desses povos rio-negrinos. No momento da pesquisa, as mulheres mais velhas, com maior número de filhos, praticavam os cuidados tradicionais com a saúde, incluindo os métodos tradicionais de contracepção, mas as mulheres mais jovens possuíam menor conhecimento do sistema tradicional e não o praticavam com a mesma frequência. Outra conclusão importante foi que quanto mais próxima a comunidade indígena do hospital e do centro urbano (seja Iauaretê mesmo ou São Gabriel da Cachoeira), maior a desvalorização dos conhecimentos tradicionais próprios a essas mulheres (AZEVEDO, 2009, p.466).

Aprofundando-se sobre o tema, ao “tratar sobre o corpo para as mulheres indígenas”, é preciso destacar que nesta pesquisa a língua majoritária falada pela população de Iauaretê é o tukano, usado como língua franca de comunicação entre elas. Cada pessoa adulta fala, geralmente, três línguas: sua língua original (Desana, Tuyuka, Pira-tapuyaetc), o tukano e o português.

Durante as conversas e entrevistas, cada mulher dava sua opinião sobre uma determinada parte do corpo, sua nomenclatura em tukano, a tradução do termo para o português e todas discorriam sobre as relações entre os órgãos reprodutivos e suas funções.

O sangue e os fluídos corporais são considerados extremamente importantes pelas mulheres do Rio Negro. Através deles fluem para a geração seguinte algumas das características fundamentais dos povos. E essa importância não se limita apenas ao grupo, mas a toda a região: a mulher porta a afinidade para as comunidades vizinhas ou distantes. Desse modo de entender a importância dos fluidos deriva um comportamento fundamental: a mobilidade feminina. Ela espalha a afinidade e articula as comunidades através das alianças políticas. Assim, as alianças de sangue aqui poderiam ser entendidas diferentemente das alianças de sangue ocidentais, em geral vistas como alianças de consanguinidade (AZEVEDO, 2009, 468).

No que diz respeito à menstruação, segundo Azevedo (2009), o papel articulador dos fluidos se mostra com a puberdade. Na primeira menstruação, há a abertura do corpo das mulheres, que se torna apto para receber o esperma masculino. O corpo se abre para o sangue descer. Desde a primeira menstruação, as mulheres ficam “abertas”, pois tanto têm mais poder quanto podem apresentar certo perigo para outras pessoas. O poder vem da presença do sangue, que representa a fertilidade e, ao mesmo tempo, o contato com o mundo pré-humano. De maneira inversa, elas também se tornam vulneráveis, e, portanto, devem proceder de determinadas formas para se proteger, não piorar ou não se contaminar. Devido a isso, elas têm de manter certo confinamento.

A conclusão extraída dessas conversas, e vale destacar que o estudo de Azevedo (2009) é somente uma dentre as várias possibilidades das mulheres indígenas conviverem com seus corpos, foi que os conhecimentos que as mulheres possuem sobre seu corpo e os cuidados com a saúde reprodutiva são amplos e profundamente relacionados à visão de mundo desses povos. Além disso, o debate entre os profissionais de saúde não índios e as mulheres mostrou-se muito produtivo, pois ficou explícita a necessidade de formação dos profissionais para o atendimento específico às mulheres. Observou-se, também, a necessidade de planejar um trabalho de educação para saúde, voltado para essa população, realizado na língua de cada comunidade, partindo do entendimento dos sistemas tradicionais de cuidado com a saúde das mulheres.

3 CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

3.1 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2012 apontam que no Brasil foram detectados 17.540 casos novos de Câncer do Colo do Útero, com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). Nas regiões Centro-Oeste (28/100.000) e Nordeste (18/100.000), ocupa a segunda posição geral; na região Sudeste (15/100.000), a terceira e, na região Sul (14/100.000), a quarta posição. Com relação à mortalidade no Brasil no ano de 2010, o câncer do colo do útero foi a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres, com um risco de 4 por 100 mil. Na região Norte, foi a principal causa de morte (9/100.000). Para a região Nordeste, a terceira causa de morte (5/100.000), a quarta na região Centro-Oeste (6/100.000) e a quinta na região Sudeste (4/100.000). Na região Sul, o câncer de colo do útero não está como entre as cinco principais causas de morte por câncer entre as mulheres, ficando em sexto lugar, com um risco de 4/100.000. No país, as cidades de Goiânia e Belém, assim como o Distrito Federal, apresentaram as maiores taxas de incidência anuais.

As taxas de mortalidade por esta *neoplasia* também apresentam variação entre as regiões do Brasil. A região Norte tem maior risco de morte, em razão da alta incidência deste agravo quando comparada com as outras regiões. No ano de 2007, registraram-se 458 óbitos por câncer de colo do útero nesta região, com uma taxa bruta de 8,6/100 mil mulheres de acordo com a padronização de mortalidade para a população mundial. O número de registro de óbitos neste ano no território nacional foi de 4.691 casos, segundo o sistema de informação de mortalidade-SIM. Apesar dos óbitos da região norte representarem 10% dos casos de morte por câncer de colo do útero no país, o risco de morrer por este tumor na região Norte é de 32% maior que a média nacional e figura como a primeira causa de óbito por neoplasia maligna nesta região. Nas regiões Sul e Sudeste, o câncer de colo do útero entre os óbitos por câncer nas mulheres ficou no sexto e quinto lugar respectivamente (INCA, 2010).

Destacam-se os cinco tipos de tumores mais incidentes no sexo feminino: os tumores de pele não melanoma (71 mil casos novos), mama (53 mil), colo do Útero (18 mil), cólon e reto (16 mil) e pulmão (10 mil). A incidência do câncer do colo do útero manifesta-se a partir da faixa etária de 20 a 29 anos, aumentando seu risco rapidamente até atingir o pico etário entre 50 e 60 anos (INCA 2012).

3.2 CLASSIFICAÇÕES DAS LESÕES CERVICAIS PRECURSORAS DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

As lesões cervicais precursoras se apresentam em graus evolutivos, do ponto de vista cito histopatológico, sendo classificadas como neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de graus I (lesão de baixo grau), pois possuem baixo potencial de progressão e podem regredir em até 62 a 70% dos casos. As neoplasias intra-epiteliais grau moderado e grave (NIC II e III) regredem em 45 a 55% em um período de 11 e 43 meses. Nesta fase, a cura pode ser alcançada se o diagnóstico for precoce e o tratamento adequado. Cerca de 20 a 30% de quem desenvolveram o carcinoma cervical invasor, apresenta um comportamento invasivo atingindo além do epitélio o tecido conectivo, tornando a cura mais difícil (INCA 2008).

Na fase invasiva, a lesão neoplásica, além do epitélio uterino, atinge órgãos; estruturas próximas e distantes como: vagina, paramétrios, linfonodos pélvicos, bexiga, reto, pulmão, ossos e linfonodos podendo esta evolução ocorrer por um período de 10 anos (INCA 2008).

Segundo (RABACHINI; SICHERO, 2010), o Sistema Bethesda é também usado para achados histopatológicos e para nomear as células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS).

As lesões precursoras de origem glandular são nomeadas no sistema Bethesda em 6 categorias: I - citologia benigna; II - Atipia de células glandulares de significado indeterminado (AGUS); III – Adenocarcinoma Endocervical; IV - Adenocarcinoma Endometrial; V – Adenocarcinoma Extrauterino; VI - Adenocarcinoma não especificado.

Segundo Ministério da Saúde (2002), o câncer, que não é uma doença única e sim um conjunto de mais de 100 doenças diferentes, é resultante de alterações que determinam um crescimento celular desordenado, não controlado pelo organismo e que compromete tecidos e órgãos. No caso do câncer do colo do útero, o órgão acometido é o útero, em uma parte específica – o colo, que fica em contato com a vagina. Classicamente, a história natural do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos.

3.3 O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

O câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais presente entre as mulheres, sendo duas vezes mais incidente em países subdesenvolvidos do que em países desenvolvidos

(BIFULCO *et al*, 2010).

A infecção do Papiloma Vírus Humano (HPV) foi reconhecida como a principal causa de câncer do colo uterino pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1992. No mundo, estima-se que 18% dos casos de câncer se devam a agentes infecciosos, percentual que os coloca, ao lado do fumo, como os mais importantes agentes cancerígenos, com destaque para o HPV, segundo a Internacional Agency for Researchon Cancer (IARC, 1994, 1997, 2005).

Os dois tipos de Papiloma vírus Humano com maior risco de causar lesões neoplásicas são os HPV16 e o HPV18, que podem estar presentes no tecido infectado até por 12 meses, aumentando o risco das mulheres desenvolverem o câncer cervical, ficando este risco aumentado de acordo com as variações do vírus. Embora o Papiloma Vírus Humano constitua-se em causa comprovada do câncer cervical, observa-se que apenas nos casos de persistência da infecção e no tipo de vírus envolvido é que esta infecção se torna tecido infectado até por 12 meses, aumentando o risco das mulheres desenvolverem o câncer cervical, ficando este risco aumentado de acordo com as variações do vírus.

Outros fatores de risco para desenvolvimento do câncer são os *ambientais* e *comportamentais*, que contribuem para a exposição a agentes infecciosos, com potencial de transformação do tecido cervical e que em função do tempo de contato atuam como meio favorável à proliferação e o desenvolvimento da lesão neoplásica (NAKAGAWA *et. al*, 2010).

O câncer do colo do útero é uma doença de longa evolução, podendo ser detectada em fases precoces. O pico de incidência do câncer do colo uterino ocorre em média 10 a 20 anos após a infecção pelo HPV. Hoje se sabe do papel central deste vírus na carcinogênese cervical e a afirmação de que não existe câncer do colo sem que o HPV se faça presente (PINTO *et al.*, 2002; NICOLAU, 2003).

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor.

A carcinogênese é determinada pela exposição a agentes cancerígenos ou carcinógenos em uma dada frequência e período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular. Esse processo é composto por três estágios (INCA, 2012):

- Estágio de iniciação, no qual os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos.
- Estágio de promoção no qual os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada.

- Estágio de progressão, caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012), independentemente da exposição a carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo. Estes fenômenos incluem danos oxidativos, erros de ação das polimerases e das recombinases e redução e reordenamento cromossômico. Há também que se considerar a vigilância imunológica como mecanismo de correção ou exclusão das células mutantes. Os fenômenos de mutação espontânea podem condicionar uma maior ou menor instabilidade genômica, que pode ser crucial nos processos iniciais da carcinogênese, como consequência de aneuploidia e ampliações genéticas. Em síntese, a carcinogênese pode se iniciar de forma espontânea ou ser provocada pela ação de agentes carcinogênicos (químicos físicos ou biológicos). Em ambos os casos, verifica-se a indução de alterações mutagênicas e não-mutagênicas ou epigenéticas nas células.

A incidência, a distribuição geográfica e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a múltiplos fatores, incluindo sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição a carcinógenos ambientais. Destes fatores, os ambientais são, provavelmente, os mais importantes.

Os carcinógenos químicos (particularmente aqueles presentes no tabaco e resultantes de sua combustão e metabolismo), bem como determinados agentes, como os azocorantes, aflatoxinas e benzeno, foram claramente implicados na indução de câncer no homem e animais. Certos vírus de ADN do grupo herpes e papiloma, bem como vírus de ácido ribonucleico (ARN) do tipo C, foram também implicados como agentes produtores de câncer em animais, podendo ser igualmente responsáveis por alguns cânceres no homem.

O tempo para a carcinogênese ser completada é indeterminável, podendo ser necessários muitos anos para que se verifique o aparecimento do tumor. Teoricamente, a carcinogênese pode ser interrompida, em qualquer uma das etapas, se o organismo for capaz de reprimir a proliferação celular e de reparar o dano causado ao genoma. Seria redundante salientar que a suspensão da exposição a agentes carcinogênicos é condição *sine qua non* para a interrupção da carcinogênese.

3.4 PAPILOMA VÍRUS HUMANO (HPV) E SUA RELAÇÃO COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), o câncer do colo do útero é a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres, sendo a quarta causa de morte por câncer,

apesar de ser uma das poucas neoplasias preveníveis. É uma doença de longa evolução, podendo ser detectada em fases precoces. As estimativas da incidência de câncer no Brasil apontam a ocorrência de 19.260 casos novos de câncer do colo uterino para o ano de 2006. A associação existente entre o papilomavírus humano (HPV) e o carcinoma escamoso cervical está sendo investigado há muitos anos. Atualmente, sabe-se do papel central deste vírus na carcinogênese cervical e a afirmação de que não existe câncer do colo sem que o HPV se faça presente (PINTO *et al.*, 2002; NICOLAU, 2003).

No Brasil, o câncer do colo do útero representa 8,1% das neoplasias malignas em mulheres, inferior apenas aos casos de tumores da mama (20,6%). São aceitas pela IARC as evidências do potencial carcinogênico de alguns tipos de HPV – como os HPV 16, 18, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 ou 66 – que podem causar câncer cervical. Os tipos de HPV virais mais prevalentes em mulheres com carcinoma no colo do útero são o 16 e o 18, associados a 70% destes cânceres. Estudos feitos em vários países mostram a força da associação entre este vírus e o câncer do colo do útero. Os resultados de quatro estudos brasileiros (ALMEIDA, 2009) são consistentes com achados internacionais e mostram a elevada prevalência do HPV em mulheres com carcinoma cervical e lesão precursora do câncer do colo do útero. Ao HPV se atribuem 100% dos casos de câncer do colo do útero – é responsável por 5,2% do total de casos de câncer no mundo em ambos os sexos. No Brasil, esse percentual é de 4,1%. Embora de ocorrência menos frequente, cânceres em outras áreas, como ano-genital, boca e faringe, são ainda associados à infecção pelo HPV, de acordo com International Agency for Research on Cancer (IARC, 1994, 1997, 2005).

O papilomavírus humano é encontrado em infecções do trato vaginal tanto em mulheres com lesões cervicais como em mulheres com citologia normal. A associação da infecção com a neoplasia do útero está na dependência do tipo específico do vírus; da carga viral; da persistência da infecção e da relação com outros fatores como: tabagismo, o uso de contraceptivos hormonais, dieta e hábitos sexuais, sendo estes últimos que assemelha o comportamento do câncer de colo do útero as doenças sexualmente transmissíveis.

Em razão da alta prevalência da infecção pelo HPV não ser diretamente proporcional à incidência de neoplasia cervical e das lesões intraepiteliais cervicais apresentarem baixas taxas de progressão sugere-se que na etiologia do câncer cervical haja uma combinação de fatores de risco, não sendo a infecção pelo papilomavírus humano, causa suficiente para a gênese do tumor cervical (União Internacional Contra o Câncer, 2006).

3.5 AÇÕES PARA O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Será feito um breve histórico das ações para o controle do Câncer do Colo do útero que teve seu lançamento no ano de 1984 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, e que tinha como propósito o cuidado à atenção ao ciclo gravídico-puerperal e a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama. A partir do ano 1996, portanto dez anos após o lançamento do programa.

O Instituto Nacional do Câncer através do ministério da saúde criou um novo programa chamado de Pro-Onco e que tinham como linha básica de trabalho a formação e educação, com foco nos quatro tipos de câncer mais incidentes, entre eles o do colo do útero e o de mama. Já em 1995 o ministério da Saúde criou um programa em âmbito nacional para o controle do câncer do colo do útero. Entre os anos de 1997 e 1998 foi criado um projeto piloto chamado Viva Mulher em seis localidades como (Curitiba, Brasília, Recife, Rio de Janeiro, Belém e estado de Sergipe) e atendeu 124.440 mulheres, priorizando mulheres entre 35 e 49 anos que nunca haviam feito o exame preventivo ou que estavam sem fazê-lo há mais de três anos.

Segundo Cadernos de Atenção Básica Controle dos Canceres do Colo do útero e de Mama do Ministério da Saúde, (2013) para o controle do Câncer do Colo do útero houve o lançamento no ano de 1984 do: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, e que tinha como propósito o cuidado à atenção ao ciclo gravídico-puerperal e a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama. A partir do ano 1986, portanto dez anos após o lançamento do programa. Vale destacar que essas ações foram propostas para todas as mulheres brasileiras, inclusive as indígenas, porém sem uma especificidade para esses povos.

Foram criadas outras ações que atuam sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e dos agravos.

Para o controle do câncer do colo do útero, a melhora do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões centrais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho, e também articulação Inter setorial, com setores do setor público e sociedade civil organizada. (Cadernos de Atenção Básica Controle dos Canceres do Colo do útero e de Mama do Ministério da Saúde (2013, p.45)

O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do

atendimento. O controle do tabagismo pode ajudar a minimizar o risco de câncer do colo do útero e é também uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde ((BRASIL, 2010b).

Segundo INCA (2011b) as ações estratégicas para o controle do câncer do colo do útero fazem parte do conjunto de ações para o controle do câncer no Brasil, com base em metas e resultados em áreas prioritárias. A partir da Conferência Mundial Sobre a Mulher, ocorrida na China, em 1995, o governo brasileiro passou a investir esforços na organização de uma rede nacional de detecção precoce do câncer do colo do útero.

Dentre os vários programas desenvolvidos e coordenados pelo INCA, temos o Programa de Controle ao Câncer do Colo do Útero, desenvolvido em parceria com o Distrito Federal e outros estados da União. Este programa visa reduzir a incidência e mortalidade pela doença e a melhoria da qualidade de vida da mulher acometida pelo Câncer do colo do útero (INCA, 2011).

O Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (Viva Mulher) tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres.

De acordo com o INCA (2011b), com relação ao controle do câncer do colo do útero, as ações contemplam a detecção precoce, por meio do exame citopatológico; a garantia do tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos; e o monitoramento da qualidade do atendimento à mulher nas diferentes etapas do Programa.

Para a assessoria, execução e coordenação da Política Nacional de Atenção Oncológica do Ministério da Saúde, foi criado, através da portaria (GM/MS nº 2.439/2005), o Instituto Nacional do Câncer – INCA, que reconhece o câncer como problema de saúde pública e estabelece a lógica do trabalho em rede, direcionando sua atuação multidisciplinar ao desenvolvimento de programas e ações, incluindo projetos, campanhas, estudos, pesquisas e experiências eficazes de gestão com instituições governamentais e não governamentais. O Instituto mantém acordos internacionais de cooperação em várias frentes, formando redes de conhecimento técnico e científico e buscando reduzir o impacto regional e global da doença (Ministério da Saúde, 2002).

Conforme o documento já citado do INCA, em março de 2011 foi lançado o plano de fortalecimento da rede de prevenção diagnóstico e tratamento do câncer, pela Presidência da República, cujos eixos são: controle do câncer do colo do útero, controle do câncer de mama e

ampliação e qualificação da assistência oncológica. Para o controle do câncer do colo do útero, os objetivos são garantir o acesso ao exame preventivo com qualidade às mulheres de 25 a 64 anos de idade e qualificar o diagnóstico e o tratamento das lesões precursoras.

Segundo o Ministério da Saúde (2014) foi ampliado a faixa etária para a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV), usada na prevenção de câncer de colo do útero no SUS no Brasil. Já em 2014, meninas dos 11 aos 13 anos estão recebendo as duas primeiras doses necessárias à imunização, a dose inicial e a segunda seis meses depois. A terceira dose deverá ser aplicada cinco anos após a primeira.

Com a adoção do esquema estendido, como é chamado, será possível ampliar a oferta da vacina, a partir de 2015, para as pré-adolescentes entre 9 e 11 anos de idade, sem custo adicional. Assim, quatro faixas etárias serão beneficiadas, possibilitando imunizar a população-alvo (9 a 13 anos). A modificação no esquema vacinal foi anunciada nesta quarta-feira (18) pelo secretário de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, durante cerimônia de 40 anos do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em Brasília.

A inclusão do imunobiológico ao calendário do Sistema Único de Saúde (SUS) foi anunciada em julho deste ano. Na época, a previsão era de administrar a vacina em pré-adolescentes de 10 e 11 anos, com dose inicial, a segunda um mês depois e terceira dose seis meses após a inicial. Entretanto, o Ministério da Saúde decidiu adotar o esquema estendido baseado em estudos recentes que comprovam a eficácia desta medida. Além disso, a estratégia segue recomendação da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e foi discutida com especialistas brasileiros que integram o Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Vale ressaltar que o esquema já é utilizado por países como Canadá, México, Colômbia, Chile e Suíça.

É a primeira vez que a população terá acesso gratuito a uma vacina que protege contra câncer. A meta é vacinar 80% do público-alvo, que atualmente soma 5,2 milhões de pessoas. O vírus HPV é responsável por 95% dos casos de câncer de colo do útero, apresentando a segunda maior taxa de incidência entre os cânceres que atingem as mulheres, atrás apenas do de mama.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2014) a vacina, disponível a partir de março de 2014 (1ª dose), é a quadrivalente, usada na prevenção contra quatro tipos de HPV (6, 11, 16 e 18). Dois deles (16 e 18) respondem por 70% dos casos de câncer. O imunobiológico para prevenção da doença é seguro e tem eficácia comprovada para proteger mulheres que ainda não iniciaram a vida sexual e, por isso, não tiveram nenhum contato com o vírus.

3.5.1 A relação da vacina com o HPV

O HPV é capaz de infectar a pele ou as mucosas e possui mais de 100 tipos. Do total, pelo menos 13 têm potencial para causar câncer. Estimativa da Organização Mundial da Saúde aponta que 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras da doença. No Brasil, a cada ano, 685 mil pessoas são infectadas por algum tipo do vírus.

Em relação ao câncer de colo do útero, estimativas indicam que 270 mil mulheres, no mundo, morrem devido à doença. No Brasil, 5.160 mulheres morreram, em 2011, em decorrência deste tipo de câncer. Para 2013, o Instituto Nacional do Câncer estima o surgimento de 17.540 novos casos.^{L8}

O Ministério da Saúde (2014) orienta que mulheres na faixa etária dos 25 aos 64 anos façam o exame preventivo, o Papanicolau, anualmente. Em 2012, foram realizados 11 milhões de exames no SUS, o que representou investimento de R\$ 72,6 milhões. Do total, 78% foram na faixa etária prioritária. No ano passado, o investimento no atendimento e expansão dos serviços para tratamento de câncer na rede pública de saúde foi de R\$ 2,4 bilhões, 26% maior que em 2010.

Em relação a prevenção, as vacinas profiláticas contra o HPV trouxeram a possibilidade de ações em nível primário, já que até então a prevenção só ocorria em nível secundário. Trata-se de uma estratégia recente, utilizada em alguns países a partir da aprovação, em junho de 2006, da vacina quadrivalente pelo Food and Drug Administration (FDA), órgão americano responsável pela regulamentação de alimentos e drogas. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) aprovou a sua comercialização. Contudo, estudos de prevalência dos sorotipos virais estão em andamento para avaliar a sua incorporação no Programa Nacional de Imunizações; aspectos gerais as vacinas contra o HPV podem ser profiláticas, limitando a infecção pelo vírus e as doenças dele decorrentes, sendo considerado um instrumento de prevenção primária ou terapêutica, quando induzem a regressão de lesões precursoras e a remissão do câncer. As vacinas profiláticas possuem estudos em fase mais avançada, sendo utilizadas em seres humanos. Atualmente estão disponíveis dois tipos: a bivalente, Cervarix®, que cobre os sorotipos virais 16 e 18 e a quadrivalente, Gardasil®, que cobre os tipos 6, 11, 16 e 18. Para os outros sorotipos não existe Profilaxia indicações.

A vacina quadrivalente foi aprovada pelo FDA para mulheres entre 9 e 26 anos, recomendando que a vacinação ocorra entre os 11 e 12 anos, podendo ser ampliada entre 9 e 26 anos, idealmente antes da primeira relação sexual. Essa recomendação baseia-se nos seguintes dados: a vacina administrada em meninas jovens mostrou 100% de eficácia sem

nenhum evento adverso sério nessa faixa etária, os mais altos níveis de anticorpos foram encontrados após a vacinação; meninas que não tenham sido infectadas por nenhum dos quatro sorotipos presentes.

4. O CÂNCER DO COLO DE ÚTERO EM MULHERES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA PARAENSE

4.1 METODOLOGIA

4.1.2 Objetivo Geral

- Conhecer a ocorrência de câncer do colo do útero em mulheres indígenas da Amazônia paraense, no período de 2005 a 2012.

4.1.3 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil das indígenas acometidas de câncer do colo do útero por etnia.
- Descrever a assistência à Saúde indígena, identificando as aldeias conforme a etnia.
- Determinar a ocorrência de câncer do colo do útero conforme a etnia indígena.

4.2 TIPOS DE ESTUDO E ABORDAGEM

O presente trabalho de pesquisa será um estudo Epidemiológico Ecológico. O estudo ecológico é aquele em que a unidade de análise é um grupo de pessoas ou uma população que também pertencem a uma área geográfica definida. É, também, conhecido como estudo de correlação e que, frequentemente, utiliza dados secundários. (Estudos Ecológicos capítulo 13 pag.191, Roberto de Almeida Medrados)

Quanto à forma de abordagem a pesquisa optou-se pela quantitativa, pois segundo Rodrigues (2007) traduz em números as informações para serem classificadas e analisadas, utilizando técnicas estatísticas. Vale ressaltar que, embora a pesquisa seja do tipo Estudo Ecológico, existem algumas variáveis que foram coletadas de prontuários de indígenas atendidos na CASAI. Esses dados foram utilizados para proporcionar maior imersão na realidade da saúde indígena e o respectivo atendimento prestado nas casas especializadas para assistência a essa população.

4.3 CASAI - ICOARACI

A pesquisa foi realizada na Casa de Saúde Indígena (CASAI), em Icoaraci, do DSEI Guamá-Tocantins, mais especificamente no setor de estatística e guarda de documentação.

Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médico-assistenciais; constituem-se em locais de recepção e apoio aos índios, que vêm referenciados da aldeia/Polô-Base (FUNASA, 2006). Para Gomes (2008) alguns CASAIS assemelham-se a estabelecimentos fornecedores de serviços de saúde quando apresentam recursos humanos como enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos. A CASAI em questão está localizada no distrito de Icoaraci, pertencente ao município de Belém do Pará, na rua Brasília e conta com os seguintes profissionais nos seus quadros: enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, psicólogo, assistente social, farmacêutico.

Para melhor qualificar esta relação saúde e doença nas populações indígenas partindo de referências como o contato interétnico, processos de mudança sociocultural e ambiental vivenciados pelas populações indígenas na Amazônia paraense acrescentamos este estudo uma cartografia destas populações usando demarcações como localização geográfica, etnia e comportamento social.

4.3.1 População

Durante a realização da pesquisa, a partir das referências contidas nos prontuários e observação na CASAI-BELÉM entendemos que a qualificação das mulheres indígenas, além do perfil já traçado anteriormente, envolve uma complexidade tal que seria importante usarmos algumas categorias de análise relativas as terras indígenas no sentido de localização, as etnias e alguns aspectos da organização sociocultural das comunidades a que os indivíduos localizados nos prontuários pertencem. Dessa forma apresentamos aqui sete etnias selecionadas com um breve recorte de cada uma delas. Apalay, Kayapó, Mekanotiré, Munduruku, Parakanã, Tembê e Xipaia.

O Censo demográfico do IBGE de 2010, indica que a população de mulheres indígenas residentes na Amazônia Paraense é de 17.649 pessoas. A pesquisa do IBGE apontou que no Pará 79,1% das mulheres entre 25 e 59 anos realizaram exame preventivo do câncer do colo do útero nos três anos anteriores à data da pesquisa. Os dados foram coletados em prontuários das pacientes e guias de referências e contra referências, acolhidas e atendidas na CASAI, localizada no bairro de Icoaraci / Belém, estado do Pará; com diagnóstico de câncer, segundo Classificação Internacional de Doenças (CID), 10^a revisão, C53 Colo do Útero e que foram acolhidas nesse local, no período de 2005 a 2012. Partiu-se de uma estimativa empírica de no mínimo 30 e no máximo 70 pacientes com diagnóstico de câncer de colo do útero na CASAI,

no entanto, na realização da pesquisa chegou-se a uma amostra de quatorze (14) casos registrados nos prontuários da instituição no período de 2005 a 2012, período este também referendado pela possibilidade de dados empíricos no intervalo de 2005 a 2011, havendo, desta forma, a necessidade de se acrescentar os dados encontrados para 2012.

Para atender a amostra utilizou-se os critérios para seleção e inclusão documental de maiores de 10 anos, com diagnóstico de câncer Colo do Útero Cid C-53 procedentes das aldeias da Amazônia Paraense. E exclusão automática de todos os que não atenderem aos critérios de inclusão acima citados.

4.3.1.1 Apalay-Wayana

Como para a maioria dos grupos indígenas da região das Guianas, a estrutura social dos Apalay e Wayana caracteriza-se pela ausência de unidades sociais permanentes (clãs, linhagens, classes de idade etc.), pela distribuição em aldeias pequenas (cuja população não costuma ultrapassar dois dígitos), dispersas e autônomas politicamente, mas interligadas em diferentes graus por laços de parentesco, intercâmbios matrimoniais, de bens e rituais. . Em território brasileiro, com uma população de aproximadamente 415 indivíduos, os Apalay e Wayana encontram-se distribuídos em 15 aldeias ao longo do rio Paru de Leste. As aldeias, pata, reproduzem um padrão formal de organização, composição e tamanho amplamente difundido entre os grupos indígenas da região (Tiriyó, Kaxuyana, Waiãpi, Waiwai etc.), ou seja, relativamente pequenas e dispersas, com cerca de 7 a 30 indivíduos cada, organizadas em torno de parentelas de até quatro gerações. Formalmente, as aldeias são constituídas por um casal, seus filhos e filhas solteiros, suas filhas casadas, genros e netos (às vezes, filhos casados e noras), coincidindo com um grupo doméstico.

A uxorilocalidade – regra segundo a qual o casal vai habitar com a família da moça após a união - não constitui entre os Aparai e Wayana (assim como por toda a Amazônia) uma regra categórica, mas uma tendência, sujeita à negociação entre os parentes dos cônjuges e a fatores como prestígio e poder políticos, distância social, preexistência de laços de afinidade.

4.3.1.2 Kayapó, Mekanotiré

Os Kayapó vivem em aldeias que se espalham ao longo do curso superior dos rios Iriri, Bacajá, Fresco e de outros afluentes do rio Xingu, desenhando no Brasil Central um território que inclui os estados do Pará, Tocantins e Mato Grosso do Norte. É praticamente recoberto

pela floresta equatorial, com exceção da porção oriental, preenchida por algumas áreas de cerrado. Com uma vida ritual, cosmologia, vida ritual e organização social extremamente ricas e complexas, os Kayapós desenvolveram intensas e produtivas relações com a sociedade brasileira e com ambientalistas do mundo todo. No século XIX os Kayapó estavam divididos em três grandes grupos, os Irã'mranh-re ("os que passeiam nas planícies"), os Goroti Kumrenhtx ("os homens do verdadeiro grande grupo") e os Porekry ("os homens dos pequenos bambus"). Destes, descendem os sete subgrupos Kayapó atuais: Gorotire, Kuben-Krân-Krên, Kôkramôrô, Kararaô, Mekrãgnoti, Metyktire e Xikrin nas áreas de cerrado.

As aldeias Kayapó tradicionais são compostas por um círculo de casas construídas em torno de uma grande praça descampada. No meio da aldeia, há a casa dos homens, onde as associações políticas masculinas se reúnem cotidianamente. Esse centro é um lugar simbólico, origem e coração da organização social e ritual dos Kayapó, célebre por sua complexidade.

A periferia da aldeia é constituída por casas dispostas em círculo, repartidas de modo regular, nas quais habitam famílias extensas. Essa porção da aldeia é associada, sobretudo, às atividades domésticas, ao desenvolvimento físico do indivíduo e à integração no seio dos grupos de parentesco. Quando as mulheres não trabalham na roça, elas coletam frutos e lenha ou se banham. O restante do tempo é passado no interior ou nos entornos da casa, onde elas fiam, ocupam-se de suas crianças, preparam a comida ou simplesmente entretêm-se com os membros de sua família. Conceitualmente, o círculo das casas é território de mulheres, essencialmente direcionado para assuntos femininos. Trata-se do domínio das relações individuais como o afeto e a evitação, assim como das relações de reciprocidade e de mediação.

No mais, essa zona periférica é associada aos tabus alimentares, ao ciclo de vida, ao parentesco, ao casamento e aos laços de amizade formal. São especialmente as mulheres que produzem a quantidade necessária de alimentos calóricos. As roças, cultivadas em um raio médio de quatro a seis quilômetros da aldeia, são geridas por elas. Cada família possui suas próprias roças, onde se cultiva, sobretudo batata-doce, milho, cana-de-açúcar, bananas e mandioca, extremamente ricas em calorias. Algumas frutas tropicais, o algodão e o tabaco também integram o cultivo.

Os Kayapó são monogâmicos. Quando um homem se casa, ele deixa a casa dos homens para habitar sob o teto de sua esposa. As mulheres, por sua vez, jamais deixam sua residência materna. Teoricamente, uma casa abriga várias famílias conjugais: uma avó e seu marido, suas filhas com seus esposos e crianças. Quando o número de residências torna-se grande demais (40 pessoas ou mais), o grupo residencial sofre uma cisão e constrói uma ou mais casas novas contíguas à primeira. <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/kayapo> acessado 28/05/2014.

4.3.1.3 Munduruku

Os Munduruku pertencentes a família linguística Munduruku, do troco Tupi. Sua autodenominação é Wuyjugu. Habitam regiões e territórios diferentes no estado do Pará sudoeste, calha e afluente do rio Tapajós nos municípios de Santarém, Itaituba, Jacareacanga, Amazona (Leste do rio Canumã, município de Nova Olinda, e próximo a Transamazônica, município de Borba. Matogrosso (Norte, região do rio dos peixes, município de Juruá. Habitam geralmente regiões de floresta, às margens de rios e uma organização. A sociedade Munduruku dispõe social baseada na existência de duas metades exogâmica que são identificadas como metade vermelha e a metade branca.

Em relação às práticas culturais Os Munduruku mantem algumas práticas relacionadas com a pesca atividade de maior intensidade no verão, entre as quais estão as brincadeiras que antecedem a pescaria com timbó, uma raiz que após ser triturada é usada nos rios para facilitar a captura dos peixes. Geralmente no dia anterior à “tingüejada”, a raiz do timbó é triturada sobre troncos, onde é batida de forma ritmada com pedaços de paus pelos homens. As mulheres, especialmente as jovens, apanham urucu ou a seiva em forma de goma branca de um arbusto chamado cabelos dos mesmos; estes fogem e configura-se um jogo por toda a Aldeia. Nas práticas religiosas os pajés exercem um papel primordial de cura através de manipulação de ervas, atos de defumação e contato com o mundo dos espíritos. A religiosidade tradicional é muito presente entre os Munduruku, mesmo com as mudanças sofridas com a colonização. A religiosidade está presente (<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/Munduruku> acessado 28/05/2014).

4.3.1.4 Parakanã

De acordo com Ceri (1985) a denominação Parakanã, conforme Curt Nimuendajú (1963, p. 206), foi dado pelos índios Arara-Pariri, um provável subgrupo do povo Arara, hoje extinto. Nimuendajú foi um etnólogo de origem alemã que percorreu o Brasil em meio aos índios por mais de quarenta anos. Os Parakanã habitam nos municípios de Novo Repartimento, Itupiranga e São Felix do Xingu no estado do Pará e vivem atualmente, após várias transferências, em três aldeamentos: Paranatin, Marudjewara e Bom Jardim.

O censo IBGE de 2010 identifica uma população de 1.266 pessoas. Os Parakanã, como ficaram conhecidos na literatura etnográfica brasileira, tem como autodenominação o etnônimo Awareté (awa/gente + eté/verdadeiro, real), significando, portanto, “gente de verdade”. Este

termo é utilizado, de modo geral, em contraposição a Akwawa, gente ruim e/ou brava, denominação que inclui todos os outros Tupi ou, pelo menos, os que não são Jê (Magalhães: 1982 51). A língua dos Parakanã não foi estudada em profundidade. Pertencente ao tronco linguístico Tupi. A população Parakanã é fundamentalmente monolíngue. A língua portuguesa é falada apenas com os funcionários da FUNAI e com os regionais. No entanto, jovens do sexo masculino e pouquíssimas do sexo feminino se comunicam em língua portuguesa, preferem situar suas aldeias nas proximidades de pequenos igarapés. Em relação ao sistema social a liderança ou a chefia política entre os Parakanã apresenta-se através dos líderes de grupos domésticos, entendendo-se estes como grupos residenciais de famílias extensas cuja regra residencial é a patrilocalidade, isto é, após o matrimônio, os cônjuges vão morar com o pai do marido, ou na mesma povoação. Quanto às atividades de subsistência a Mulher auxilia na obtenção de alimentos assim como sua distribuição fazendo com que ultrapassem os limites da esfera do grupo doméstico e atinjam o grupo local. Na saúde não foi observada nenhuma doença imunoprevenível nos últimos 12 anos. Há controle total das doenças respiratórias, malária, hepatite B e de outras doenças endêmicas, além de boa nutrição, vacinação de 100% da população, controle informatizado da saúde dos índios e um programa de saúde bucal preventivo, curativo e corretivo (Povos indígenas do Brasil. Vol. 08; Sudeste do Pará. Câmara do Livro Brasileiro. São Paulo. Ceri, 1985 <<http://www.parakana.org.br/>> acessado em 30-05-2014).

4.3.1.5 Tembés

Os Tembés, tal como os Guajajara, falam a mesma língua, Tenetehara, da família linguística Tupi-Guarani. Sobre o dialeto Tembés há um dicionário em dois volumes elaborado por Max Boudin (1978). Os Tembés que vivem próximos ao rio Guamá já não falam a língua indígena. Já alguns dos que se localizam numa e noutra margem do rio Gurupi, além de sua própria língua e do português, conhecem também a língua dos Ka'apor. Os Guajajara, ramo oriental dos Tenetehara, se localizam no Estado do Maranhão, enquanto os Tembés, o ramo ocidental, no Estado do Pará. Outros grupos dos Tembés vivem na margem direita do rio Gurupi, no estado maranhense. As aldeias Tembés se distribuem em três blocos. Um deles é constituído por aquelas que se dispõem em uma e outra margem do rio Gurupi. As que ficam na margem direita estão na Terra Indígena Alto Turiaçu. A região também é habitada pelos Guajá e pelos UrubuKa'apor. Os Tembés da margem esquerda do Gurupi estão na TI Alto Rio Guamá. Nesta área vivem também índios Ka'apor, Guajá, Kreje e Munduruku, além do outro bloco de aldeias

Tembé, que localizam-se nas proximidades do rio Guamá. O terceiro bloco é constituído pelos Tembé que vivem na TI Turé-Mariquita, situada na bacia do rio Acará, afluente do Moju, que desemboca no mar um pouco ao sul da foz do Guamá. A posição desses Tembé decorre de um avanço, no século XIX, sobre o território dos Turiwara, junto dos quais moraram até recentemente. Hoje, a população da TI Tembé, mais ao sul, também na bacia do Acará, é indicada não como Tembé, mas como Turiwara.

A unidade básica da estrutura social Tembé é a família extensa, que se constitui na unidade de produção. Um líder familiar atrai jovens trabalhadores e fortalece o seu grupo por meio das próprias filhas e as filhas de seus irmãos, de modo que ele procura sempre "adotar" as mulheres cujos pais venham a falecer. O chefe coincide, portanto, com o líder de um grupo familiar cujo poder é avaliado pelo número de indivíduos a ele ligados pelas obrigações de parentesco e matrimoniais, pois o genro deve trabalhar nas roças dos sogros, junto aos quais mora, pelo menos até o nascimento do primeiro filho. As atividades de subsistência e destinadas à produção para o comércio se realizam de acordo com o ciclo das chuvas (fevereiro/agosto) e da seca (setembro/janeiro). Os Tembé do Gurupi gozam de melhores condições para fazer suas roças, têm mais abundância de caça e pesca. Os do Guamá tiveram a terra, a fauna e os rios degradados pelos projetos de automanutenção do posto indígena e pela invasão autorizada da Terra Indígena.

4.3.1.6 Xipaya

Os Xipaya são da família linguística Juruna, tronco Tupi. Três são as línguas incluídas nessa família: Manitsawa (extinta), Juruna e Xipaya. Em 1995, os Xipaya tiveram sua língua estudada na tese de doutoramento "Estude Morphosyntaxique de la Langue Xipaya" da professora Carmem Lúcia Rodrigues. Grande parte dos Xipaya hoje fala o português, sendo que alguns velhos na cidade de Altamira ainda sabem a língua, mas não a falam cotidianamente.

Xipaya está relacionado a um tipo de bambu que serve para a produção de flechas, segundo contam os índios. Os predicados desta graminácea, que tem haste forte, ao mesmo tempo flexível e uma vegetação bravia, são comparados aos atributos que o grupo acredita possuir. Quanto à grafia, Nimuendajú (1948) relaciona os vários tipos encontrados Juacipoia, Jacypoia, Jacypuiá, Juvipuyá, Acypoia, Achupaya, Sipáia, Achipaye, Axipai, Chipaya e, nos documentos mais recentes da FUNAI e CIMI, Xipaya e Xipaya.

Os rios Iriri e Curuá, no estado do Pará, são respectivamente afluente e subafluente do rio Xingu, fazendo parte da bacia hidrográfica que tem sua formação no estado do Mato

Grosso. Os Xipaya vivem na Terra Indígena Xipaya, às margens do Iriri e Curuá, na cidade de Altamira e na Volta Grande do Xingu (<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/Munduruku> acessado 28/05/2014).

4.4 FONTES DE INFORMAÇÃO/PERÍODO

Como fontes de informações foram utilizados bancos de dados do SINAN (Sistema Nacional de Agravos Notificados) e as seguintes fontes secundárias: relatórios médicos, prontuários dos pacientes, guias de referência e contra-referência, que foram disponibilizadas pelo servidor responsável pela Casai e setor de estatística e de guarda de documentação da CASAI. O período de levantamento das informações para a pesquisa foi de 1º de janeiro de 2005 a 1º de janeiro de 2012.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para levantamento dos dados para a pesquisa foi realizado pesquisa sequencial em prontuários das pacientes indígenas e guias de referências e contra referencias, acolhidas e atendidas na CASAI-ICOARACI.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os possíveis riscos deste trabalho são mínimos, porém deve ser considerada a possibilidade de constrangimento dos participantes diante da temática a ser abordada, mesmo sendo um estudo com análise em dados secundários. Neste caso, foram adotadas todas as medidas cautelares indispensáveis ao cumprimento dos aspectos éticos e legais envolvendo seres humanos. Em respeito aos princípios éticos da pesquisa, os dados de identificação dos informantes não serão expostos, pois foram codificados e ordenados pela sequência dos formulários para garantir o anonimato e o sigilo de informações pessoais, assim foi garantido aos representantes legais junto a CASAI, a liberdade em se recusar a participar da pesquisa e ainda abandonar a mesma a qualquer instante sem que isso lhes acarrete prejuízo algum. Vale ressaltar que a pesquisa não teve ônus algum para a instituição envolvida bem como para os participantes uma vez que as despesas foram custeadas pela pesquisadora.

Esta pesquisa trará benefícios para a área da Saúde Pública e da Enfermagem na Amazônia, uma vez que enriquece os conteúdos referentes ao tema, possibilitando às pacientes

portadores de câncer do colo do útero atendidos na CASAI possibilidades no avanço no padrão de assistência a médias e longo prazo e na oferta à sociedade de informações relativas à realidade do paciente oncológico podendo colaborar ainda para o planejamento de políticas públicas de saúde em atenção ao paciente indígena na realidade da Amazônia paraense. É importante destacar que o estudo teve início somente após o projeto ter sido analisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo as orientações da Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução N° 304, de 09 de Agosto de 2000 levando em consideração a regulamentação complementar no que diz respeito a área temática especial.

4.7 TIPOS DE ANÁLISE

Os dados coletados foram submetidos à análise estatística e foram coletados em prontuários e guias de referência e contra referência registrados em formulário (ver apêndice d) no período inicialmente proposto. A seguir foram inseridos em banco de dados a planilha eletrônica e posteriormente aplicados testes de hipótese utilizando-se o software "BioEstat versão 5.4 que processou os dados coletados possibilitando desta forma a análise descritiva e interpretativa que agora se procederá.

Foram empregados os seguintes procedimentos estatísticos para avaliar as proporções de câncer do colo do útero em mulheres indígenas: métodos estatísticos descritivos e inferenciais que demonstram as ocorrências calculadas com intervalo de confiança de 95%.

A comparação entre as etnias indígenas, no tocante à realização do PCCU, e resultados de exames foi realizada pelo teste do Qui-quadrado¹. As comparações entre prevalências serão realizadas através do teste binominal, fica previamente fixado o nível de significância=0.05 para rejeição da hipótese nula.

O intervalo de estudo proposto inicialmente pela pesquisa era de 2005 a 2012, no entanto constatou-se ao longo do estudo que não há registro de dados nos dois primeiros anos isto é, 2005 e 2006, como ainda do ano de 2012, motivo pelo qual realizamos a análise dos dados considerando o intervalo de 2007 a 2011, uma vez que os dados de 2012 ainda não estão disponíveis.

¹ Qui-quadrado, simbolizado por χ^2 é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas.

4.8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição, em todo o território brasileiro, dos casos de câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no período de 2007 a 2011 mostrou que as neoplasias mais frequentes foram C53 (Neoplasia Maligna do colo do útero) e C50 (Neoplasia Maligna da mama). Com destaque a Neoplasia Maligna do colo do útero apresentou ocorrência ligeiramente decrescente de 2007 (10.3% de 203 casos) até 2011 (7.5% de 228 casos). Em todos os anos (2007 a 2011) foi observado que o C53 foi o mais frequente: 2007 (10.3%), 2008 (10.4%), 2009 (10.6%), 2010 (9.3%) e 2011 (7.5%) como mostra a tabela abaixo.

Tabela1: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, período de 2007 a 2011.

NEOPLASIAS	Ano da Notificação				
	2007 (n=203)	2008 (n=230)	2009 (n=245)	2010 (n=214)	2011 (n=228)
C53 Neoplasia Maligna do colo do útero	21 10.3%	24 10.4%	26 10.6%	20 9.3%	17 7.5%
C50 Neoplasia Maligna da mama	11 5.4%	10 4.3%	6 2.4%	5 2.3%	11 4.8%
C51 Neoplasia Maligna da vulva	2 1.0%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.9%
C52 Neoplasia Maligna da vagina	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.4%
C54 Neoplasia Maligna do corpo do útero	2 1.0%	2 0.9%	1 0.4%	0 0.0%	2 0.9%
C55 Neoplasia Maligna do útero porção NE	9 4.4%	6 2.6%	5 2.0%	3 1.4%	4 1.8%
C56 Neoplasia Maligna do ovário	3 1.5%	2 0.9%	3 1.2%	1 0.5%	5 2.2%
C57 Neoplasia Maligna de outros órgãos genitais feminino e NE	0 0.0%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.4%

Fonte: SINAN

O intervalo de estudo proposto pela pesquisa foi 2005 a 2012. Do ponto de vista comparativo com outras neoplasias há uma distância significativa com relação a neoplasia maligna do colo de útero entre as mulheres indígenas no Brasil. Nos três primeiros anos do período em estudo há uma equivalência de incidência em dez por cento já nos anos de 2010 e 2011 houve um decréscimo importante influenciado pela ausência de registro de dados nos

dois primeiros anos, isto é, 2005 e 2006, motivo pelo qual a análise dos dados foi iniciada considerando o intervalo de 2007 a 2011, uma vez que os dados de 2012 ainda não estão disponíveis.

É importante destacar que a partir do ano de 1999 o Ministério da Saúde em parceria com Instituto Nacional do Câncer implementou o programa Nacional de controle do câncer do útero (SISCOLO). Este banco de dados visa criar um banco de dados no Brasil através da informatização padronizada iniciando pela requisição, resultados, condutas quanto ao tratamento e a qualidade da amostra coletada. Do ponto de vista comparativo com outras neoplasias há uma discrepância de valores significativa (0,05) e que só vem a confirmar que o câncer de colo do útero constitui um grave problema de saúde pública, ficando como a terceira neoplasia mais comum entre as mulheres. Segundo Silva (2011) os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo do útero no Brasil justificam a implementação de ações de controle do câncer do colo útero tais como: promoção prevenção diagnóstico precoce tratamento reabilitação e cuidados paliativo em relação a neoplasia maligna do colo de útero entre as mulheres indígenas no Brasil.

Nos três primeiros anos do período em estudo há uma equivalência de incidência em dez por cento. Já nos anos de 2010 e 2011 houve um decréscimo importante por: segundo informativo do INCA (2011) houve a detecção precoce e monitoramento das ações de controle dos canceres da mama e colo do útero considerando que o estado do Pará só havia encaminhado ao SISCOLO a base do primeiro trimestre. Em relação aos Indicadores do Pacto pela Saúde (2011) este se constitui em uma Razão matemática entre exames citopatológico do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população feminina nessa faixa etária, em determinado local e ano. Por meio desse indicador, avalia-se a suficiência da oferta atual de exames à população-alvo para alcance da meta de cobertura do programa, considerando a realização do exame de rastreamento a cada três anos para mulheres de 25 a 59 anos. O Brasil chegou a 30% da meta do indicador razão entre exames citopatológico do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos no primeiro semestre de 2011. Santa Catarina e Pará não chegaram a 5% da meta anual.

Ainda segundo este boletim informativo do INCA (2011) a falta de informações sobre os exames citopatológicos do colo do útero na base nacional do SISCOLO em 2011 inviabiliza neste momento o balanço parcial dos indicadores das ações de rastreamento do câncer do colo do útero neste estado. Como já foi dito considerando o envio até agosto de 2011 e até comparando o Pará a outros estados, o Rio Grande do Sul foi o único estado que não havia submetido suas bases de dados ao SISCOLO, enquanto Santa Catarina encaminhou a base apenas do mês de janeiro, o Pará somente as bases do primeiro trimestre e do Mato Grosso

faltavam os meses de junho, julho e agosto. Ora, a falta de alimentação ao SISCOLO pode ter prejudicado a veracidade dos dados.

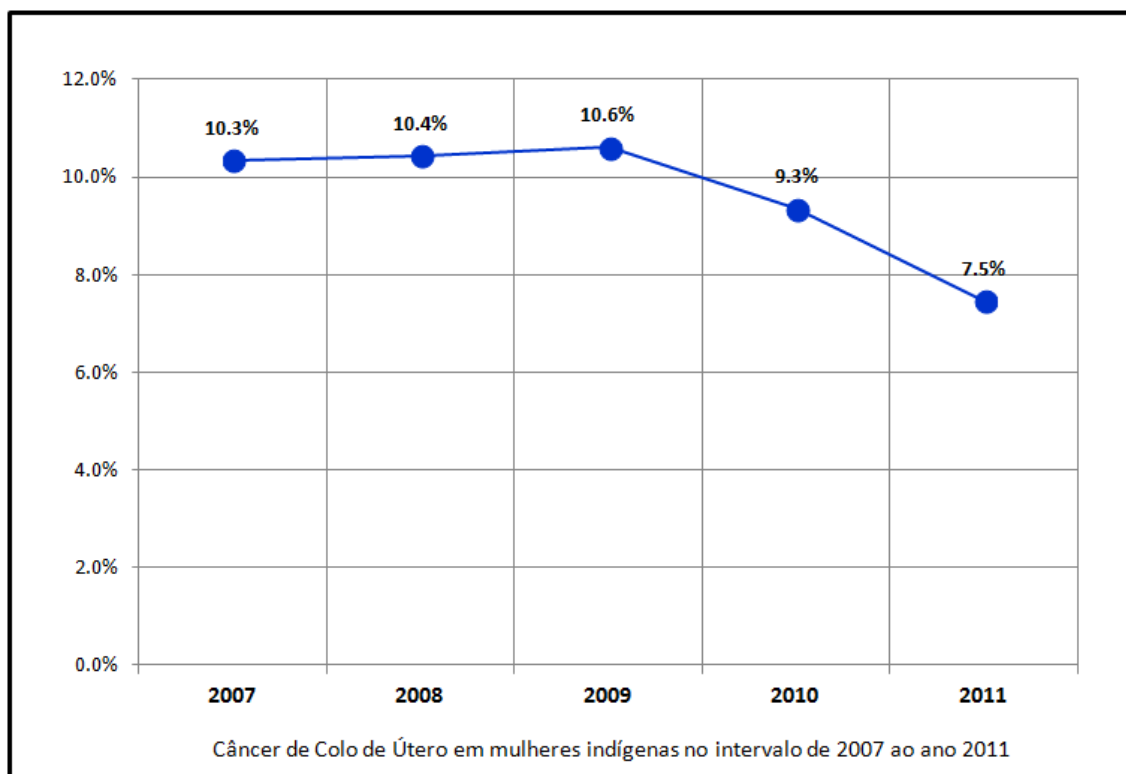


Figura 2: Tendência ligeiramente de crescente do câncer de colo de útero em mulheres indígenas, no Brasil, no período de 2007 a 2011.

Como se pode observar é possível entre os anos de 2007 a 2009 uma tendência de estabilidade com leve crescimento no ano de 2009, porém a partir do ano de 2010 houve uma brusca queda no número de casos de câncer do colo do útero em indígenas. Uma das hipóteses que a pesquisa indica neste caso pode ser respondido pela subnotificação, considerando que é recorrente a defasagem de informações em saúde pública por conta deste fator, como é apontado nas figuras que seguem a distribuição por ano e pelas neoplasias apresentadas.

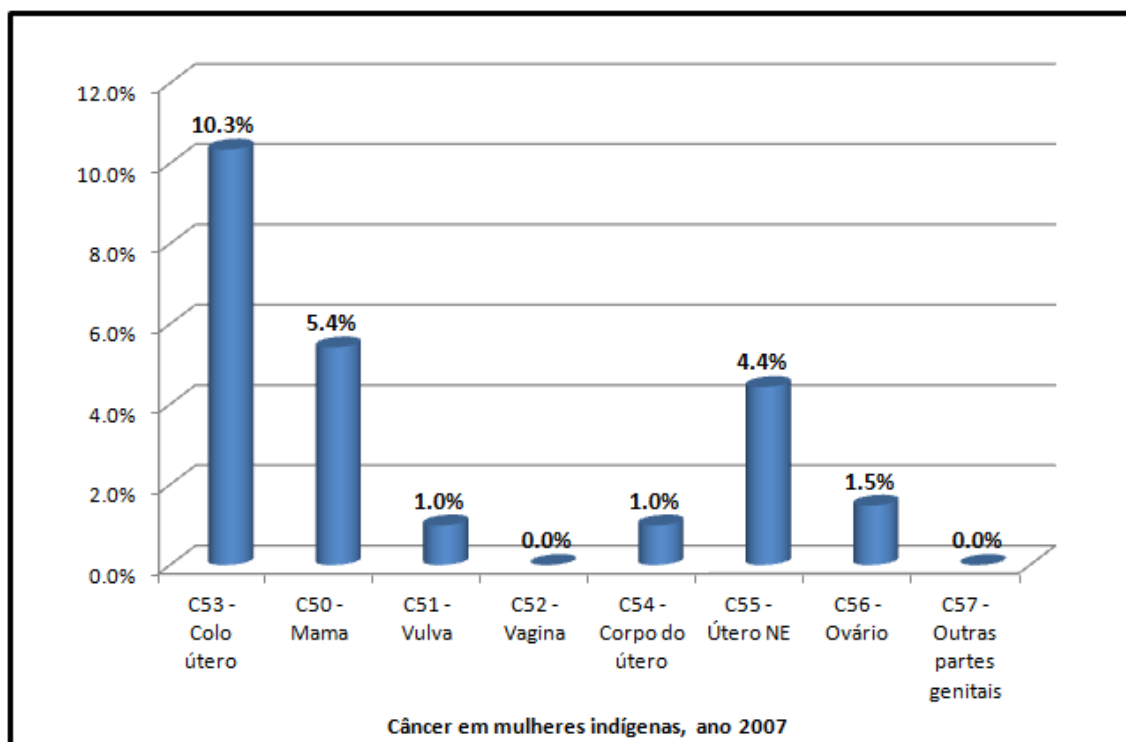


Figura 3: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2007.

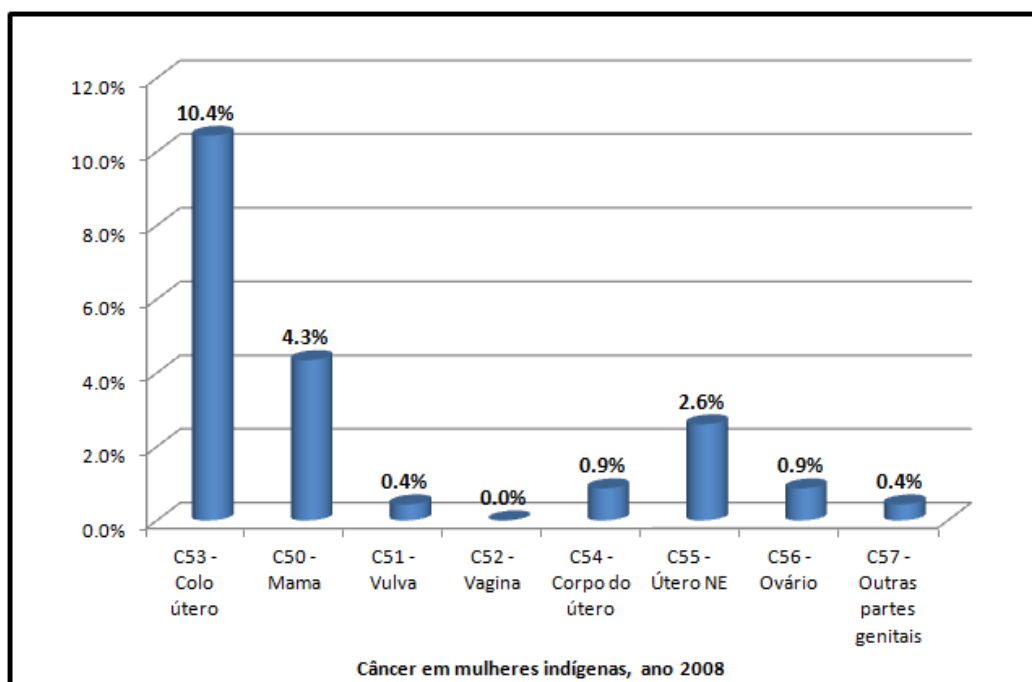


Figura 4: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2008.

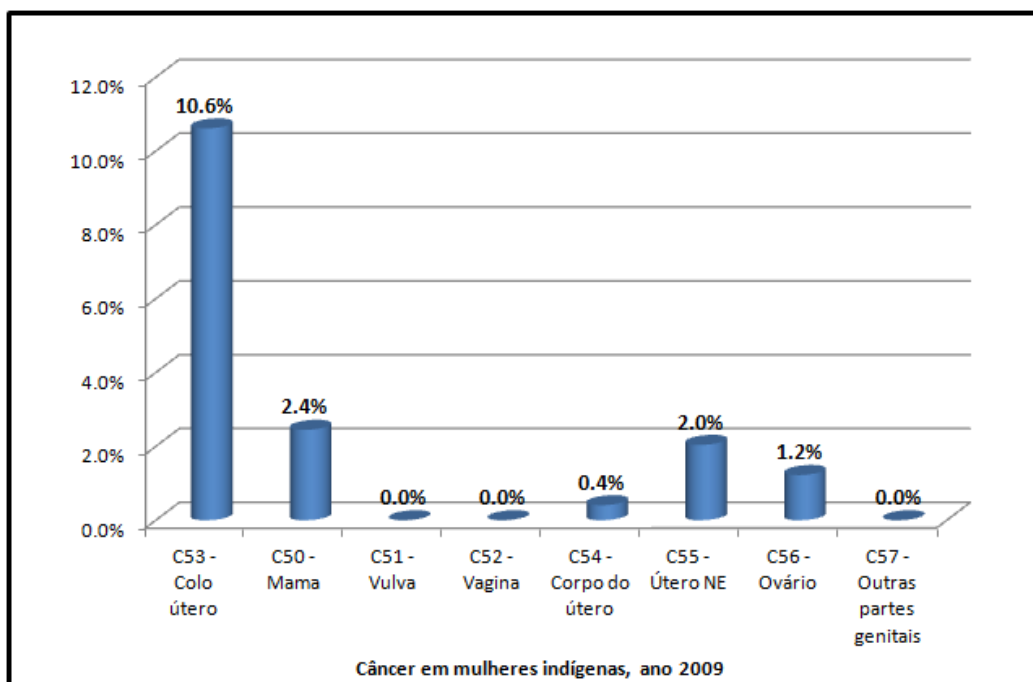


Figura 5: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2009.

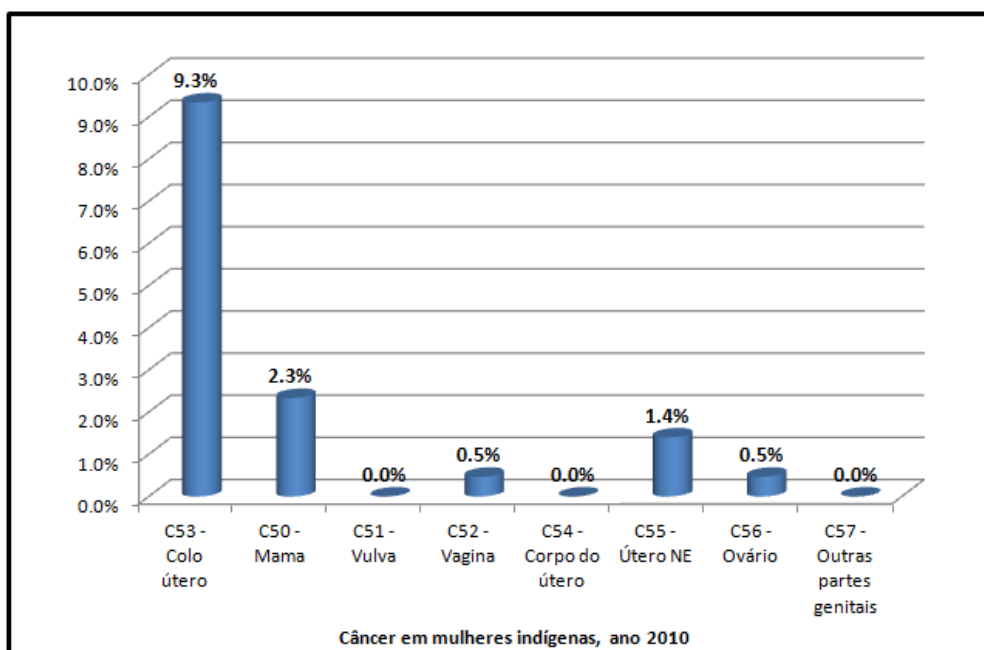


Figura 6: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2010.

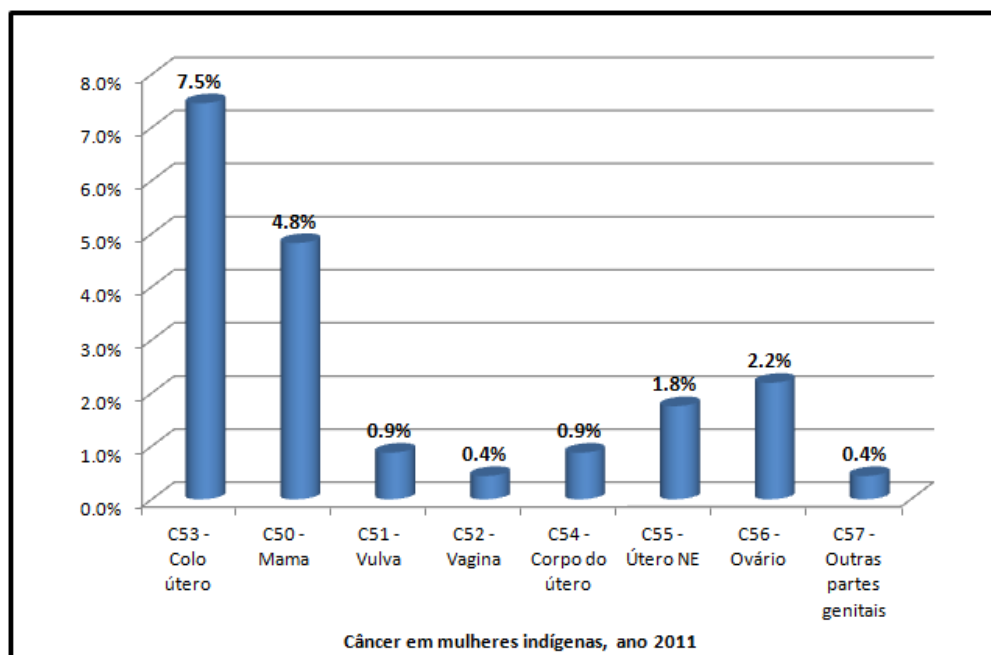


Figura 7: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Brasil, no ano 2011.

Neoplasia Maligna do colo do útero apresentou ocorrência ligeiramente decrescente de 2007 (10.3% de 203 casos) em relação aos anos 2008 (10.4% de 230 casos) ano de 2009 (10.6% de 245 casos)

O Controle do câncer do colo do útero foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica (INCA, 2005) e no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). 2005-2007 A partir de 2005, as diretrizes estratégicas de implementação das ações de controle contemplaram a formação de uma rede nacional integrada, com base em um núcleo geopolítico gerencial, local ou regional, construído para ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Em 2007, em oficina realizada em outubro com os coordenadores estaduais do Programa, foi avaliada a versão 4.0 do SISCOLO. O INCA participou ainda da reestruturação dos procedimentos relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. A Portaria nº 2918/SAS de 13/11/07 criou novos procedimentos e revisou os existentes com o objetivo de aprimorar a informação a ser coletada no Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) para o acompanhamento das ações de controle. Ao completar 10 anos de existência, o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero registrou, de acordo com a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2008, uma estabilização na curva de incidência do câncer do colo do útero na população. Nas capitais brasileiras, a estimativa foi de redução da incidência.

Segundo Pereira (2011) visando melhoria no acesso na qualidade e nas ações

diferenciadas foram introduzidas no plano de ação 2004-2007 da política nacional de atenção integral a saúde da mulher metas para implantar atenção integral saúde da mulher indígena em 100% dos polos bases dos DSEIS (BRASIL 2004). No entanto ações desenvolvidas são incipientes, descontinuas sendo necessárias atenção dos órgãos responsáveis pela saúde indígena.

A distribuição da ocorrência de câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, conforme a região do Brasil, no período de 2007 a 2011, mostrou que os casos têm maior frequência na Região Norte: no ano 2007 (26.6%), 2009 (30.6%), 2010 (37.4%) e 2011 (32.5%), entretanto, no ano 2008 houve maior frequência na Região Nordeste (27.4%).

Tabela 2: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, conforme a região do Brasil, no período de 2007 a 2011.

Região do Brasil	Ano da notificação				
	2007	2008	2009	2010	2011
Região Norte	54 26.6%	61 26.5%	75 30.6%	80 37.4%	74 32.5%
Região Nordeste	51 25.1%	63 27.4%	58 23.7%	38 17.8%	51 22.4%
Região Sudeste	39 19.2%	52 22.6%	41 16.7%	33 15.4%	32 14.0%
Região Centro-Oeste	43 21.2%	26 11.3%	40 16.3%	41 19.2%	36 15.8%
Região Sul	16 7.9%	28 12.2%	31 12.7%	22 10.3%	35 15.4%
Total	203	230	245	214	228

Fonte :SINAN

Ao serem analisados os anos com casos de maior frequência de ocorrência de câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas na região norte, o Pará alcança a terceira posição com 7,4% ficando atrás de Roraima com 29,4% e Amazonas com 50,7%.

Segundo Heck, Loebens e Carvalho (2005) os dados do Censo do IBGE de 2000, relativos à população indígena, ainda que não sejam precisos, também chamam a atenção para uma outra realidade, que é a expressiva presença de índios nas cidades, o que coloca novos desafios para o movimento indígena e seus aliados e para o Estado, especialmente no que se refere ao atendimento à saúde e à educação diferenciadas. Tendo percebido essa realidade há vários anos, o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), juntamente com as Igrejas locais, começou a constituir equipes em Manaus, Boa Vista e São Paulo, as quais, no dia-a-dia com essas populações indígenas, vão construindo caminhos que respondam a esses novos desafios.

É significativo constatar que na região Amazônica, de acordo com os dados do IBGE, viviam em 2005 na região 60 % dos índios residentes no interior e apenas 16% dos que se encontram nos centros urbanos. Considerando que, em extensão, mais de 98% das terras indígenas estão localizadas na Amazônia, podemos afirmar que existe uma relação direta entre a migração e a quantidade de terra e o nível de preservação dos recursos naturais nelas existentes. A migração indígena para as cidades é bem maior nas regiões em que os índios tiveram seus espaços territoriais reduzidos a ínfimas porções e ambientalmente degradados e isso influencia diretamente na saúde indígena.

Apesar dessa promissora reação indígena revelada pelas estatísticas populacionais, dados de 1995 do Instituto de Medicina Tropical de Manaus, segundo os autores atestam que a expectativa de vida média dos índios é de apenas 42,6 anos, enquanto de acordo com a Organização Mundial de Saúde, os brasileiros, de modo geral, na época viviam em média 67 anos. No que tange à homologação das terras indígenas, o ano de 2003 foi marcado, no Brasil, pelo primeiro caso de redução de uma terra indígena no ato de sua homologação de demarcação. Trata-se da terra Baú, do povo Kayapó, no Pará, e o fato pode significar um precedente para a redução de outras terras indígenas onde haja pressões dos setores contrários à demarcação da área. Na terra Baú, a redução ocorreu por meio da celebração de um Termo de Conciliação e Ajuste de Conduta, aceito pelos Kayapó – assistidos pela Fundação Nacional do Índio – em troca de um milhão e duzentos mil reais. A terra indígena foi reduzida em trezentos mil hectares.

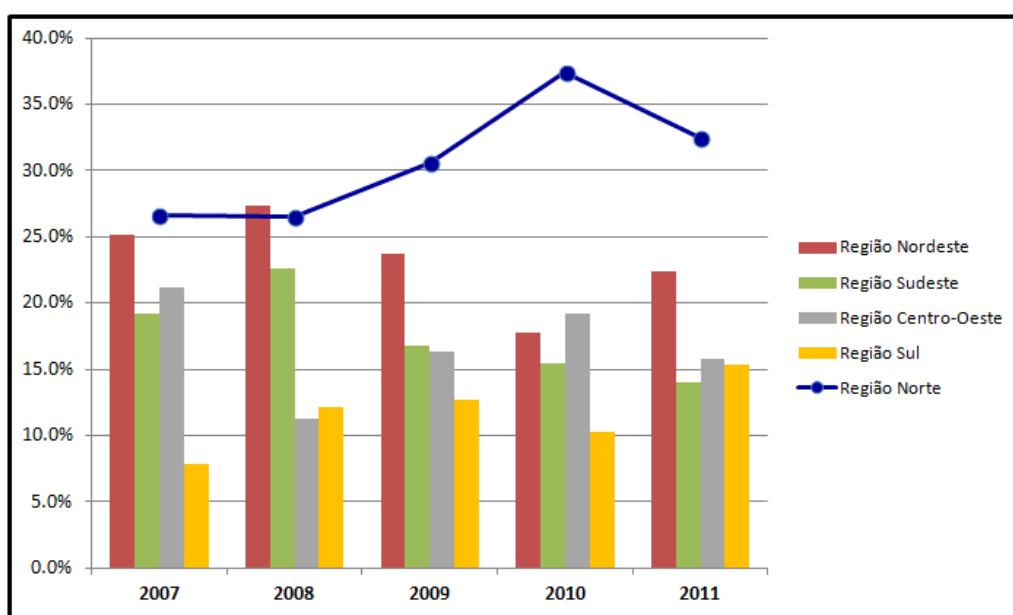


Figura 8: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, por região do Brasil no período de 2007 a 2011.

A distribuição da ocorrência de câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, na região Norte do Brasil, no período de 2007 a 2011, mostrou que os estados com maiores ocorrências foram: Amazonas (50.7% o ano 2009) e Roraima (29.6% no ano 2007). O Estado do Pará, aparece em terceiro lugar: em 2007 (7.4% de 54 casos), em 2008 (14.8% de 61 casos), em 2009 (9.3% de 75 casos), em 2010 (7.5% de 80 casos) e em 2011 (13.5% de 74 casos).

Tabela 3: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, na Região Norte do Brasil, no período de 2007 a 2011.

Região Norte	Ano da notificação				
	2007 (n=54)	2008 (n=61)	2009 (n=75)	2010 (n=80)	2011 (n=74)
Rondônia	3 5.6%	5 8.2%	5 6.7%	3 3.8%	6 8.1%
Acre	2 3.7%	0 0.0%	4 5.3%	4 5.0%	6 8.1%
Amazonas	23 42.6%	27 44.3%	38 50.7%	37 46.3%	35 47.3%
Roraima	16 29.6%	16 26.2%	18 24.0%	22 27.5%	14 18.9%
Pará	4 7.4%	9 14.8%	7 9.3%	6 7.5%	10 13.5%
Amapá	1 1.9%	0 0.0%	1 1.3%	2 2.5%	1 1.4%
Tocantins	5 9.3%	4 6.6%	2 2.7%	6 7.5%	2 2.7%
Total	54	61	75	80	74

Fonte: SINAN

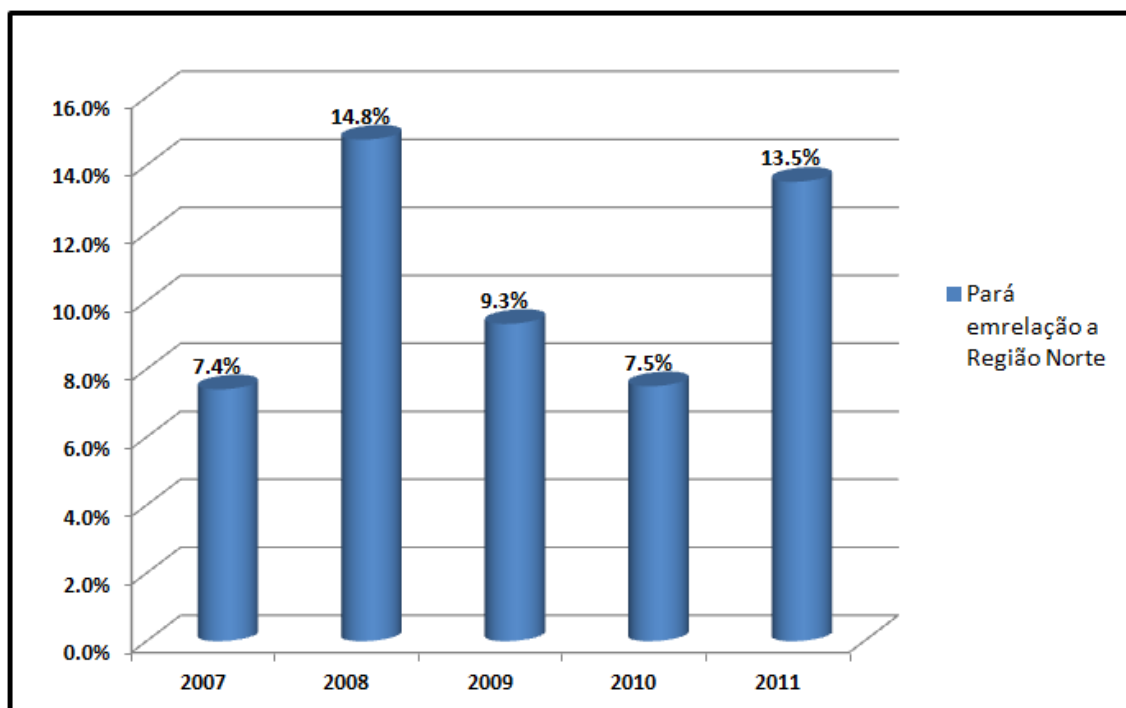


Figura 9: Câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no Estado do Pará em relação ao total da Região Norte do Brasil, no período de 2007 a 2011.

Os óbitos por neoplasias no Estado do Pará, conforme o sexo de pacientes indígenas, no período de 2007 a 2011, mostrou que houve crescimento dos óbitos, pois em 2007 ocorreram 4 óbitos e o valor máximo ocorreu em 2011 com 10 óbitos. A ocorrência de óbito conforme o sexo mostrou que a partir de 2008 houve distribuição de 55.6% no sexo Feminino e 50% em 2010 e 2011.

Tabela 4: Óbitos por neoplasias em indígenas, no Estado do Pará, no período de 2007 a 2011.

Óbito por neoplasia no Pará.	Ano da notificação				
	2007	2008	2009	2010	2011
Masculino	0 0.0%	4 44.4%	3 42.9%	3 50.0%	5 50.0%
Feminino	4 100.0%	5 55.6%	4 57.1%	3 50.0%	5 50.0%
Total	4	9	7	6	10

Fonte: SINAN

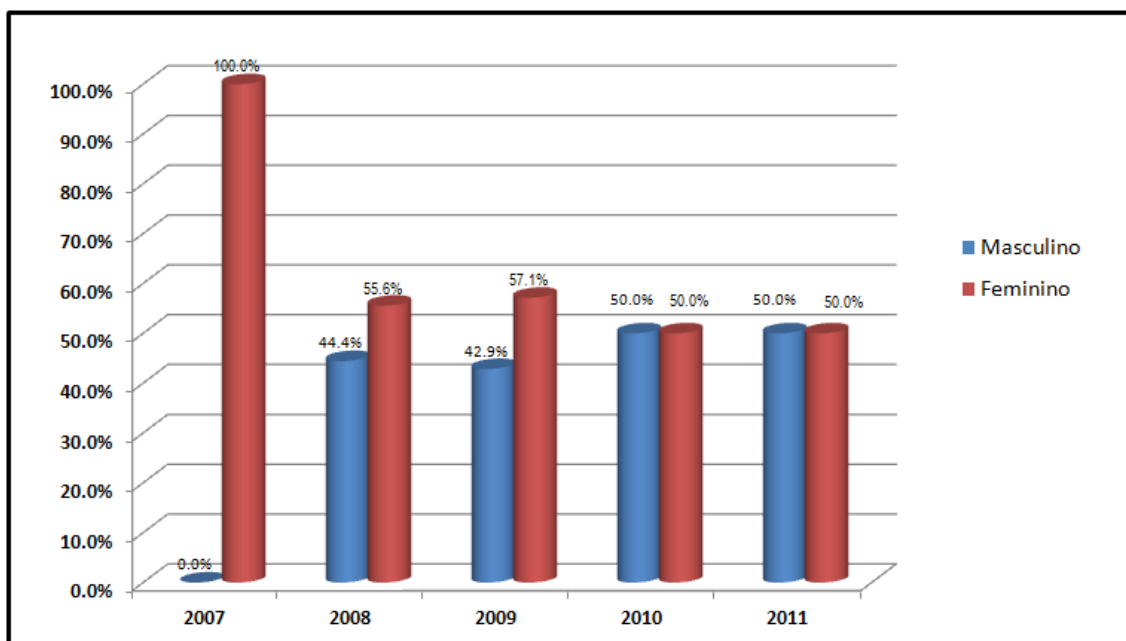


Figura 11: Óbitos por neoplasias em indígenas, no Estado do Pará, no período de 2007 a 2011.

A distribuição dos óbitos conforme o tipo de neoplasias em indígenas de sexo feminino, no Estado do Pará, no período de 2007 a 2011, mostrou que no ano 2007 houve 8 óbitos e um desses óbitos (12.5%) foi de uma indígena com C55 - Neoplasia maligna do útero porção NE, esse mesmo tipo de câncer foi o mais mortal em 2008 (16.7%), 2009 (7.1%) e 2011 (5.0%), apenas no ano 2010 (com 2 óbitos) foi verificada uma alteração, sendo um caso de C50 - Neoplasia maligna da mama e outro de C53 - Neoplasia maligna do colo do útero.

É possível perceber que em todos os anos os óbitos no sexo feminino têm uma maior ocorrência do que no sexo masculino por neoplasias, apenas empatando no ano de 2011.

A distribuição dos óbitos conforme o tipo de neoplasias em indígenas de sexo feminino, no Estado do Pará, no período de 2007 a 2011, mostrou que no ano 2007 houve 8 óbitos e um desses óbitos (12.5%) foi de uma indígena com C55 – Neoplasia maligna do útero porção NE, esse mesmo tipo de câncer foi o mais mortal em 2008 (16.7%), 2009 (7.1%) e 2011 (5.0%), apenas no ano 2010 (com 2 óbitos) foi verificada uma alteração, sendo um caso de C50 – Neoplasia maligna da mama e outro de C53 – Neoplasia maligna do colo do útero.

Tabela 5: Óbitos conforme o tipo de neoplasias em indígenas de sexo feminino, no Estado do Pará, no período de 2007 a 2011.

Óbitos no Estado do Pará	Ano da Notificação				
	2007	2008	2009	2010	2011
C50Neoplmalig da mama	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%
C53Neoplmalig do colo do útero	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%
C55Neoplmalig do útero porção NE	1 12.5%	3 16.7%	1 7.1%	0 0.0%	1 5.0%
Total de óbitos no Pará	8	18	14	12	20

Fonte: SINAN

O presente estudo identificou n=14 pacientes indígenas com câncer de colo de útero no período de 2005 a 2012, a idade dessas indígenas variou de 32 a 77 anos, a mediana foi 57 anos e a média 55 ± 13 anos, portanto chega-se a conclusão que é muito improvável ocorrer o com câncer de colo de útero em indígenas com menos que 42 anos (Média menos 01 desvio padrão). Entre essas indígenas, quando a informação do estado da doença era presente foi observado que apresentavam a doença no estadiamento IIB.

Entre as n=14 indígenas com doença maligna a distribuição de sinais e sintomas mostrou que houve predomínio estatisticamente significativo (p -valor=0.0078, pelo Teste G) de Sangramento vaginal (57.1%), seguido de Dor abdominal (35.7%) e Diarreia (14.3%).

O presente estudo identificou n=14 pacientes indígenas com câncer de colo de útero no período de 2005 a 2012, a idade dessas indígenas variou de 32 a 77 anos, a mediana foi 57 anos e a média 55 ± 13 anos, portanto chega-se à conclusão que é muito improvável ocorrer o com câncer de colo de útero em indígenas com menos que 42 anos (Média menos 01 desvio padrão). Entre essas indígenas, Segundo o programa nacional de controle do câncer do colo do útero INCA 2005-2007. O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (Brasil, Datasus/SIM).

Tabela 6: Sinais e sintomas presentes em n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2008 a 2012.

SINAIS E SINTOMAS		%
Sangue Vaginal	8	57.1
Odor fétido	1	7.1
Diarreia	2	14.3
Disúria	1	7.1
Dor abdominal	5	35.7
Febre	1	7.1
Astenia	1	7.1

*p-valor=0.0078(altamente significativo), Teste G

As mulheres com neoplasia invasiva do colo uterino com frequência apresentam um ou mais dos seguintes sintomas: hemorragia intermenstrual, hemorragia pós-coito, fluxos menstruais mais intensos, corrimento seroso purulento excessivo, corrimento de odor fétido, cistite recorrente, urgência miccional e aumento da frequência urinária, dor nas costas e dor abdominal no quadrante inferior. A tabela acima apresenta a frequência desses sinais e sintomas entre as indígenas atendidas na CASAI – ICOARACI com diagnóstico de câncer de colo do útero.

Dentre os sintomas, o mais frequente com 57.1% foi sangramento vaginal, e em segundo lugar as pacientes referiam dor abdominal (35.7%), bem como diarreia (14.3%) em terceiro lugar. Todos esses sintomas são extremamente desagradáveis, ainda mais para quem já está enfrentando uma doença tão séria e um tratamento geralmente tão invasivo, longe de suas terras e seus costumes. Enfim, de fato toda situação parece ser muito desconfortável para as indígenas.

Segundo a literatura

As mulheres com neoplasia invasiva do colo uterino com frequência apresentam um ou mais dos seguintes sintomas: hemorragia intermenstrual, hemorragia pós-coito, fluxos menstruais mais intensos, corrimento seroso purulento excessivo, corrimento de odor fétido, cistite recorrente, urgência miccional e aumento da frequência urinária, dor nas costas e dor abdominal no quadrante inferior. Em estádios avançados, as pacientes podem apresentar falta de ar devido à anemia grave, uropatia obstrutiva, edema de membros inferiores, hematúria, obstrução intestinal e caquexia. O exame especular vaginal revela um crescimento ulcero proliferativo na maioria das mulheres. Em fases muito precoces da invasão do estroma, a neoplasia do colo uterino pode não dar origem a sintomas manifestos ou características clínicas e, portanto, é conhecida como doença invasiva pré-clínica. A forma mais precoce da neoplasia invasiva é reconhecida histologicamente como um carcinoma microinvasivo: neoplasias que invadem não mais que 5 mm de profundidade e 7 mm

de largura do estroma cervical subjacente. As neoplasias invasivas em estágio inicial apresentam-se como um broto diminuto das células invasivas que penetrou através da membrana basal e empurrou o estroma subjacente. Evidências da reação do estroma à invasão em forma de coleções linfocíticas localizadas ou frouxidão do estroma vizinho à invasão também podem estar presentes. (SELLORS, J. W &SANKARANARAYANAN, R, 2004)

Microscopicamente, a maioria de carcinomas escamo celulares apresenta-se como redes infiltrativas de bandas de células neoplásicas com estroma interposto, com grande variação no padrão de crescimento, tipo de células e grau de diferenciação. O estroma cervical que separa as bandas de células malignas é infiltrado por linfócitos e plasmócitos. Essas células malignas são subdivididas em dois tipos, queratinizadas e não-queratinizadas. Os tumores são carcinomas bem diferenciados, moderadamente diferenciados ou mal diferenciados. Aproximadamente 50% a 60% são neoplasias moderadamente diferenciadas e o restante são distribuídas por igual entre as categorias bem e mal diferenciadas.

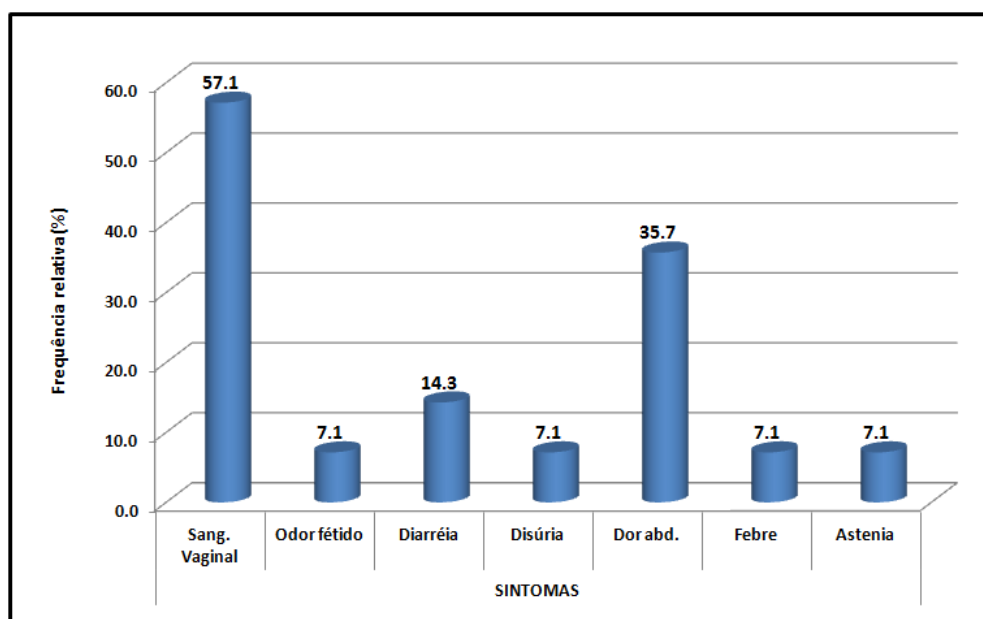


Figura 12: Sinais e sintomas presentes em n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2008 a 2013.

A realização de exames laboratoriais não apresentou real diferença (p-valor =0.2292, não significante) entre Hemograma (50%), PCCU (35.7%) e Colposcopia (21.4%).

Tabela 7: Exames laboratoriais realizados por n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2008 a 2013.

EXAMES LABORATORIAIS	n	%
Hemograma	7	50.0
PCCU	5	35.7
Colposcopia	3	21.4

p-valor=0.2292 (não significante), Teste G

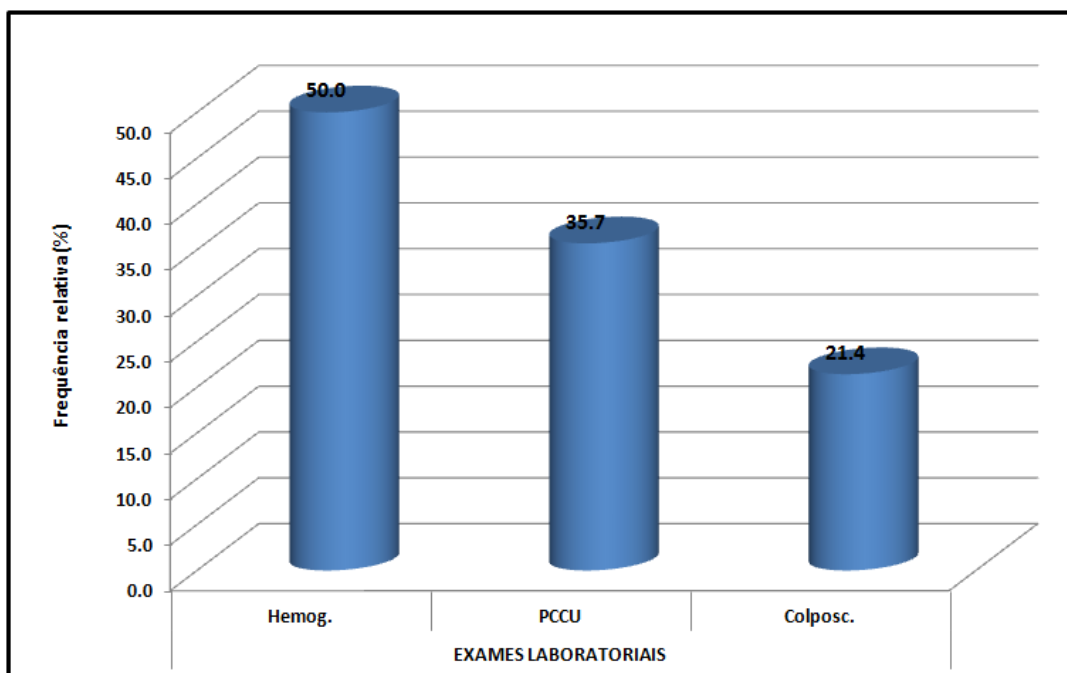


Figura 13: Exames laboratoriais realizados por n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2008 a 2013.

A realização de exames por imagem não apresentou real diferença (p-valor =0.1771, não significante), entretanto, os mais frequentes foram TC (42.9%) e USG (21.4%) das mulheres indígenas atendidas na CASAI em Belém.

Tabela 8: Exames por imagem realizados por n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2008 a 2013.

EXAMES POR IMAGEM	N	%
Tomografia Computadorizada	6	42.9
Ressonância Magnética	1	7.1
Urografia	1	7.1
Ultrassonografia	3	21.4
Mamografia	1	7.1
Cistoscopia	1	7.1
Retosigmoidoscopia	1	7.1
Eletrocardiograma	3	21.4

P-valor=0.1771 (não significante), Teste G

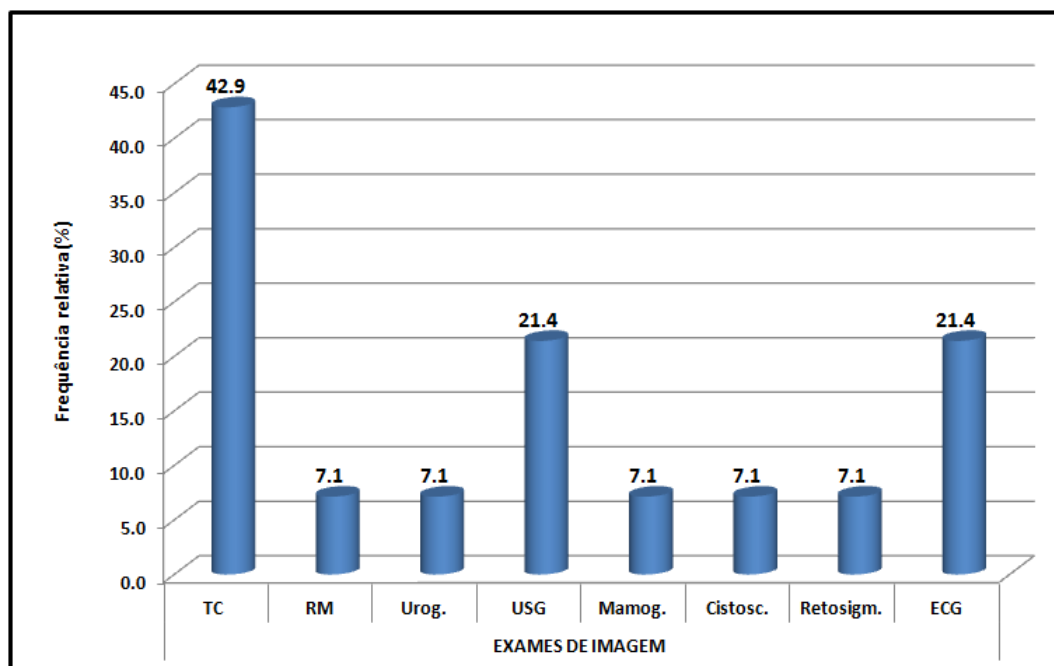


Figura 14: Exames por imagem realizados por n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2008 a 2013.

Tabela 9: Tratamentos realizados por n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2005 a 2012.

TRATAMENTOS	n	%
Quimioterapia	9	64.3
Radioterapia	7	50.0
Cobalto terapia	1	7.1
Braquitoterapia	3	21.4
Colosterapia	1	7.1
Hemodiálise	1	7.1
Cirurgia	14	100.0

*p-valor=0.0010(altamente significante), Teste G

Para atender as pacientes indígenas com câncer os tratamentos mais frequentes são a cirurgia (100%) e a Quimioterapia (64.3%), visto que o p-valor =0.0010* é altamente significativo. O tratamento convencional da neoplasia do colo uterino inclui cirurgia ou radioterapia ou uma combinação de ambas. As neoplasias iniciais do colo uterino (estádio I e IIA) podem ser tratadas com qualquer um dos procedimentos. A radioterapia é o tratamento de escolha uma vez que a doença se espalhou além dos limites do colo uterino e dos fundos de sacos vaginais e a cirurgia não é eficaz. O tratamento da neoplasia do colo uterino com

radioterapia com frequência inclui uma combinação de radioterapia externa (para toda a pelve) e radiação intracavitária (na parte central da neoplasia). Ao adicionar a radiação intracavitária à radioterapia externa resulta num melhor controle e sobrevida, quando comparado com a radioterapia externa exclusiva para a doença avançada localmente, como nos estádios IIB e III.

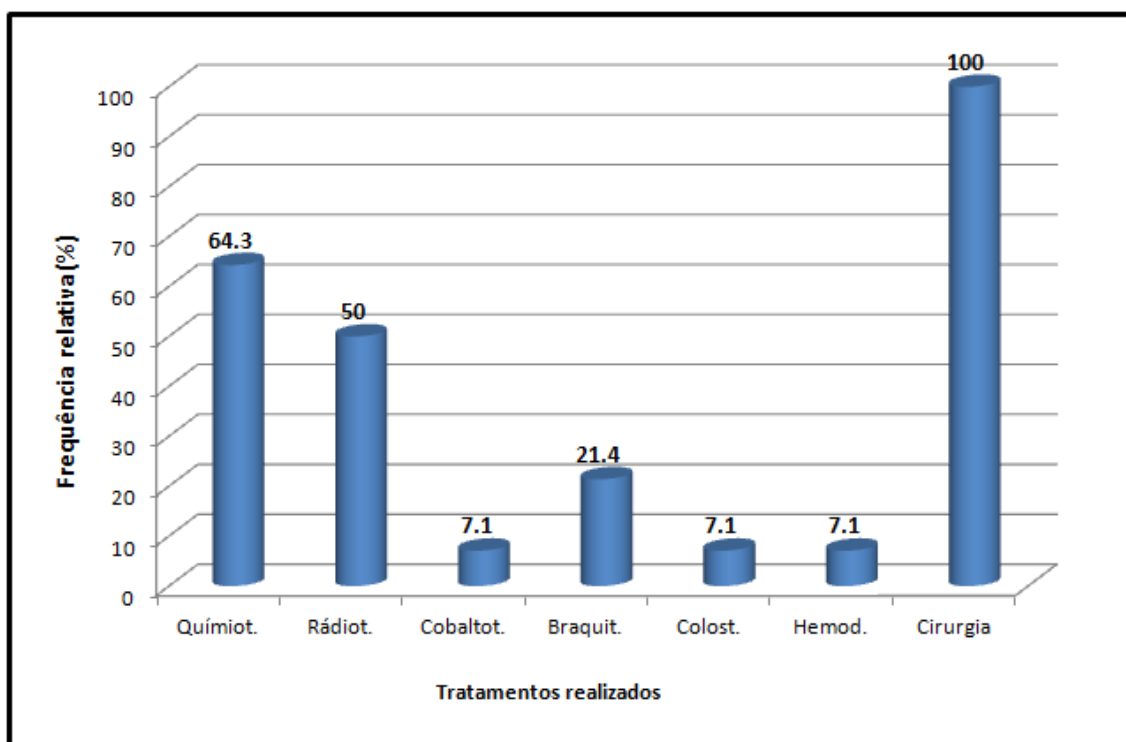


Figura 15: Tratamentos realizados por n=14 pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2005 a 2012.

Segundo Thomas (2000) e Verde *et al* (2001) as mulheres com neoplasia micro invasivas (estádio IA) podem ser tratadas com conização ou histerectomia total ou histerectomia ampliada. As pacientes com neoplasias no estágio IIB e IIA podem ser tratadas com histerectomia radical (Wertheim) e linfadenectomia pélvica ou com radioterapia intracavitária, ou com uma combinação de radioterapia externa e intracavitária. Em determinados casos de carcinoma pequeno em estágio IIB (< 2 cm), faz-se a traquelectomia radical combinada com linfadenectomia laparoscópica para preservar a função reprodutiva da paciente. A radioterapia e a cirurgia produzem resultados semelhantes na neoplasia invasiva em estádios iniciais (IB e IIA). As neoplasias em estádios IIB e III podem ser tratadas com uma combinação de radioterapia externa e intracavitária. Mulheres com doença em estágio IV são tratadas paliativamente com radioterapia externa e/ou quimioterapia.

A quimioterapia, segundo os mesmos autores, concomitante com cisplatina melhorou os resultados da radioterapia na neoplasia do colo uterino avançado. Estudos clínicos aleatórios

demonstraram um ganho significativo na sobrevida global e na sobrevida livre de doença para o tratamento baseado na cisplatina administrada simultaneamente à radioterapia. Observou-se um benefício significativo da quimioterapia e radiação em relação tanto à recidiva local quanto à distância. O benefício absoluto com a terapia combinada para a sobrevida global foi de 16%. Baseado nessa evidência, a quimioterapia simultânea com radioterapia surge como um novo padrão de tratamento para a neoplasia avançada do colo uterino.

Tabela 10: Estudo detalhado do câncer de colo de útero em n=14 indígenas pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2005 a 2012.

Estudo detalhado do câncer de Colo de útero em indígenas	n	%
Carcinoma de Células Escamosas infiltrante Grau II	1	7.1
Carcinoma de Células Escamosas moderadamente e diferenciada invasiva	1	7.1
Carcinoma de Células Escamosas moderadamente e diferenciada invasiva ulcerada	1	7.1
Carcinoma Epidermóide Inverso	3	21.4
Carcinoma Escamoso invasivo ulcerado	1	7.1
Carcinoma Escamoso Invasivo Ulcerado pouco diferenciado	3	21.4
Carcinoma Espino Celular In Situ com Extensão Glandular e áreas focais de micro invasão	1	7.1
Carcinoma Espino Celular Invasivo	1	7.1
Carcinoma Espino Celular invasivo ulcerado	1	7.1
Lesão Intraepitelial escamosa de alto Grau do Colo Uterino com comprometimento glandular endocervical	1	7.1

Fonte: CASAI

O intervalo de estudo proposto pela pesquisa é 2005 a 2012. Foi constatado que em relação ao resultado do laudo citopatológico Carcinoma de Células Escamosas infiltrante Grau II com 7.1% (01), Carcinoma de células escamosas moderadamente e diferenciada invasiva com 7.1% (01), Carcinoma de células escamosas moderadamente e diferenciada invasiva ulcerada com 7.1% (01) assim como, Carcinoma Espino celular in situ com extensão glandular e áreas focais de micro invasão com 7.1% (01) Não apresentaram alterações. Enquanto que o resultado dos laudos citopatológico Carcinoma Epidermóide Inverso com 21.4% (03) e Carcinoma Escamoso Invasivo Ulcerado pouco diferenciado também com 21.4% (03) apresentaram alterações significativas. Isto mostra que: oito pacientes com lesões de caráter neoplásico segundo sistema de informação do controle do câncer de mama e do colo do útero Ministério da Saúde INCA SISMAMA SISCOLO MANUAL GERENCIAL (2011).

Segundo OMS (2014) histologicamente, aproximadamente 90% a 95% das neoplasias

cervicais invasivas que se originam no colo uterino em países em desenvolvimento são neoplasias de células escamosas 2% a 8% são adenocarcinomas. Microscopicamente, a maioria de carcinomas escamo celulares apresenta-se como redes infiltravas de bandas de células neoplásicas com estroma interposto, com grande variação no padrão de crescimento, tipo de células e grau de diferenciação. O estroma cervical que separa as bandas de células malignas é infiltrado por linfócitos e plasmócitos. Essas células malignas são subdivididas em dois tipos, queratinizadas e não-queratinizadas. Os tumores são carcinomas bem diferenciados, moderadamente diferenciados ou mal diferenciados. Aproximadamente 50% a 60%.

Em muitos países em desenvolvimento, o adenocarcinoma constitui menos a 5% de todas as neoplasias do colo uterino. Em geral, origina-se no canal endocervical do epitélio glandular. A forma mais comum de adenocarcinoma é o tipo de células endocervicais, onde as glândulas anormais são de diversas formas e tamanhos com brotos e ramificações (figura 3.9). A maioria desses tumores é de bem a moderadamente diferenciada. Os elementos glandulares estão organizados em um padrão complexo. Papilas se projetam na luz da glândula e da superfície. Algumas das células podem conter uma quantidade de moderado a grande de mucina são neoplasias moderadamente diferenciadas e o restante são distribuídas por igual entre as categorias bem e mal diferenciadas.

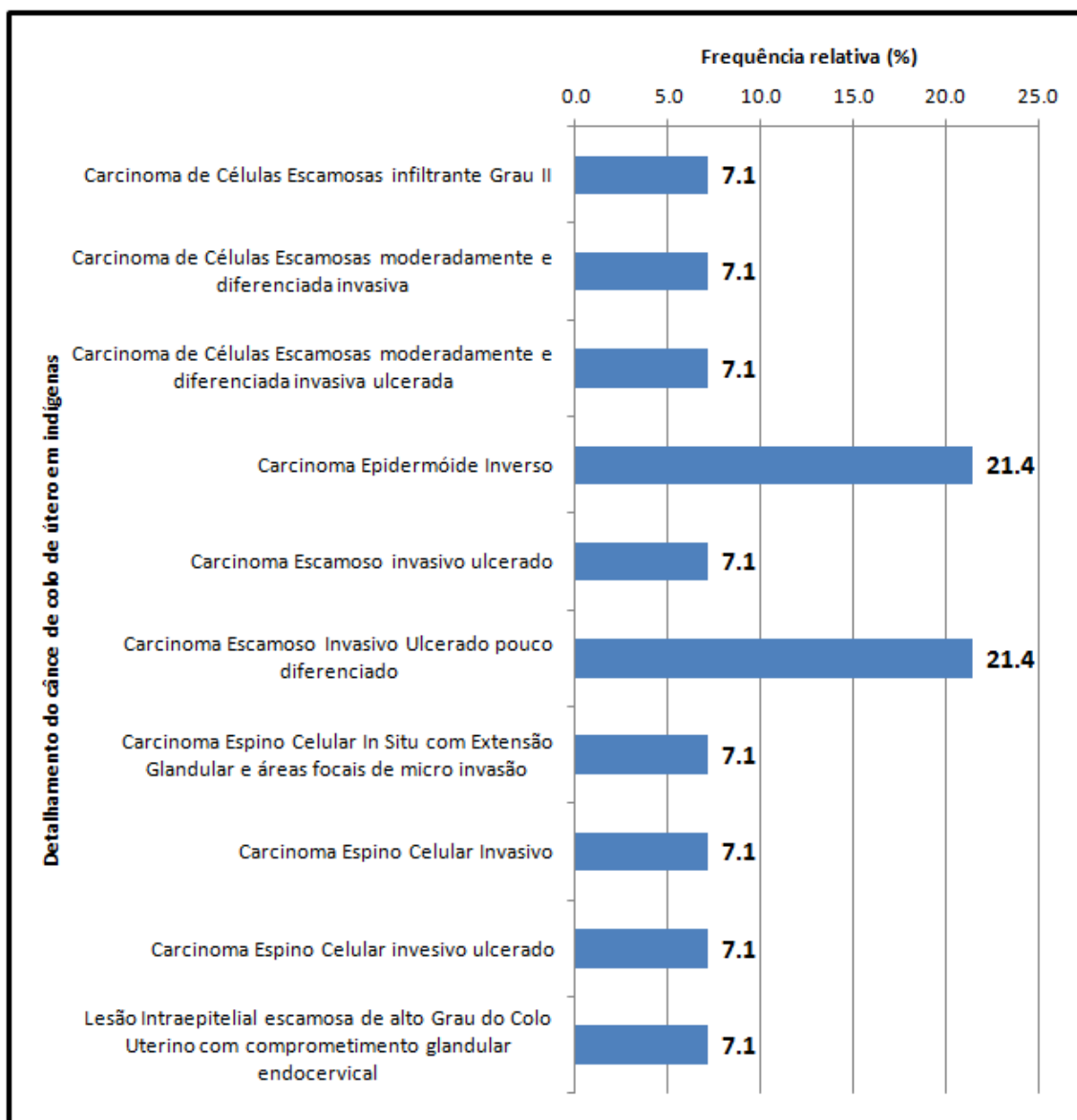


Figura 16: Estudo detalhado do câncer de colo de útero em n=14 indígenas pacientes indígenas atendidos na CASAI, Belém/PA, no período de 2008 a 2012.

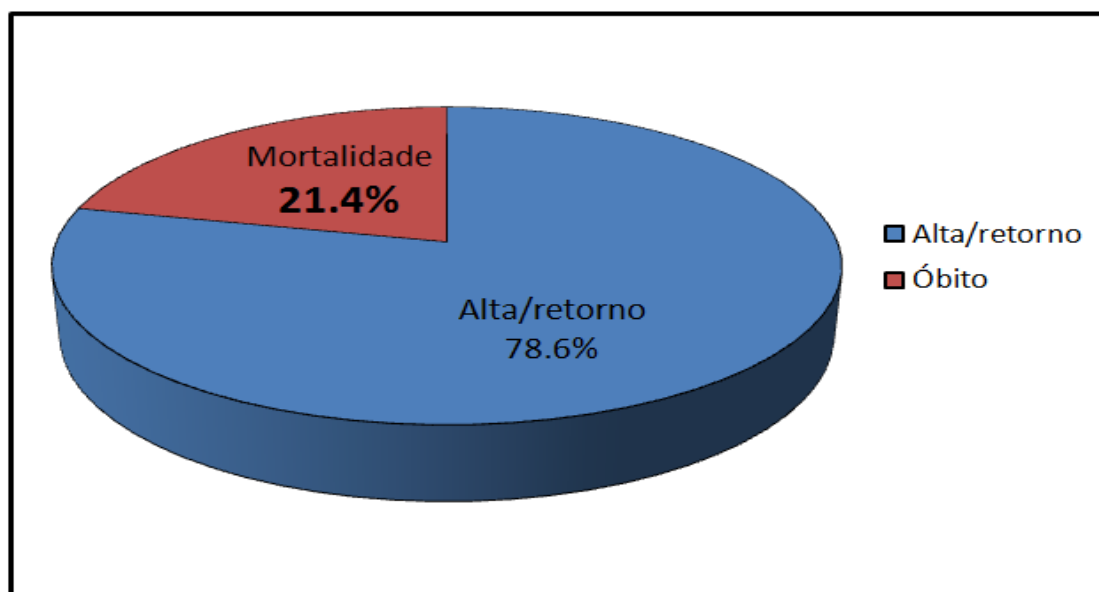


Figura 17: Mortalidade entre os n=14 indígenas pacientes atendidos na CASAI que evoluíram a óbito decorrente do câncer, Belém/PA, no período de 2008 a 2012.

Entre os n=14 houve 3 óbitos (21,4%). Esses casos que evoluíram a óbito tinham idade entre 47 e 51 anos.

Segundo Programa Nacional de Controle do Câncer do colo do útero e de mama Proposta de Fortalecimento das Ações de Prevenção, Diagnóstico. e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama ABRIL/2011 NOTA TÉCNICA 09 | 2011 Portaria GM/MS nº 399, de 2006. pag. 3 . No Brasil a taxa de mortalidade por câncer de colo se mantém constante, sendo o segundo tumor maligno com maior incidência nas mulheres brasileiras e o primeiro na Região Norte. Nessa região do país, é também o câncer com maior mortalidade proporcional em mulheres justificando, portanto, a proposta de fortalecimento com a incorporação de diferentes estratégias para seu controle na região Norte. As taxas de incidência estimada e de mortalidade no Brasil apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas quando comparadas às de países desenvolvidos com programas de detecção precoce e bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam valores bastante elevados. Segundo o Globocan (WHO, 2008a), enquanto na Finlândia as taxas de incidência e de mortalidade por câncer do colo do útero, padronizadas pela população mundial, foram 3,7 e 0,9 por 100 mil mulheres, respectivamente, na Tanzânia alcançaram valores de 50,9 e 37,5. Segundo a OMS, mais de 80% dos casos de câncer do colo do útero ocorrem nos países em desenvolvimento (WHO, 2008b), que concentram 82% da população mundial (UN Populations Divisions, 2009).

Na análise regional no Brasil, o câncer do colo do útero se destaca como o primeiro mais incidente na região Norte, com 23 casos por 100 mil mulheres. Nas regiões Centro-Oeste e Nordeste ocupa a segunda posição, com taxas de 20/100 mil e 18/100 mil, respectivamente, e é o terceiro mais incidente nas regiões Sudeste (21/100 mil) e Sul (16/100 mil) (INCA, 2009).

Quanto à mortalidade, é também a região Norte que apresenta os maiores valores do país, com taxa padronizada pela população mundial de 8,6 mortes por 100 mil mulheres, em 2007. Em seguida estão, neste mesmo ano, as regiões Centro-Oeste (6,1/100 mil), Nordeste (5,7/100 mil), Sul (4,2/100 mil) e Sudeste (3,8/100 mil) (INCA. Atlas de Mortalidade). As diferenças regionais se expressam de forma semelhante na mortalidade proporcional. Em 2007, na região Norte, as mortes por câncer do colo do útero representaram cerca 15% de todos os óbitos. As diferenças regionais se expressam de forma semelhante na mortalidade proporcional. Em 2007, na região Norte, as mortes por câncer do colo do útero representaram cerca 15% de todos os óbitos por câncer em mulheres, ocupando a primeira posição. No Nordeste ocuparam a segunda posição (9%) e no Centro-Oeste, a terceira (8,9%). Tanto no Sudeste quanto na Sul o câncer do colo do útero foi responsável por 4,9% dos óbitos por câncer, percentual correspondente à quinta e à sexta posição respectivamente (Brasil. Datasus/SIM). O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos. A mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida, com expressivas diferenças regionais (Brasil. Datasus/SIM).

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Oncológica, que estabeleceu o controle dos cânceres do colo do útero e de mama como componente fundamental a ser previsto nos Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero planos estaduais e municipais de saúde (INCA, 2005). Neste mesmo ano, o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo e de Mama – 2005-2007 propôs seis diretrizes estratégicas: aumento de cobertura da população-alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas. A importância da detecção precoce dessas neoplasias foi reafirmada no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), por meio da inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios visando à melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional. A partir do ano de 2005 as diretrizes estratégicas de implementação das ações contemplam a formação de uma rede integrada com base em um núcleo geopolítico gerencial local ou regional, constituído para ampliar aos serviços de saúde. Em 2007, em oficina realizada em outubro com os coordenadores estaduais do Programa, foi

avaliada a versão 4.0 do SISCOLO. O INCA participou ainda da reestruturação dos procedimentos relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama em conjunto com a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. A Portaria nº 2918/SAS de 13/11/07 criou novos procedimentos e revisou os existentes com o objetivo de aprimorar a informação a ser coletada no Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) para o acompanhamento das ações de controle. Ao completar 10 anos de existência, o Programa de Controle do Câncer do Colo do Útero registrou, de acordo com a Estimativa de Incidência de Câncer no Brasil para 2008, uma estabilização na curva de incidência do câncer do colo do útero na população. Nas capitais brasileiras, a estimativa foi de redução da incidência.

5 CONCLUSÃO

Sabemos que sempre que trabalhamos com questões que envolvem a saúde humana e em especial nos casos de análise de saúde pública, enfrenta-se como obrigatoriedade os cuidados necessários no trato com a pesquisa principalmente pelo fato do trabalho estar circunscrito a situações de preservação de direitos à pessoa e de lidar, além disto, com a cultura de grupos sociais, como é caso desta pesquisa que trabalha com casuística de populações indígenas da Amazônia paraense, investigando o câncer de colo do útero.

É necessário destacar ainda, como forma de dar corpo as conclusões a que se chegou nesta pesquisa, as dificuldades inerentes a coleta de dados empíricos que formaram o corpo do trabalho, considerando o acesso ao registro dos casos do câncer do útero em mulheres de populações indígenas, coletados dos prontuários que foram disponibilizados pela CASAI.

Com relação ao período demarcado para a coleta dos dados empíricos de 2005 a 2011, constatou-se que os dados existentes correspondiam ao período de 2005 e 2012 e procedemos a esta pequena adequação. Em segundo lugar a análise da relação entre quantidade e qualidade dos dados, afirmando que, nas análises de saúde pública verificou-se na maioria dos casos pesquisados uma limitação quantitativa de acesso ao dados, por outro lado verificou-se com relação a qualidade da informação no sentido da precisão dos dados existentes o que possibilitou a realização de uma análise importante dos casos de ocorrência do câncer do colo de útero em mulheres das populações indígenas e a sua relação com outras doenças como é o caso do HPV e ações para o controle do câncer do colo do útero.

Desta forma, constatou-se: há possibilidade, que consideramos como relevante de indicação advinda da informação dos prontuários que se apresentou pela oscilação da variável em determinados períodos, como ocorreu nesta pesquisa, em que há um queda da incidência do câncer de color de útero nas mulheres indígenas entre os anos de 2010 e 2011, levantando-se a hipótese de subnotificação que precisa ser considerada nos caos de análise de dados na saúde pública em função das dificuldades próprias que envolve o registro de casos em postos de atendimento de saúde, pelo funcionamento propriamente ou por dificuldades geradas na identificação dos casos.

Por outro lado, é preciso que se considere que neste período a existência de evidências de ações de saúde pública a partir de políticas de governo, principalmente como informação levada as populações sobre doenças e formas de tratamento, bem como, a ampliação do atendimento nas comunidades e áreas de habitação de populações indígenas, políticas estas voltadas principalmente para a região amazônica e atendimento as populações indígenas.

Concluímos também que, em estudos dessa natureza, em função de sua complexidade, torna-se importante referendar algumas categorias de análise específicas às populações indígenas e como são estudadas, motivo pelo qual inclui-se na análise categorias como as terras indígenas no sentido de localização, as etnias como fator de diferenciação e alguns aspectos da organização sociocultural das comunidades que demarcam a ação social das populações femininas como no trabalho e educação dentro das comunidades a que os indivíduos localizados nos prontuários pertencem, como as sete etnias encontradas neste estudo, Apalay, Kayapó, Mekanotiré, Munduruku, Parakanã, Tembé e Xipaia.

Considerando todas estas questões apresentamos como resultados de pesquisa um painel quantitativo e descritivo que inicia com a distribuição, em todo o território brasileiro, dos casos de câncer no aparelho reprodutor e órgãos genitais em mulheres indígenas, no período de 2007 a 2011 identificando que as neoplasias mais frequentes foram C53 (Neoplasia Maligna do colo do útero) e C50 (Neoplasia Maligna da mama).

Respondendo finalmente a questão norteadora desta pesquisa que era conhecer a ocorrência de casos de câncer de colo do útero em indígenas da Amazônia paraense, tem-se a resposta que no período estudado foram encontrados 14 casos na CASAI – Icoaraci de sete etnias diferentes. Ou seja, o câncer de colo do útero é incidente em mulheres de todas as etnias presentes neste trabalho, corroborando a literatura que aponta ser este um sério problema de saúde pública, não só da população em geral, mas das indígenas em particular, especialmente em razão da ausência de políticas públicas e de equipamentos de saúde próximos ao seu modo de vida.

REFERÊNCIAS

ALBRING, L.; VARGAS, V. R. A.; SCHMITT, V. M. O Câncer do Colo do Útero em Mulheres de Populações Indígenas do Brasil e Confins Fronteiriços da América do Sul: Revisão Sistemática. **NEWSLAB**, 79 eds., p. 122-132, 2006

ALBRING, L.; VARGAS, V. R. A.; BRENTANO, J. E. O câncer do colo do útero, o Papilomavírus Humano (HPV) e seus fatores de risco e as mulheres indígenas Guarani: estudo de revisão, **Rev. Bras. Anal. Clin**, v. 38, n. 2 p. 87-90, 2006.

ALMEIDA, Ludmila Raupp de. **Saúde das Populações Indígenas do Brasil: uma revisão sistemática da produção científica**. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

AZEVEDO, Marta. **Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro**. Cad. CRH, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, set., 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000300003&lng=en&nrm=iso>, Acesso em 17 fev. 2013.

BIFULCO, Vera Anita; FERNANDES JÚNIOR, Hézio Jardir; BARBOSA, Alessandra Bigal. Neoplasias da Mulher. In: _____. **Câncer: uma visão Multiprofissional**. São Paulo: MANOLE, 2010. p. 60-61.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio (FUNAI). **Índios do Brasil**, 2011. Disponível em <<http://www.funai.gov.br/>>. Acesso em: 09 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). **Relatório de Gestão 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). **Funasa 15Anos**. Brasília, 2006. Disponível em Acesso em 22.05.2014 www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/15-anos.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). **Relatório de Gestão 2008**. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/relatorio_2008.pdf Acesso em: 23/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do Colo do útero e de mama do Ministério da Saúde**. 2. ed. Brasília, 2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf> Acesso em 24/05/14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução Nº 196/96**. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out-versao_final_196_ENCEP2012.pdf Acesso em: 14/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 304, de 09 de Agosto de 2000**. Disponível em: <http://www.uesc.br/cep/res304.pdf> Acesso em: 14/02/2013.

CERVO, Amado Luiz; SERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. **Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil**: considerações gerais. Porto Velho: Fiocruz. 2001.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (Org). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; ABRASCO. 2003

FURTADO, Lourdes Gonçalves (Org.). Problemas Ambientais e Pesca Tradicional na Qualidade de Vida na Amazônia. In: _____. **Amazônia**: desenvolvimento, sociodiversidade e qualidade de vida. Belém: UFPA/NUMA, 1997.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Orgs.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômico número 25. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estados@ Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010**. Disponível em <http://ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pa&tema=resultpreluniver_censo2010>. Acesso em: 11 ago. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estados@ Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico 2010**. http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pa&tema=censodemog2010_indig_univer Acesso em 04 maio 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Coordenação geral de ações Estratégicas. Divisão de Apoio a Rede de Atenção Oncológica. **Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero**: Sumário executivo, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, Rio de Janeiro, 2010. p.9-17.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Introdução. In: _____. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro. p. 17-18. 2011a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Fisiopatologia do câncer. In: _____. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-aprendizagem. 3. ed. Rio de Janeiro, 2008, p. 49-60.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais. In: _____. **Nomenclaturas Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. 2. ed. Rio de Janeiro, 2006. p. 17-20.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER(INCA). **Síntese de Resultados e Comentários**. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2009. p. 4-6.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Síntese de Resultados e Comentários**. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil, Rio de Janeiro, 2011b, p. 36-37.

INTERNATIONAL AGENCY OF CANCER RESEARCH (IARC). **IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans**. Hepatitis viruses. Lyon, France: 1994, p. 59.

INTERNATIONAL AGENCY OF CANCER RESEARCH (IARC). **IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Infections with Epstein-Barr virus and Human herpes viruses**. Lyon, France. 1997 p.70.

INTERNATIONAL AGENCY OF CANCER RESEARCH (IARC). **IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: Human Papilomaviruses**. Lyon, France. 2005, p.90.

LUCIANO, G. dos S. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos Indígenas no Brasil de hoje. Brasília, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade - SECAD em parceria com o Museu Nacional, Laboratório de Pesquisas em Etnicidade, Cultura e Desenvolvimento. 2006. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154565por.pdf>>. Acesso em: abr. 2012.

MELATTI, Júlio César. Amazônia Oriental. In: _____. **Áreas Etnográficas da América Indígena**. Brasília: UNB, 2011, p.1-13. Disponível em: <<http://www.juliomelatti.pro.br/areas/22azor.pdf>>. Acesso em: 06 de jan. 2013.

NAKAGAWA, Janete Tamami Tomiyoshi; SCHIRMER, Janine; BARBIERI, Márcia. Vírus HPV e câncer de colo de útero. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 307-311, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2013.

NICOLAU, S. M. Existe câncer do colo uterino sem HPV? **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 236-237, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 1992).

PINTO, A. P. et al. Co-fatores do HPV na oncogênese cervical. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 48, n.1, p. 73-78, 2002.

RABACHINI, Tatiana; SICHERO, Laura. Câncer de colo Uterino. In: C. FERREIRA; J. ROCHA. **Oncologia Molecular**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 294-297.

RODRIGUES, W.C. **Metodologia Científica**. FAETEC/IST. Paracambi, 2007

TABORDA, Wladimir Correa et al. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central. **Rev. Pan. Sal. Pub.**, Washington, v. 7, n. 2, Feb. 2000. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892000000200004&lng=en&nrm=iso>.accession 28 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000200004>.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Abrasco, 2003.

SOLÉ PLA et al. Análise Descritiva do Perfil dos Exames Citopatológicos do Colo do Útero Realizados em Mulheres Indígenas e Não Indígenas no Brasil, 2008-2011. **Revista Brasileira do Câncer**, v. 58, n. 3, p. 461-469, 2012.

SOUZA, M. C.; SCATENA, J. H. G. & SANTOS, R. V. O Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena - SIASI: criação, estrutura e funcionamento. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.4, p. 853-861, 2007.

UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER. Câncer de Colo do Útero e Lesões Precursoras. In: _____. **Manual de Oncologia Clínica**. 8 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Pará
Universidade Federal do Amazonas
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane
Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

Título da Pesquisa “Prevalência de Câncer do Colo do Útero em Indígenas da Amazônia Paraense”.

Pesquisadora responsável: Rosemary Pereira da Mota - COREN/PA: 43.409. Endereço: Rua dos Mundurucus nº. 4487, Guamá, Belém/Pará, CEP: 66.073-000. Fone: (91) 88956390 ou (91) 3201-6667. E-mail: rosepmota@yahoo.com.br.

Orientador: Prof. Dr. João Farias Guerreiro. Endereço: UFPA/Instituto de Ciências Biológicas/Genética – Av. Augusto Corrêa, n. 01, CEP: 66.075-900. Fone: 3201-8411. E-mail: joaofg@ufpa.br

Objetivo: Avaliar a prevalência do câncer do colo do útero em populações indígenas da Amazônia Paraense.

Nós, pesquisadores, Rosemary Pereira da Mota e João Farias Guerreiro, convidamos-lhe a participar da pesquisa intitulada “Prevalência de Câncer do Colo do Útero em Indígenas da Amazônia Paraense”. (Que está sendo desenvolvida na Casa de Saúde Indígena (CASAI)) / Pertencente ao Distrito especial de Saúde Indígena DESEI-GUAMÁ TOCANTINS. O objetivo da pesquisa consiste em “conhecer a prevalência de câncer do colo do útero em populações indígenas da Amazônia Paraense”.

A coleta de dados será realizada por meio da aplicação de um formulário elaborado pelas pesquisadoras (APÊNDICE D), o qual contempla tópicos relacionados aos aspectos sociodemográficos a partir de análise do seu prontuário e de fichas de Referência e contra referência. Não haverá riscos para os participantes, haja vista que não ocorrerá coleta de material biológico e nem implicações psicológicas, morais e físicas, uma vez que serão respeitados todos os aspectos éticos e legais envolvendo a pesquisa com seres humanos, sendo respeitada a sua privacidade e autonomia para participar ou não da mesma. Não é obrigatória sua participação na pesquisa, você poderá a qualquer momento deixar de participar dela se assim o desejar, sem prejuízo algum a sua pessoa. Os benefícios para os pacientes. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo e esclarecida de que os usos das informações coletadas em meu prontuário e ou na guia de referência e contra referência estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde Brasília (DF), sendo que esta pesquisa será submetida primeiramente a um comitê de ética local (CEP). Nesta pesquisa será garantido o sigilo de

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar na pesquisa referente ao projeto/pesquisa intitulado (a) “Prevalência de Câncer do Colo do Útero em Indígenas da Amazônia Paraense”. Informo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus, tendo como finalidade exclusiva colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo e esclarecida de que os usos das informações coletadas em meu prontuário e ou na guia de referência e contra referência estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do

Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde Brasília (DF), sendo que esta pesquisa será submetida primeiramente a um comitê de ética local (CEP). Nesta pesquisa será garantido o sigilo de meus dados pessoais confidenciais ou que, de algum modo, possam provocar constrangimentos ou prejuízos. Assim, minha participação acontecerá por meio de coleta de dados em prontuários e/ou guias de referências e contra referência a partir da assinatura desta autorização. Fui informada de que o acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (s) orientador (es) / coordenador (es) e que haverá **riscos mínimos** relacionados à minha participação. Fui esclarecida de que o **benefício** relacionado à minha participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde e de Enfermagem, tendo como exemplos as áreas da Saúde da Mulher, Saúde Indígena, Oncologia, Ginecologia e Obstetrícia, entre outras. Declaro que recebi cópia deste termo, onde consta o endereço, fone e e-mail do pesquisador responsável e do orientador, e que poderei solicitar esclarecimentos em qualquer momento de realização da pesquisa. Estou ciente de que os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo (a) pesquisador (a) principal durante 5 (cinco) anos, tempo a partir do qual os dados serão totalmente destruídos, conforme preconiza a Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012

Belém, ____ / 2 013

Assinatura do Responsável pelo SESAI/ DSEI

ROSEMARY PEREIRA DA MOTA

Enfermeira - COREN/PA: 43.409

Contato: 3233-2281

rosepmota@yahoo.com.brjoaofg@ufpa.br)

JOÃO FARIAS GUERREIRO (orientador)

Médico – CRM/PA 4765

Contato: 3201-7403

APÊNDICE B – FORMULÁRIO DA PESQUISA**FORMULÁRIO DA PESQUISA****ANO 2005-2012****IDENTIFICAÇÃO**

1. NOME (SIGLA) _____

2. ETNIA _____

3. PÓLO-BASE _____

4. FILIAÇÃO

Pai: _____

Mãe: _____

5. FAIXA ETÁRIA: (Data de Nascimento): _____

(1) 10 anos (2) 10-20 anos (3) 20-40 anos (4) 40-50 anos (5) 50-60 anos (6) 70-80 anos

6. PROCEDÊNCIA (Tribo/Município/Estado): _____

CATERISTICAS SOCIO-ECONOMICAS E ESTILO DE VIDA**7. ESCOLARIDADE:**

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| (1) Sem escolaridade | (5) Ensino Médio Completo |
| (2) Ensino Fundamental Incompleto | (6) Ensino Superior Incompleto |
| (3) Ensino Fundamental Completo | (7) Ensino Superior Completo |
| (4) Ensino Médio Incompleto | (8) Sem informação no prontuário |

8. UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO NA RELAÇÃO SEXUAL

(1) Sim (2) Não (3) Às vezes

9. NÚMERO DE GESTAÇÕES

- (1) Nenhuma
 (2) Uma
 (3) Duas
 (4) Três ou mais

10) DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL- QUAL? -----

- (2) Não (1) Sim, tratada (2) Sim, não tratada.

11) REALIZAÇÃO DE PCCU ANUAL-RESULTADO/CO-INFECÇÃO/TIPO DE BACTERIA/VIRUS FUNGO

(1) Sim (2) Não

12)RENDA MENSAL APROXIMADA DO DOMICÍLIO

- (1) Sem renda
- (2) De 1 a 2 salários mínimos
- (3) De 2 a 3 salários mínimos
- (4) De 3 a 4 salários mínimos
- (5) De 4 a 5 salários mínimos
- (6) De 5 a 6 salários mínimos
- (7) Mais de 6 salários mínimos

13. USO DE BEBIDA ALCOOLICA

(1) Não (2) Sim. Que tipo de bebida? _____

14. FUMANTE?

(1) Não (2) Sim.

15. DIAGNÓSTICO/ HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: (CID 10) _____

16. EXAMES ENCONTRADOS NO PRONTUÁRIO:

1) Laboratório _____

2)Imagem _____

3) Laboratório e Imagem _____

17. TEMPO DE PERMANÊNCIA NA CLÍNICA/ HOSPITAL (nº de dias): _____

18. LOCAL DE ENCAMINHAMENTO PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO APÓS ALTA: _____

ROSEMARY PEREIRA DA MOTA

ANEXOS

ANEXO A

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM MULHERES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA PARAENSE.

Pesquisador: ROSEMARY PEREIRA DA MOTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16755913.1.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 517.400

Data da Relatoria: 28/01/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo de fonte secundária sobre a prevalência do câncer do colo do útero em indígenas da Amazônia paraense, motivado pela necessidade de identificação dos problemas de saúde enfrentados por estes grupos no contato com a modernidade e, conseqüentemente, com outras populações. Pretende-se, com a realização deste mapeamento, além de subsidiar decisões nas esferas de gestão estadual e municipal das políticas e práticas de saúde, também fundamentar uma investigação mais abrangente, de natureza estatística e ecológica, sobre a população atendida na Casa da Saúde Indígena (CASAI-ICOARACI-PA) que apresentou morbidade por câncer do colo do útero, nos anos de 2005-2011.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a prevalência de câncer do colo do útero em mulheres indígenas da Amazônia paraense, no período de 2005 a 2011.

Objetivo Secundário:

Traçar o perfil das indígenas acometidas de câncer do colo do útero por etnia. Descrever a

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 517.400

assistência à Saúde indígena, identificando as aldeias conforme a assistência à saúde. Determinar a prevalência de câncer do colo do útero conforme a etnia indígena.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos deste trabalho são mínimos, porém deve ser considerada a possibilidade de constrangimento dos participantes diante da temática a ser abordada, mesmo sendo um estudo com análise em dados secundários. Neste caso, serão adotadas todas as medidas cautelares indispensáveis ao cumprimento dos aspectos éticos e legais envolvendo seres humanos. Em respeito aos princípios éticos da pesquisa, os dados de identificação dos informantes não serão expostos, pois serão codificados e ordenados pela sequência dos formulários para garantir o anonimato e o sigilo de informações pessoais, assim como será garantido aos representantes legais a liberdade em se recusar a participar da pesquisa e ainda abandonar a mesma a qualquer instante sem que isso lhes acarrete algum prejuízo. Vale ressaltar que a pesquisa não terá ônus algum para a instituição envolvida bem como para os participantes uma vez que toda e qualquer despesa será custeada pela pesquisadora.

Benefícios:

Esta pesquisa trará benefícios para a área da Saúde Pública e da Enfermagem na Amazônia, uma vez que enriquece os conteúdos referentes ao tema, possibilitando às pacientes portadoras de câncer do colo do útero atendidas na CASAI possibilidades no avanço no padrão de assistência a médias e longo prazo e na oferta à sociedade de informações relativas à realidade do paciente oncológico podendo colaborar ainda para o planejamento de políticas públicas de saúde em atenção ao paciente indígena na realidade da Amazônia paraense.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada na Casa de Saúde Indígena (CASAI), em Icoaraci, do DSEI Guamá-Tocantins, que manifestou, em documento anexo, aceite à pesquisa. Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médico assistenciais. São locais de recepção e apoio aos índios, que vêm referenciados da aldeia/Pólo-Base (FUNASA, 2006). A CASAI está localizada no distrito de Icoaraci, pertencente ao município de Belém do Pará, na rua Brasília.

A resolução 466/12 do CNS/MS determina, no item IX.4-5, que é atribuição da CONEP, analisar os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos de populações indígenas.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 517.400

Considerando este fato, este protocolo deve ser encaminhado à CONEP. A pesquisadora deve aguardar tal parecer para iniciar a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados no protocolo estão dentro dos recomendados pelas resoluções pertinentes.

Recomendações:

Encaminhamento à CONEP para parecer final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

Mesmo a pesquisadora, não mencionando na Folha de Rosto. Este colegiado entende que o projeto envolve populações indígenas e que pela resolução 466/12 do CNS/MS deve ser encaminhado a CONEP.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

BELEM, 29 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO B

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM MULHERES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA PARAENSE.

Pesquisador: ROSEMARY PEREIRA DA MOTA

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 6

CAAE: 16755913.1.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 829.443

Data da Relatoria: 29/09/2014

Apresentação do Projeto:

Introdução:

O presente estudo, que tem como objetivo avaliar a prevalência do câncer do colo do útero em populações indígenas da Amazônia Paraense justifica-se por um conjunto de razões. Inicialmente, cabe destacar que o interesse pelas populações indígenas nasce das dificuldades e da importância em se identificar as doenças e os problemas de saúde provocados pela modernidade, que, na Amazônia, tem acelerado os contatos interétnicos e os processos de mudança sociocultural e ambiental. Como é sabido, ao longo do tempo, o contato contínuo entre as diversas culturas que integram a Amazônia levou grupos indígenas a mudanças de hábitos que influenciaram na saúde e na qualidade de vida destas populações, principalmente no que se refere ao aparecimento de grupos de risco sujeitos a incidência de doenças, como é o caso do câncer do colo do útero nas populações de mulheres indígenas, objeto de estudo desta pesquisa. Sem ignorar os contatos interétnicos provocados pela modernidade desde a colonização, que significativamente foram responsáveis pelos processos de mudança sociocultural das populações indígenas e de suas práticas de saúde, destacamos o argumento que nos alerta para as transformações aceleradas que ocorreram na Amazônia a partir da década de 1970, como a destruição dos ecossistemas locais, a descaracterização sociocultural de suas populações e a mobilidade ocupacional e espacial

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 829.443

contínuas. Conforme a antropóloga, estas mudanças foram impulsionadas pelo governo militar, sob ação da lei de incentivos fiscais para a região, coordenada pela Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM) e seus projetos desenvolvimentistas. O projeto, assim, sem perder de vista o contexto sociocultural da Amazônia e ao focalizar a prevalência do câncer do colo do útero em populações indígenas da região, pretende ser uma contribuição a mais para a análise das Dinâmicas dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia, linha de pesquisa integrante do Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do meio ambiente nos territórios indígenas e também, conseqüentemente, os saberes, sistemas econômicos e organização social das populações indígenas. Assim, pesquisas constataam que muitos desses povos estão ameaçados de desaparecimento, sendo que entre alguns deles o número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer a sua reprodução biológica. Não obstante esta ameaça, em termos gerais, observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, onde isto foi possível, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção básica à saúde. Crescimento que, todavia, não significa qualidade de vida, como veremos. A própria FUNDAÇÃO NACIONAL SAÚDE afirma que não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população (inclusive sobre a saúde das mulheres), mas sim de dados parciais, gerados pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), pela própria Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), por diversas organizações não governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirmam a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis, o que convoca pesquisadores a se debruçarem sobre os diversos aspectos da saúde indígena. Alguns dados sobre morbidade segundo a FUNASA são esclarecedores sobre a real situação dos povos indígenas no Brasil: alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde no interior das áreas indígenas. A fraca cobertura sanitária das

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 829.443

comunidades indígenas, a deterioração crescente de suas condições de vida em decorrência do contato com os brancos, a ausência de um sistema de busca ativa dos casos infecciosos, os problemas de acessibilidade (geográfica, econômica, linguística e cultural) aos centros de saúde, a falta de supervisão dos doentes em regime ambulatorial e o abandono frequente pelos doentes do tratamento favorecem a manutenção das endemias entre as populações indígenas no Brasil. Todos esses são problemas que afetam as comunidades como um todo, tanto os indígenas do sexo feminino quanto do sexo masculino. Entretanto um agravo em especial tem preocupado as autoridades sanitárias e tem as mulheres como foco por conta de sua fragilidade. Segundo a FUNASA, a infecção pelo HIV/Aids também é um agravo que tem ameaçado um grande número de comunidades. A partir de 1988, começaram a ser registrados os primeiros casos entre os índios, número que vem aumentando com o passar dos anos, sendo que, dos 36 casos conhecidos até 2000, oito foram notificados em 1998, distribuídos por todas as regiões do Brasil. O curto período de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o óbito dos pacientes e a falta de informações entre os índios sobre os modos de transmissão do vírus e prevenção da doença, bem como as limitações de ordem linguística e cultural para a comunicação com eles, são desafios a serem enfrentados e expressam a situação altamente vulnerável frente à tendência de interiorização da epidemia no país. Em relação ao problema desta pesquisa, o câncer do colo de útero em indígenas, no Brasil, as cidades de Goiânia e Belém, assim como o Distrito Federal, apresentaram as maiores taxas de incidência anuais de estimativas do Instituto Nacional do Câncer e em 2012 apontaram que foram detectados 17.540 casos novos de Câncer do Colo do Útero com um risco estimado de 17 casos a cada 100 mil mulheres, sendo que o câncer do colo do útero é o mais incidente na região Norte (24/100 mil). É deste modo que esta pesquisa encontra justificativa, no sentido de conhecer a prevalência do câncer do colo de útero nas populações indígenas da Amazônia paraense no período de 2005 a 2011 na Casa de Saúde Indígena (CASAI-ICOARACI-PA). Do ponto de vista profissional, vale ressaltar que este trabalho de pesquisa foi também motivado pela minha atuação como enfermeira do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), vinculado à Universidade Federal do Pará (UFPA), que realiza atendimentos de alta e média complexidade da população indígena do Pará. O contato com o atendimento de saúde desta população e o interesse em produzir dados de pesquisa que possam de alguma forma contribuir para a avaliação e formulação de políticas públicas de saúde voltadas a este segmento social são, neste sentido, outros dos aspectos motivadores deste estudo. A pesquisa possibilitará, por um lado, a sistematização de dados bibliográficos sobre o problema abordado com a realização de revisão bibliográfica específica, mapeamento das populações indígenas a partir da prevalência do câncer do colo do

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 829.443

útero das populações indígenas da Amazônia paraense. E, neste sentido, destaca-se que foram encontrados poucos estudos sobre câncer de colo de útero em indígenas no Brasil e na Amazônia em particular, o que justifica esta pesquisa. Por outro lado, a investigação possibilitará a identificação e estudo, em termos estatísticos e científicos, da população atendida na Casa do Índio (CASAI) que apresenta morbidade com câncer do colo do útero, nos anos de 2005 a 2011. Esperamos que os resultados apresentados possam subsidiar decisões nas esferas de gestão estadual e municipais, de modo a gerar melhorias nos serviços para a saúde indígena, já gravemente comprometida por um conjunto de fatores sociais, culturais, ambientais e econômicos, conforme evidenciam dados segundo os quais os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. Para a Enfermagem, este trabalho poderá ser importante ao se ter conhecimento especializado na área que permita a adoção de ações no sentido de diminuir a prevalência de câncer do colo de útero na região estudada, além de conhecer e sistematizar a realidade dentro deste contexto.

Hipótese: Qual a prevalência do câncer do colo do útero em indígenas da Amazônia paraense, no período de 2005 a 2011.

Metodologia:

O presente trabalho de pesquisa será um estudo Epidemiológico Ecológico, descritivo de fonte secundária. O estudo ecológico é aquele em que a unidade de análise é um grupo de pessoas ou uma população que também pertencem a uma área geográfica definida. É, também, conhecido como estudo de correlação e que, frequentemente, utiliza dados secundários. (Estudos Ecológicos capítulo 13 pag.191, Roberto de Almeida Medrados). Segundo o Censo demográfico do IBGE (2010), a população de mulheres indígenas residentes na Amazônia Paraense é de 17.649 pessoas. A pesquisa do IBGE apontou que no Pará 79,1% das mulheres entre 25 e 59 anos realizaram exame preventivo do câncer do colo do útero nos três anos anteriores à data da pesquisa. A pesquisa será realizada na Casa de Saúde Indígena (CASAI), em Icoaraci, do DSEI Guamá-Tocantins. No setor de estatística e guarda de documentação. Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não executam ações médico-assistenciais. São locais de recepção e apoio aos índios, que vêm referenciados da aldeia/Pólo-Base. A CASAI está localizada no distrito de Icoaraci, pertencente ao município de Belém do Pará, na rua Brasília. A coleta de dados será realizada na Casa de Saúde do Índio (CASAI) Icoaraci, com mulheres Indígenas da Amazônia paraense e com diagnóstico de câncer do colo do útero. Serão realizadas pelo próprio investigador, referentes aos

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 829.443

anos de 2005 a 2011.

Critério de inclusão:

Os critérios para seleção e inclusão da amostra serão: ser maior de 10 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de câncer Colo do Útero Cid C-53 procedentes das aldeias da Amazônia Paraense Deste universo, os grupos indígenas estudados são os atualmente atendidos pela CASAI que integram os 04 DESEI do Pará, até o norte do Tocantins; DSEI Kayapó do Pará Sede Redenção: região sul do Pará, fazendo divisa com o Mato Grosso e com o Tocantins; DSEI Rio Tapajós Sede Itaituba: região oeste do Pará, percorrendo o leito do rio Tapajós, de norte a sul. DSEI Altamira Sede Altamira: região central do Pará, próxima da divisa com o Estado do Amazonas; DSEI Guamá Tocantins Sede Belém: faixa de terra no leste do Pará até o norte do Tocantins.

Critério de Exclusão:

Serão automaticamente excluídos todos os que não atenderem aos critérios de inclusão acima citados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a prevalência de câncer do colo do útero em mulheres indígenas da Amazônia paraense, no período de 2005 a 2011.

Objetivo Secundário: Traçar o perfil das indígenas acometidas de câncer do colo do útero por etnia. Descrever a assistência à Saúde indígena, identificando as aldeias conforme a assistência à saúde. Determinar a prevalência de câncer do colo do útero conforme a etnia indígena.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos deste trabalho são mínimos, porém deve ser considerada a possibilidade de constrangimento dos participantes diante da temática a ser abordada, mesmo sendo um estudo com análise em dados secundários. Neste caso, serão adotadas todas as medidas cautelares indispensáveis ao cumprimento dos aspectos éticos e legais envolvendo seres humanos. Em respeito aos princípios éticos da pesquisa, os dados de identificação dos informantes não serão expostos, pois serão codificados e ordenados pela sequência dos formulários para garantir o anonimato e o sigilo de informações pessoais, assim como será

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 829.443

garantido aos representes legais a liberdade em se recusar a participar da pesquisa e ainda abandonar a mesma a qualquer instante sem que isso lhes acarrete algum prejuízo. Vale ressaltar que a pesquisa não terá ônus algum para a instituição envolvida bem como para os participantes uma vez que toda e qualquer despesa será custeada pela pesquisadora.

Benefícios: Esta pesquisa trará benefícios para a área da Saúde Pública e da Enfermagem na Amazônia, uma vez que enriquece os conteúdos referentes ao tema, possibilitando às pacientes portadores de câncer do colo do útero atendidos na CASAI possibilidades no avanço no padrão de assistência a médias e longo prazo e na oferta à sociedade de informações relativas à realidade do paciente oncológico podendo colaborar ainda para o planejamento de políticas públicas de saúde em atenção ao paciente indígena na realidade da Amazônia paraense.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Ver item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. A pesquisadora apresentou uma carta do orientador endereçado à coordenação da DSEI solicitando esta autorização. No entanto, não foi apresentada a carta de autorização da CASAI ou DSEI para a realização da pesquisa. Solicita-se, portanto, a carta de autorização devidamente assinada pelos responsáveis pela guarda das informações secundárias em questão e pelo manuseio dos dados.

RESPOSTA: Quanto ao item 1, o qual solicita "a carta de autorização devidamente assinada pelos responsáveis pela guarda das informações secundárias em questão e pelo manuseio dos dados", informo que o referido documento foi anexado à Plataforma Brasil, no dia 05/08/2014.

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. Uma vez que a apresentação da dissertação de mestrado está prevista para agosto de 2014, solicita-se esclarecer se os dados já foram coletados.

RESPOSTA: Quanto ao questionamento do item 2, referente à coleta de dados, esclareço que continuo aguardando autorização da CONEP para então iniciar o processo de coleta de dados,

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 829.443

consoante às normas éticas da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº. 304 de 09 de agosto de 2000 do Conselho Nacional de Saúde.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3. Quanto ao cronograma apresentado: Nesse documento, a coleta de dados estava prevista para o mês de abril de 2014. Tendo em vista que o protocolo ainda se encontra em apreciação ética, solicita-se adequação.

RESPOSTA: Quanto à recomendação do item 3, sobre adequação do cronograma da pesquisa, informo que o mesmo foi ajustado diretamente na Plataforma Brasil, no dia 05/08/2014.

ANÁLISE: Pendência atendida.

4. No documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_167559.pdf", datado de 24/02/2014, leem-se as seguintes informações:

I. "Tamanho da Amostra no Brasil: 80".

II. "Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa: 70". As informações apresentadas estão divergentes e, além disso, a segunda passagem informa que abordará diretamente indivíduos, porém, no restante do protocolo afirma-se que só serão usados dados qualitativos. Solicitam-se esclarecimento e adequação.

RESPOSTA: Quanto à solicitação de esclarecimento do item 4, a respeito da amostragem, informo que foi ajustado o projeto, aclarando que a pesquisa não abordará diretamente indivíduos, uma vez que o estudo utilizará como fontes prontuários dos pacientes indígenas atendidos pela Casa de Saúde Indígena (CASAI-Icoaraci).

ANÁLISE: Pendência atendida.

5. Quanto ao "FORMULÁRIO DA PESQUISA – Apêndice D": Nesse documento há questões que não serão possíveis de responder somente pela análise de prontuário. Solicita-se adequação desse documento a fim de atender a esse objetivo.

RESPOSTA: Referente ao item 5, FORMULÁRIO DA PESQUISA – Apêndice D, o mesmo foi modificado. Conforme sugerido e anexado na Plataforma.

ANÁLISE: Pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO C

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

Continuação do Parecer: 829.443

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 14 de Outubro de 2014

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

C. S. F. e. l.
16/10/14

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO D



Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A Casa de Saúde Indígena (CASAI) autoriza a realização da pesquisa intitulada "**Prevalência do Câncer do Colo do Útero em Indígenas da Amazônia Oriental**" de responsabilidade da pesquisadora **Rosemary Pereira da Mota**, vinculada ao Mestrado Interdisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Leandro Augusto Costa de Sousa

Nome do responsável institucional

Coordenadora do DGEI

Cargo

Leandro Augusto Costa de Sousa

Coordenador Geral da Região
de Integração e Desenvolvimento

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Local e Data: *Belém, 02/10/2013*