

PANORAMA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM INDÍGENAS BRASILEIRAS: ANÁLISE DO RASTREAMENTO E DA MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR DE 2013 A 2022

OVERVIEW OF CERVICAL CANCER IN BRAZILIAN INDIGENOUS PEOPLE: ANALYSIS OF SCREENING AND HOSPITAL
MORBIDITY AND MORTALITY FROM 2013 TO 2022

DOI: 10.16891/2317-434X.v13.e3.a2025.id2376

Recebido em: 02.10.2024 | Aceito em: 17.07.2025

**Rosana Moysés^{ab*}, Emily Montarroyos^a, Juliana Vianna Gonzalez Pazos^b, Janaína de Oliveira e
Castro^b, Nely Caires^c, Leticia Zumpano Cardenas^{d,e}**

**Unifeso - Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis-RJ, Brasil^a
Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON, Manaus-AM, Brasil^b
Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, Manaus – AM, Brasil^c
A.C.Camargo Cancer Center, São Paulo – SP, Brasil^d
Departamento de Fisioterapia, AC Camargo Cancer Center^e
*E-mail: rosana.pimentelcorreia@gmail.com**

RESUMO

Mesmo com avanços nas políticas públicas de saúde para os povos indígenas, ainda registramos indicadores de saúde preocupantes nestas populações, dentre eles os relacionados ao câncer do colo do útero (CCU). Assim sendo, este estudo objetivou analisar o rastreamento, as internações e óbitos hospitalares por CCU de mulheres indígenas brasileiras no período de 2013 a 2022. Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo. As unidades de análise foram os 26 estados do Brasil e o Distrito Federal e consideraram-se os registros de dados secundários públicos de mulheres indígenas no Sistema de Informação do Câncer, no Registro Hospitalares de Câncer e no Sistema de Informações Hospitalares, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Os resultados demonstraram que o maior número de exames foi realizado por indígenas de 25 a 35 anos. Os anos 2013 e 2020 registraram menor número de exames preventivos e o Mato Grosso do Sul foi responsável pela maior média de exames realizados. O maior número de internações foi em indígenas, de 30 a 49, e a maioria estava em estágio avançado da doença (estádio III). Os anos de 2013, 2015 e 2020 tiveram as maiores taxas de mortalidade hospitalar. Este estudo reforçou a necessidade de políticas públicas voltadas para o trabalho interdisciplinar e interinstitucional, tendo em vista as especificidades antropológicas, crenças e características culturais das mulheres indígenas. Para assim, elaborar uma linha de cuidado que poderá, a longo prazo, alterar o panorama impactante dos indicadores de prevenção, morbidade e mortalidade do CCU nesta população.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas; Câncer do Colo do Útero; Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Despite advances in public health policies for indigenous peoples, we continue to record alarming health indicators in these populations, including those related to cervical cancer (CCU). This study aimed to analyze the tracking, hospitalizations, and hospital deaths due to cervical cancer (CC) of indigenous Brazilian women from 2013 to 2022. This is an ecological, descriptive, and retrospective study. The analysis included all 26 states of Brazil and the Federal District. Furthermore, we examined public secondary data records of indigenous women in the Cancer Information System, Hospital Cancer Registry, and Hospital Information System of the Department of Informatics of the Unified Health System. The results clearly show that the largest number of exams were carried out by indigenous people aged 25 to 35. The years 2013 and 2020 recorded a lower number preventive exams, and Mato Grosso do Sul was responsible for the highest average number of exams performed. The highest number of hospitalizations were among indigenous people aged 30 to 49, and the majority were at an advanced stage of the disease (stage III). The years 2013, 2015, and 2020 had the highest hospital mortality rates. This study definitively shows the need for public policies aimed at interdisciplinary and interdepartmental work, taking into account the anthropological specificities, beliefs, and cultural characteristics of indigenous women. To achieve this, we must develop a line of care that will, in the long term, change the impactful panorama of CC prevention, morbidity, and mortality indicators in this population.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Uterine Cervical Neoplasms; Health Information Systems.

INTRODUÇÃO

No censo demográfico de 2022, cerca de 1,7 milhões de pessoas se autodeclararam indígenas, representando 0,83% da população brasileira. Hoje, a maior concentração da população indígena está na Região Norte, no estado do Amazonas, com 490,9 mil indígenas, seguido do estado da Bahia, na Região Nordeste, com 229,1 mil indígenas. Apesar do aumento da população indígena brasileira e da sua importância social e cultural, estes povos historicamente vivem um cenário de iniquidades sociais e de saúde (IBGE, 2022).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde para os povos indígenas, especialmente com a criação de um subsistema público de atenção primária à saúde para as terras indígenas federais, o acesso destes povos aos serviços de saúde ainda é um desafio. A qualidade dos serviços oferecidos é baixa, além das dificuldades relacionadas às questões culturais, especialmente pelo despreparo dos profissionais para atuar dentro dessas especificidades e pelo isolamento geográfico. Este panorama resulta em piores indicadores de saúde em populações indígenas, dentre eles os relacionados ao câncer do colo do útero. (SANTOS *et al.*, 2022)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o câncer do colo do útero é o mais letal em mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo. Estudos demonstram que 90% dos óbitos de mulheres por CCU ocorrem em países de baixo e médio desenvolvimento econômico, que apresentam desigualdades no rastreamento da doença, no acesso ao tratamento e à vacinação contra papilomavírus humano (HPV), vírus que aumenta em 6 vezes a probabilidade de desenvolvimento do CCU (DE MELO *et al.*, 2023; WANG *et al.*, 2024.).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, para o período de 2023–2025 estão previstos 17.010 novos casos de CCU no Brasil, com taxa de incidência de 13,25, representando o terceiro câncer mais frequente em mulheres brasileiras. No entanto, cumpre mencionar que a região Norte apresenta a previsão de taxa de incidência maior do que a do Brasil, sendo de 16,77, e nesta região temos o estado com maior taxa de incidência e mortalidade por esta neoplasia, o estado do Amazonas. (DE OLIVEIRA SANTOS, 2023.)

Diante desse cenário, agrava-se a situação das mulheres indígenas, que têm no estado do Amazonas a sua maior população. Além disso, evidências comprovam que as mulheres indígenas apresentam maior prevalência de lesões precursoras e maior mortalidade quando comparadas a não indígenas (ABRITTA; TORRES, 2021; DANTAS *et al.*, 2020; NOVAIS *et al.*, 2023).

O estudo de Luiz *et al.* (2024) ao analisar a mortalidade por CCU no período de 2002 a 2021 demonstrou o aumento crescente das taxas de mortalidade em mulheres indígenas e que, no ano de 2021, a mortalidade destas mulheres era 123% maior do que as das mulheres brancas (LUIZ *et al.*, 2024).

A literatura ainda descreve que as mulheres indígenas têm duas vezes mais chances de serem diagnosticadas em estágio avançado quando comparadas com mulheres de outras raças. O maior número de óbitos por CCU em mulheres indígenas ocorre entre 30 e 49 anos, sendo esse um perfil etário de mulheres mais jovens que as não indígenas. Estes dados sugerem a dificuldade de acesso ao rastreio, resultando em diagnóstico e tratamento tardio (ABRITTA; TORRES, 2021; DANTAS *et al.*, 2024).

Os fatores de risco para o CCU em mulheres indígenas têm relação com práticas culturais, como: a iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais, multiparidade e o próprio isolamento geográfico dos indígenas aldeados. Pesquisas demonstram que as mulheres indígenas têm alta prevalência de infecção por papilomavírus humano oncogênico (HPV). Barreiras antropológicas também impactam na adesão ao exame preventivo e ao tratamento da doença (GÓES *et al.*, 2024; NOVAIS *et al.*, 2023).

Por fim, cumpre citar que o adoecimento e morte de uma mulher indígena desestrutura sistemas culturais e produtivos das comunidades, devido ao seu importante papel no constructo social (ABRITTA; TORRES, 2021). Por isso, diante do impacto social e cultural do câncer do colo do útero em populações indígenas, este estudo objetiva analisar o rastreamento, as internações e óbitos hospitalares por CCU de mulheres indígenas brasileiras no período de 2013 a 2022.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo, cujas unidades de análise foram os 26 estados do Brasil e o Distrito Federal. Este é um estudo baseado nos registros de dados secundários de mulheres indígenas no Sistema de Informação do Câncer

(SISCAN), do Registro Hospitalares de Câncer (RHC) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), todos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O período do estudo foi de janeiro de 2013 a dezembro de 2022. As variáveis deste estudo estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Descrição das Variáveis do estudo.

Variáveis do Estudo		
Sistema de Informação do Câncer (SISCAN)	Registros Hospitalares de Câncer (RHC)	Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS)
- Exame Citopatológico do colo do útero por pacientes - Unidade da Federação - Raça: Indígena - UF de residência - Ano competência (2013-2022) - Faixa etária (Até 9 anos a +80 anos) - Escolaridade - Motivo do exame - Representatividade da Zona de Transformação - Laudo citopatológico	- Ano diagnóstico (2013-2022) - Tipo do Caso: Analítico - Raça/cor: Indígena - Localização primária: C53 Colo do útero - Unidade da Federação de Procedência - Faixa etária - Estadiamento Grupo - Escolaridade - Tratamento Recebido - Tipo Histológico - Estado da doença no final do 1º. ano de tratamento	- Local de Internação - Unidade da federação - Ano Processamento (2013-2022) - Lista de morbidade cid10 – Neoplasia Maligna do colo do útero - Faixa etária (20 a 85+) * - Raça/cor- Indígena - Taxa de mortalidade **

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). *Esta foi a faixa etária com registro de internações. **Resultado da divisão entre o número de óbitos e o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas, multiplicada por 100.

Os dados foram organizados em uma planilha eletrônica no software Excel® e, posteriormente, foi executada a análise de informações, através do programa IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 26.0. Foi realizada análise descritiva para traçar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que realizaram o exame preventivo (citopatológico) e das internações. Para o cálculo da média dos exames preventivos por estados da federação no período de 10 anos, primeiramente calculamos o percentual anual de exames preventivos por estado da federação e depois fizemos a média de exames em 10 anos, considerando estes percentuais anuais. Por fim, realizamos a análise temporal por meio de regressão polinomial da taxa de mortalidade, entre os anos de 2013 e 2022. O modelo de suavização exponencial de Brown foi utilizado para

análise da série temporal de 2013 a 2022, com intervalo de confiança de 95%.

Este estudo utilizou bases públicas, de acesso irrestrito e sem identificação das participantes. Assim sendo, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa/CONEP, respeitando o disposto no Art.1, inciso III da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Pesquisa, que trata das normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

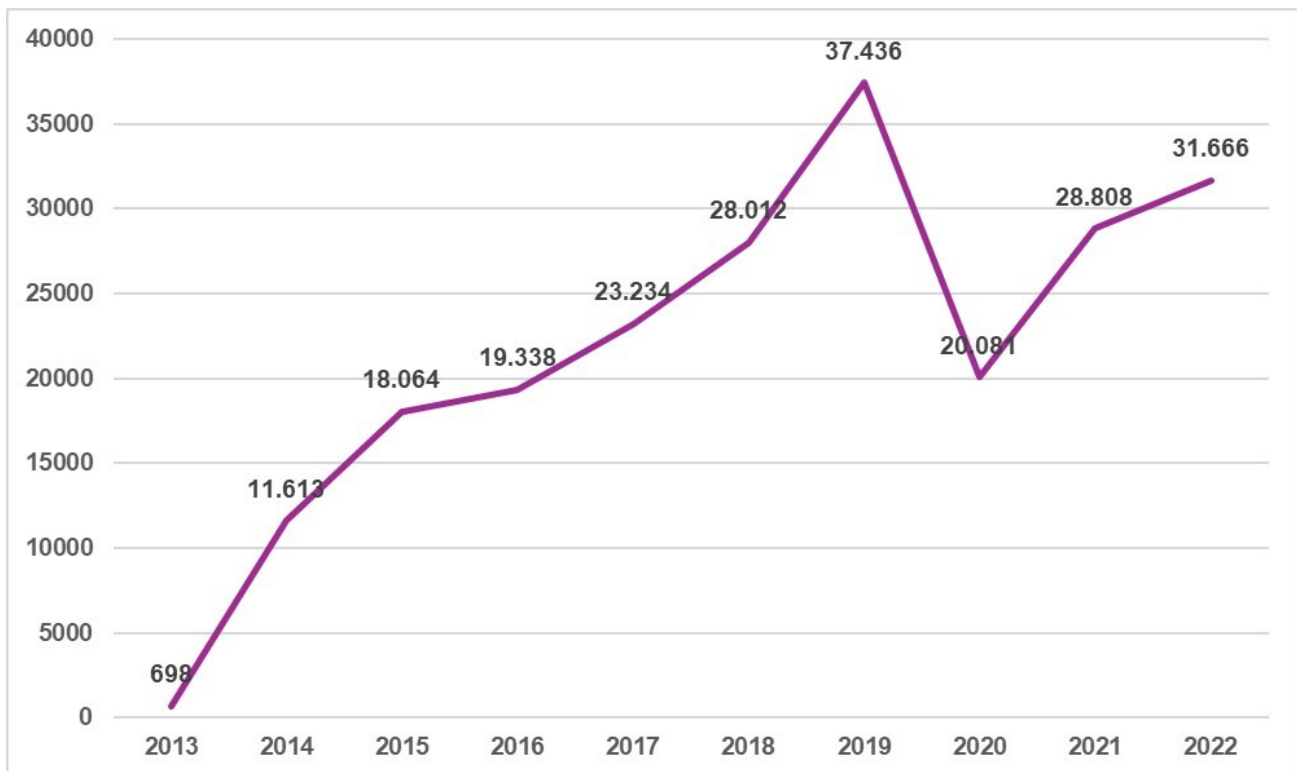
No período de 2013 a 2022, um total de 218.950 pacientes indígenas realizaram o exame citopatológico do colo do útero no Brasil. Em 2013 temos o registro do menor número de exames, os anos seguintes são marcados

por crescente aumento do número de exames, tendo o maior número em 2019, com declínio em 2020. (figura 1)

Na figura 2, mapeamos as médias de exames preventivos por estado do Brasil. Observa-se que a maior

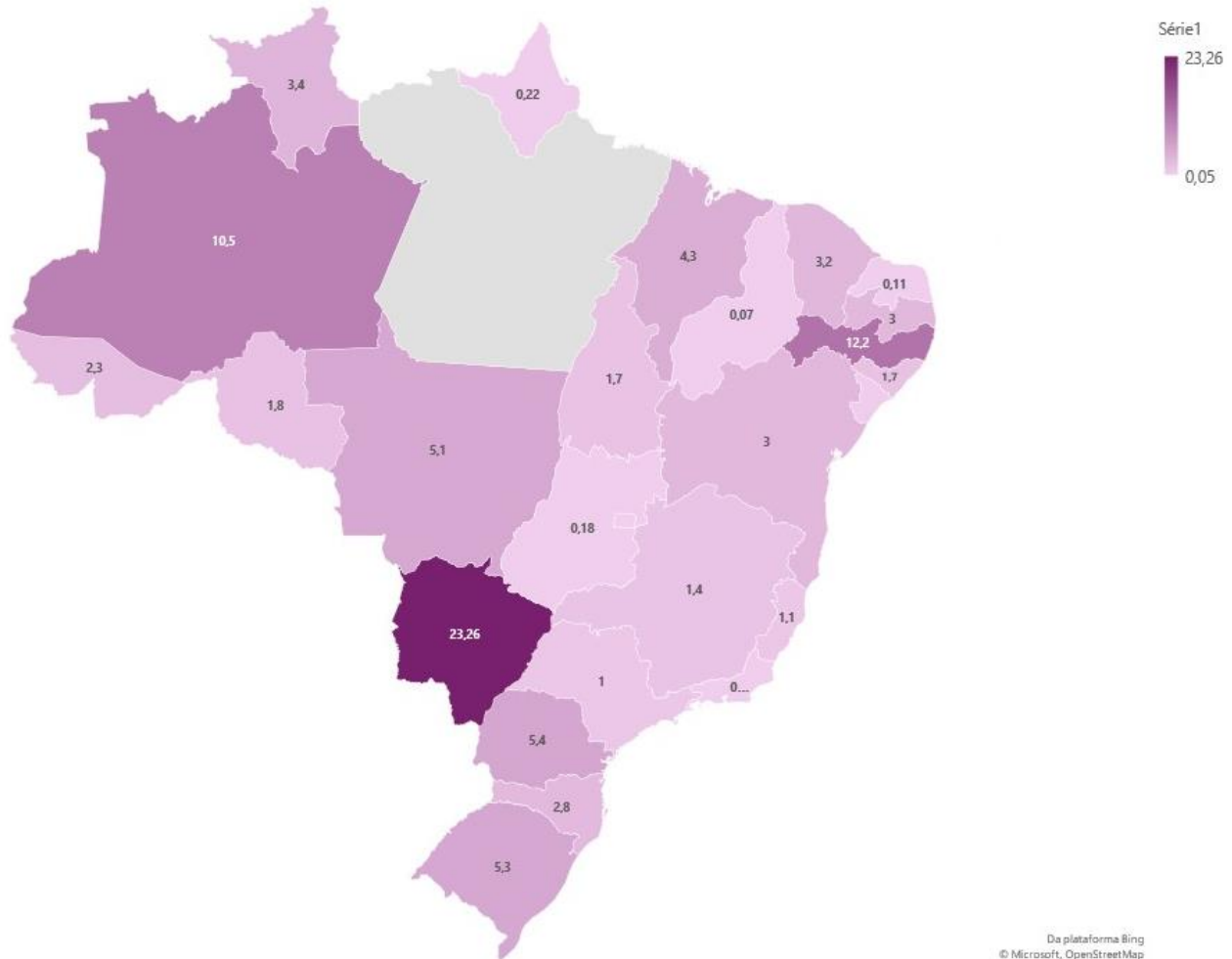
média de exames realizados no período foi registrada no estado do Mato Grosso do Sul (23,26) na Região Centro-Oeste, seguido do estado de Pernambuco (12,2) na Região Nordeste e do Amazonas (10,5) na Região Norte.

Figura 1. Número de Exames Citopatológicos de Mulheres Indígenas por estados do Brasil (2013-2022).



Fonte: Dados do estudo: Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Figura 2. Média de Exames Citopatológicos de Mulheres Indígenas por estados do Brasil (2013-2022).



Fonte: Dados do estudo: Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer (SISCAN).

Em relação à faixa etária das pacientes que realizaram o exame Papanicolau no período em análise, convém citar que, somente, 152652 pacientes (69.7% da amostra) tinham registro da faixa etária e o maior número de exames foi realizado por indígenas de 25 a 29 anos (16.71%), seguido de mulheres de 30 a 35 anos (15%). Não foi possível realizar uma análise crítica da escolaridade destas pacientes, pois 98% das pacientes não tinham esse registro no SISCAN. No entanto, cabe mencionar, dos poucos registros de escolaridade, a maioria das indígenas que realizou o exame citopatológico tinha ensino fundamental incompleto (774 indígenas - 0.67%).

Sobre o motivo para a realização do exame, 99% das indígenas realizaram para rastreamento do câncer do colo do útero. Em relação ao laudo citopatológico das pacientes, no período somente 114 557 exames (52,32% da amostra) tinham esse registro, destes 95% (108.637) deram negativo, significando que não foram observadas células pré-neoplásicas ou neoplásicas no exame preventivo. Cerca de 2,5% (2855) dos exames registraram células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), 0,10% (1130) dos exames registraram lesão epitelial de alto grau e 51 (0.04%) pacientes tinham carcinoma epidermoide invasor. Mais de 53% (60.199) dos exames, com amostra satisfatória, registraram

resultado negativo para “*representatividade da zona de transformação (ZT)*.”

No período de 2013 a 2022, foram registradas 282 pacientes indígenas atendidas em unidades hospitalares para o tratamento do CCU. A maioria era procedente do estado do Amazonas, 75 pacientes (26.5%), seguidas de indígenas do Mato Grosso do Sul, sendo 26 pacientes (9,21%).

Em relação à faixa etária destas pacientes, observamos na Tabela 1 que a faixa etária de 40 a 49 anos (30,14%) foi mais frequente, seguida das mulheres com 30 a 39 anos (27,66%). As pacientes eram majoritariamente casadas (52,48%) e tinham ensino fundamental completo (34,4%), sendo também importante o percentual de mulheres analfabetas, cerca de 26% das pacientes. (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e de Tratamento Hospitalar de Mulheres Indígenas com CCU no Brasil, 2013-2022.

Variáveis Sociodemográficas (n=282)	n	%
Faixa etária		
20-29 anos	21	7,45
30-39 anos	78	27,66
40-49 anos	85	30,14
50-59 anos	43	15,25
60-69 anos	25	8,86
70-85+ anos	30	10,64
Estado Conjugal		
Casada	148	52,48
Solteira	102	36,17
Escolaridade		
Analfabeto	74	26,24
Fundamental completo	37	13,12
Fundamental incompleto	97	34,4
Nível médio	16	5,67
Nível superior completo	5	1,77
Nível superior incompleto	4	1,42
Sem Informação	49	17,38
Variáveis Clínicas		
Tipo Histológico		
Neoplasia maligna incerta	13	4,61
Carcinoma escamocelular	247	87,59
Adenocarcinoma	20	7,09
Leiomiossarcoma	1	0,35
Carcinossarcoma	1	0,35

Estadiamento		
0	53	18,79
I	23	8,16
II	43	15,25
III	59	20,92
IV	20	7,09
Sem Informação	146	51,77
Variáveis de Tratamento		
Tratamento		
Cirurgia	114	40,43
Cirurgia + Outros	2	0,71
Cirurgia+ Outros + Radioterapia	1	0,35
Cirurgia + Quimioterapia	6	2,13
Cirurgia + Quimioterapia + Radioterapia	8	2,84
Cirurgia + Radioterapia	10	3,55
Hormonioterapia	1	0,35
Hormonioterapia + Radioterapia	1	0,35
Outros + Quimioterapia + Radioterapia	1	0,35
Quimioterapia	15	5,32
Quimioterapia+ Radioterapia	71	25,18
Radioterapia	20	7,09
Nenhum	10	3,55
Outros	20	7,09
Sem Informação	2	0,71
Ano 1 tratamento		
Doença em progressão	20	7,09
Doença estável	71	25,18
Fora de possibilidade terapêutica	7	2,48
Óbito	23	8,16
Remissão parcial	9	3,19
Sem evidência da doença Remissão completa	93	32,98
Sem Informação	59	20,92

Fonte: Dados do Estudo. Registro Hospitalares de Câncer (RHC).

Quando analisamos as variáveis clínicas, o carcinoma escamocelular foi diagnosticado em 180 mulheres, representando cerca de 87% dos casos. Apesar de mais de 50% (146) dos casos não terem o registro de

estadiamento, 20% (50) das pacientes com este registro estavam em estadio III. A maioria das mulheres foi tratada com cirurgia, cerca de 40% (114) seguido da escolha pelo tratamento de quimioterapia e radioterapia, 25% (71) da

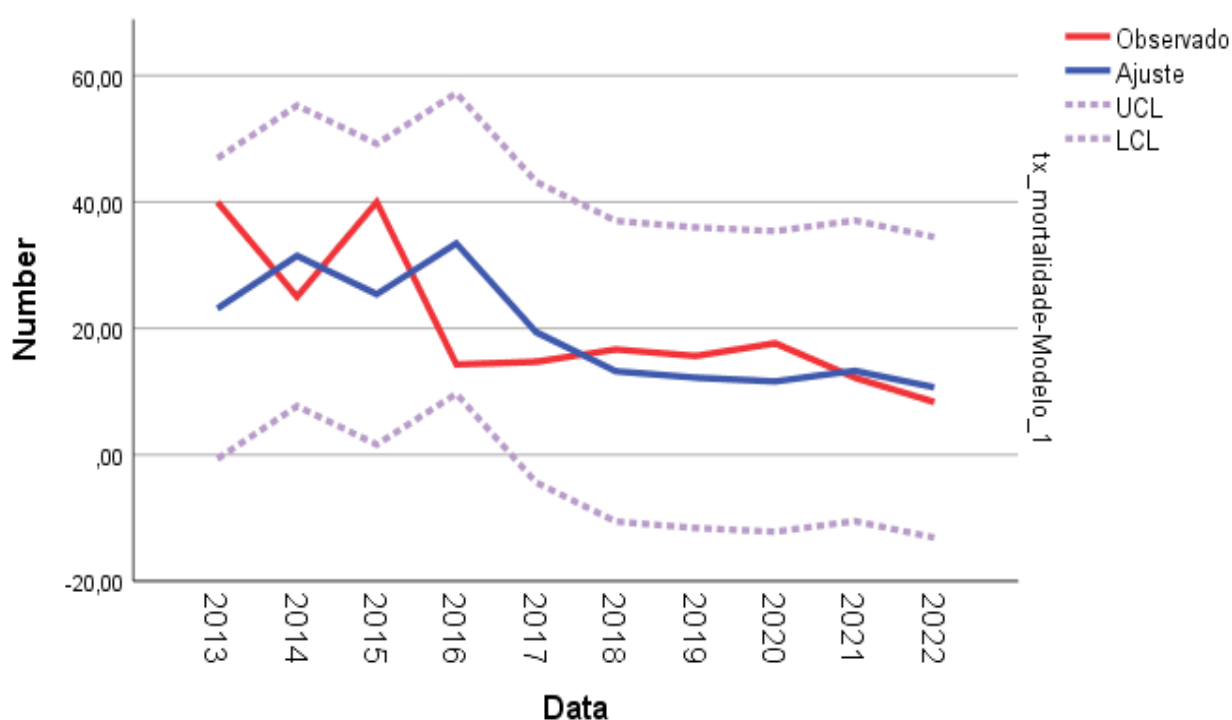


amostra. Após 1 ano de tratamento, cerca de 33% (93) das pacientes não tinham registro de remissão completa da doença (Tabela 2).

Sobre a taxa de mortalidade hospitalar por CCU de mulheres indígenas, ao realizarmos a análise temporal

(figura 3), observamos que houve um declínio da mortalidade de mulheres indígenas no período analisado, com altas taxas nos anos de 2013 e 2015. Chama atenção a taxa do ano de 2020, a maior após 2015.

Figura 3. Análise Temporal da Taxa de Mortalidade de Indígenas por CCU no Brasil (2013-2022) utilizando modelo de suavização exponencial Brown.



Fonte: Dados do estudo: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS).

Tabela 3. Análise Temporal da Taxa de Mortalidade de Indígenas por CCU no Brasil e previsões (2013-2022) utilizando modelo de suavização exponencial Brown. ($R^2=0.78$).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Taxa de Mortalidade	40	25	40	14,29	14,71	16,67	15,63	17,65	12,2	8,33
Previsão da Taxa de Mortalidade	23,14	31,48	25,41	33,44	19,41	13,22	12,2	11,6	13,29	10,68
Limite de Confiança Inferior (LCL)	-0,64	7,69	1,62	9,65	-4,37	10,57	11,58	12,18	-10,5	13,11
Limite de Confiança Superior (UCL)	46,93	55,26	49,19	57,22	43,2	37	35,99	35,39	37,07	34,46

Fonte: Dados do estudo. Sistema de Informações Hospitalares.

Ao analisarmos os resultados sobre o Limite de Confiança Inferior (LCL) e Limite de Confiança Superior (UCL) na tabela de análise temporal observamos que as taxas de mortalidades de todos os anos, exceto 2020, estiveram dentro do intervalo entre o LCL e UCL, fato que estatisticamente demonstra que o ano de 2020 apresenta uma “anomalia” significativa, sendo um sinal de alerta para análise e discussão do resultado deste ano na série temporal.

DISCUSSÃO

O Subsistema de Saúde Indígena, criado em 1999 como parte do Sistema Único de Saúde, representa um marco nas políticas públicas de saúde para a população indígena no Brasil. Mesmo assim, ainda hoje vivemos iniquidades raciais, com diferenças marcantes quando comparamos o acesso à saúde das mulheres indígenas e das não indígenas no Brasil. Nosso estudo apresenta apenas uma das doenças que sofrem os efeitos dessa desigualdade (SANTOS *et al.*, 2022; THOMAZINHO, 2024).

Os achados do estudo demonstraram que, a partir de 2014, ocorre um aumento significativo no número de exames preventivos para o CCU realizados por mulheres indígenas. Esse cenário pode estar relacionado com a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria n.º 15, em 21 de maio de 2014, que determinou normas mais claras para acompanhamento e monitoramento das ações de atenção à saúde aos povos indígenas. Esta portaria regulamentou mecanismos de avaliação e monitoramento das ações, com maior supervisão das ações e outras obrigаторiedades para execução de convênios com as SESAI, fatores que podem ter resultado no aumento não só dos exames preventivos, mas também de outras ações de saúde (BRASIL, 2014).

Em 2020, contudo, registrou-se o declínio da realização dos exames preventivos. A pandemia de COVID 19 obrigou a reorganização das ações de saúde, com redirecionamento dos recursos humanos, financeiros e dos serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia. Por isso, esse panorama de redução dos exames preventivos não foi exclusivo para as populações indígenas, mas ocorreu para todas as mulheres da população brasileira. Além disso, estudos relatam que as mulheres pobres e as populações indígenas foram as mais

propensas a não buscar cuidado para outras condições de saúde durante a pandemia (HORTA *et al.*, 2022; DIAS; MONTAGNER, 2023)

Nossos resultados demonstram que o estado do Amazonas é o terceiro estado em média de exames citopatológicos realizados em mulheres indígenas, mesmo sendo o estado com a maior população indígena do país. Estudos demonstram que o estado do Amazonas apresenta desafios para cumprir as metas estabelecidas para cobertura dos exames preventivos para o CCU independente da raça da mulher. Esse panorama relaciona-se a carência de serviços para a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, associada as peculiaridades geográficas como a grande extensão territorial do estado, que possui 62 municípios, os quais majoritariamente o acesso exclusivamente fluvial para capital Manaus, que concentra os serviços mais qualificados e especializados em saúde (MEIRA *et al.*, 2022; SOUSA *et al.*, 2021).

Já o estado do Mato Grosso do Sul, localidade com a segunda maior população indígena do país, embora tenha evidências de fragilidades na realização de exames preventivos, foi este o estado que apresentou a maior média de exames preventivos em indígenas. Isso pode ser explicado pelo fato de as mulheres indígenas desse estado terem uma grande representatividade política e social, o que pode influenciar na cobrança de políticas públicas de saúde mais efetivas e na maior adesão aos cuidados em saúde (SOUZA *et al.*, 2022).

O perfil etário das mulheres indígenas que realizaram os exames preventivos para o CCU encontrado em nosso estudo, corrobora outras pesquisas com mulheres de todas as raças, com maior adesão ao exame Papanicolau entre 25 e 35 anos. Os escassos estudos com dados primários de mulheres indígenas brasileiras apresentam uma maior adesão ao exame preventivo na faixa etária de 25 a 49 anos. Todavia, quando analisam a adesão das mulheres indígenas ao exame preventivo na faixa etária recomendada pelo Ministério da Saúde para a realização do exame (25 a 64 anos), os estudos registram baixa adesão destas mulheres a esta medida preventiva (MACHADO *et al.*, 2020; ROSALEN *et al.*, 2024).

No estudo de Machado *et al.* (2020), as mulheres indígenas da etnia Mbyá-Guarani do Rio Grande do Sul citaram como motivos de não adesão ao exame preventivo, a demora ou não devolução dos resultados dos exames, o que criava um hiato nas orientações e continuidade do



tratamento. Isso é uma realidade, estudo de Moysés *et al.* (2024) que analisou a iniquidade racial no acesso aos exames preventivos, utilizando dados secundários do período de 2014 a 2023, comprovou que o maior percentual de exames alterados recebidos após 60 dias era de mulheres da raça indígena (32,39%) (MACHADO *et al.*, 2020; MOYSÉS *et al.*, 2024).

Outros obstáculos podem estar relacionados às questões de autocuidado e sobre o entendimento da importância de medidas preventivas. A maioria das pessoas busca por cuidado a partir do aparecimento de sintomas. No caso de populações indígenas, somam-se a essa percepção, particularidades culturais, costumes e crenças, que devem ser considerados pelos gestores e profissionais de saúde (MACHADO *et al.*, 2020; ROSALEN *et al.*, 2024).

Ainda no que tange aos desafios do acesso à saúde para populações indígenas, cumpre citar o estudo de Thomazino (2024) que analisou a coordenação do cuidado das populações indígenas na percepção dos profissionais atuantes na Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Distrito Sanitário Estadual Indígena do Mato Grosso do Sul. Os relatos registram as barreiras para o acesso aos cuidados em saúde, porque os pacientes indígenas sentem-se envergonhados de irem em serviços fora da SESA, especialmente por estes serviços não terem instrumentos interculturais, como a presença de tradutores ou mesmo profissionais indígenas. Esta ausência impacta na compreensão das orientações sobre os próximos passos para os cuidados em saúde. Estes profissionais também alegaram grande dificuldade de marcação de consultas e exames para os indígenas. Este cenário retrata a descoordenação do cuidado, que não tem uma integração da SESA com os demais aparatos do SUS, como hospitais, unidades básicas de saúde, ou policlínicas (THOMAZINHO, 2024).

Especificamente sobre os resultados dos exames preventivos, outro dado que chama atenção é o percentual de amostras satisfatórias sem representatividade da zona de transformação (ZT), mais de 50%. A recomendação é que no esfregaço contenha a ZT, pois esta é a área onde estão localizadas mais de 90% das lesões precursoras de CCU. Segundo a literatura, esse resultado pode estar relacionado ao despreparo dos profissionais que realizam a coleta. Esse resultado impacta diretamente no diagnóstico correto e oportuno das lesões. Assim sendo,

reforça a necessidade de qualificação técnica dos profissionais que atuam em populações indígenas, além de maior preparo para responder às suas peculiaridades (SOUZA *et al.*, 2022; RODRIGUES *et al.*, 2022).

Sobre o perfil de internação de mulheres indígenas por CCU, os resultados constataram que a maioria das pacientes era procedente de dois estados, o Amazonas, sendo o estado com maior população indígena, e do estado com maior adesão ao exame preventivo, o estado do Mato Grosso do Sul. Além disso, ressalta-se que a faixa etária da maioria das pacientes indígenas internadas era de 39 a 49 anos, mais jovens que as mulheres não indígenas. Cumpre citar que diversos estudos confirmam que no Brasil as taxas de mortalidade por CCU abaixo de 60 anos são impactantes, principalmente na faixa etária de 45 a 59 anos. Análises sobre a evolução da mortalidade de mulheres indígenas por CCU demonstram que elas falecem mais jovens e que nos últimos anos houve um aumento de cerca de 80% da taxa de mortalidade em mulheres indígenas quando comparadas com mulheres brancas (DE MELO *et al.*, 2024; GOES *et al.*, 2024; MEIRA *et al.*, 2022;).

Os achados deste estudo corroboram a literatura, que descreve que as mulheres indígenas têm maior risco de diagnóstico em estágio avançado. Em nosso estudo, a maioria estava em estágio III. Estudos descrevem que este cenário pode estar relacionado ao fato da baixa conscientização das mulheres indígenas sobre a prevenção primária da doença, as deficiências dos programas de rastreio e dificuldades no acesso ao tratamento adequado após o diagnóstico, especialmente devido aos contextos socioculturais. O tratamento da maioria das mulheres também seguiu as recomendações mais frequentes do Instituto Nacional do Câncer e da Sociedade Europeia de Ginecologia e Oncologia, o qual é a cirurgia e combinação da quimioterapia e radioterapia. (CIBULA *et al.*, 2018; DE OLIVEIRA LIMA *et al.*, 2024; DE MELO *et al.*, 2024; INCA, 2000).

O diagnóstico tardio reforça as barreiras de acesso à saúde das mulheres indígenas. Essa iniquidade em saúde é pautada por diversas expressões de racismo estrutural e institucional. Somado a isso, as mulheres indígenas são mais pobres e têm menor nível de escolaridade. Em nosso estudo, predominantemente, as indígenas internadas para tratamento de CCU eram analfabetas (26%). O sub-registro de escolaridade das indígenas nos sistemas de



informações em saúde é uma limitação, haja vista esse ser um dado importante para análise de busca por cuidado. De acordo com a literatura, a menor escolaridade está associada a um menor acesso das mulheres indígenas às consultas ginecológicas para o rastreamento do CCU, e ao aumento do risco de desenvolvimento da doença (GOES *et al.*, 2024).

Além desses fatores, ainda existem desafios geográficos, pois a maioria das indígenas habita nas periferias urbanas, em áreas rurais ou são aldeadas. Esse cenário resulta em menos acesso a consultas ginecológicas, aos exames preventivos e ao tratamento (DE OLIVEIRA LIMA *et al.*, 2024; GOES *et al.*, 2024).

Sobre as taxas de mortalidade hospitalar, dos dez anos analisados, observamos as maiores taxas no ano de 2013 e 2015 (40%). O ano de 2013 é o início da análise e se caracteriza por piores números de exames preventivos. O resultado do ano de 2015 talvez esteja relacionado à ampliação do diagnóstico e consequentemente das internações para tratamento do CCU, diante do aumento relevante, a partir de 2014, dos exames preventivos, com a maior exigência de qualificação do monitoramento das ações pela SESAI (BRASIL, 2014).

O ano de 2020, comparado com a série histórica dos 10 anos, apresenta a maior taxa de mortalidade hospitalar após o ano de 2015. Mais uma vez identificamos o impacto da Pandemia de Covid 19 no acesso aos cuidados de saúde para outras doenças. Sabidamente, o uso dos leitos hospitalares foi prioritariamente direcionado para o tratamento dos pacientes com COVID, diante da situação crítica. Cabe citar que o estado do Amazonas, localidade com maior número de mulheres indígenas internadas para tratamento de CCU, no período em análise, viveu o colapso do sistema de saúde, impactando no cuidado de todos os pacientes hospitalizados. Soma-se a isso que, durante a pandemia, as populações indígenas foram severamente afetadas por políticas vagas e excludentes (FUCHS *et al.*, 2021; GOES *et al.*, 2024; TEIXEIRA, 2020).

O impacto da pandemia de COVID-19 no rastreamento e tratamento do CCU não se restringiu às mulheres indígenas. Diversos estudos apontam uma queda significativa na realização dos exames preventivos (Papanicolau) em todo o Brasil. Embora a região Sul tenha sido menos afetada, a média de redução na realização dos exames foi de cerca de 50% nacionalmente. Além disso,

observou-se uma diminuição de aproximadamente 35% nas biópsias e mais de 15% nas cirurgias oncológicas. Esse cenário evidencia que o ano de 2020 foi um marco de alerta em relação ao acesso ao cuidado oncológico, especialmente para o câncer de colo do útero no Brasil (MILITÃO *et al.*, 2021; RIBEIRO; CORREA; MIGOWSKI, 2022).

Diante dos resultados apresentados em nosso estudo, é importante destacar algumas iniciativas que têm contribuído significativamente para aumentar a adesão ao rastreamento entre as mulheres indígenas, como projetos que estimulam a escuta qualificada sobre os problemas ginecológicos. Outro exemplo é o projeto Xingu/UNIFESP, que atua na organização e implementação de ações de controle, rastreamento e tratamento no território do Parque Indígena do Xingu. Este projeto busca estabelecer uma linha de cuidado que respeite as características culturais e territoriais destas comunidades, com ênfase na criação de um plano bem estruturado de referência e contrarreferência. Além disso, a literatura aponta outras estratégias eficazes, como a autocoleta para o exame de HPV, práticas de educação em saúde focadas na saúde reprodutiva e no fortalecimento do vínculo de confiança entre profissionais de saúde e as mulheres indígenas. (MACENA, 2023; ROSALEN *et al.*, 2024)

CONCLUSÃO

A mulher indígena ocupa espaços de grande relevância nos territórios e famílias indígenas, muito além dos papéis de mãe, dona de casa e cuidadora do marido. Hoje, elas assumem postos de liderança e representam o maior percentual de indígenas empregados na área de saúde e educação. Assim como em famílias não indígenas, a mulher tem historicamente um papel de manter a unidade familiar, de ser a mediadora de conflitos e a referência de afetos. Por isso, o adoecimento e morte de uma mulher indígena é uma tragédia e tem um impacto importante na estrutura das suas famílias e da sua comunidade.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários provenientes de bases públicas, especialmente no que diz respeito à subnotificação e à ausência de algumas variáveis de interesse, o que impossibilitou uma análise mais aprofundada e crítica sobre certos aspectos. No entanto, considerando os

desafios de conduzir estudos com dados primários em populações indígenas, acreditamos que a pesquisa ao traçar um panorama da prevenção do CCU e da morbimortalidade de mulheres indígenas por esta doença, contribui para lançar uma alerta sobre a necessidade de políticas públicas que considerem as especificidades antropológicas destas pacientes, suas crenças e características culturais. Além disso, reforça a urgência de reorganização da linha de cuidado do CCU para as mulheres indígenas, considerando as peculiaridades desta população, buscando soluções para aumentar a adesão ao

rastreio e diminuição da morbimortalidade por CCU, através de ações de conscientização do autocuidado.

Para esse processo de autopercepção da importância do autocuidado e busca por cuidado temos que considerar que cada etnia indígena tem peculiaridades e por isso o conhecimento dessas características é um dos principais instrumentos para busca de ações direcionando as necessidades e características interculturais. Por fim, acreditamos que somente um trabalho multidisciplinar e interinstitucional poderá a longo prazo mudar o panorama impactante dos indicadores de prevenção, morbidade e mortalidade do CCU em mulheres indígenas.

REFERÊNCIAS

ABRITTA, M. L. R. TORRES, S. R.; FREITAS, D. Saúde das mulheres indígenas na América Latina: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 9, n. 2, p. 164-177, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25194/rebrasf.v9i2.1449>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 15, de 21 de maio de 2014**. Brasília, 2014.
CIBULA, D. *et al.* The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. **Radiotherapy and Oncology**, v. 127, n. 3, p. 404-416, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00428-018-2362-9>.

DANTAS, D. B. *et al.* Mortality from cervical cancer in Brazil: an ecological epidemiologic study of a 22-year analysis. **ecancermedicalsecience**, v. 14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1064>.

DANTAS, P. *et al.* Desigualdades sociais no diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo de base hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.03872023>.

DE MELO, A. C. *et al.* Population-Based Trends in Cervical Cancer Incidence and Mortality in Brazil: Focusing on Black and Indigenous Population Disparities. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 1,

n. 11, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-023-01516-6>.

DE OLIVEIRA LIMA, T. *et al.* Time series and risk factors associated with mortality in women with cervical cancer from 2000 to 2021. **Gynecologic Oncology Reports**, v. 55, p. 101490, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gore.2024.101490>.

DE OLIVEIRA SANTOS, M. *et al.* Estimativa de incidência de câncer no Brasil, 2023-2025. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 69, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2023v69n1.3700>.

DIAS, L. M.; MONTAGNER, M. I. O efeito da pandemia de COVID-19 na coleta de material do colo do útero para exame citopatológico no Brasil. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 169-189, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v17i4.3157>.

GÓES, E. F. *et al.* The intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: inequalities in breast and cervical cancer mortality in 20,665,005 adult women from the 100 Million Brazilian Cohort. **Ethnicity & Health**, v. 29, n. 1, p. 46-61, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/13557858.2023.2245183>.

FUCHS, V. B. The Case of Brazil: Coloniality and Pandemic Misgovernance as Necropolitical Tools in the Amazon. **The International Journal of Social Quality**,

v. 11, n. 1-2, p. 111-142, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3167/IJSQ.2021.11010208>.

HORTA, B. L. *et al.* COVID-19 and outpatient care: a nationwide household survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194121>.

IBGE. IBGE – População: Censo Demográfico. s/d. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-2020-censo4.html>. Acesso em: 30 mai. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer do Colo do Útero: Condutas do INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 46, n. 4, p. 351–54, 2000. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2000v46n4.2415>.

NOVAIS, I. R. *et al.* Cervical cancer screening in Brazilian Amazon Indigenous women: Towards the intensification of public policies for prevention. **PLoS ONE**, v. 18, n. 12, p. e0294956–e0294956, 8 dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294956>.

LUIZ, O. C. *et al.* Iniquidade racial na mortalidade por câncer de colo de útero no Brasil: estudo de séries temporais de 2002 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. e05202023., 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.05202023>.

MACENA, Luis Michele. **Estratégias para prevenção e rastreamento do câncer de colo uterino em mulheres indígenas: abordagens interculturais**. 2023. 14 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2023.

MACHADO, L. G. *et al.* Rastreamento do Câncer do Colo Uterino em Mulheres Indígenas Mbyá-Guarani. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 2, 21 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v19i2.1471>.

MEIRA, K. C. *et al.* Inequalities in Temporal Effects on Cervical Cancer Mortality in States in Different Geographic Regions of Brazil: An Ecological Study.

International Journal os Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 9, p. 5591. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095591>.

MILITÃO, Bruno Vítor Peixoto *et al.* Repercussões da pandemia de Sars-Cov-2 na realização do exame de Papanicolau: um estudo epidemiológico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 9, p. e8869-e8869, 2021.

MOYSÉS, R. *et al.* **Iniquidade Racial no Acesso ao Exame Preventivo para o Câncer de Colo de Útero no Brasil: Análise de uma década (2014-2023)** In: 6.^a Reunião Internacional da RACS. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/6rracs/trabalho/371547>. Acesso em: 25/09/2024 às 20:13.

RIBEIRO, Caroline Madalena; CORREA, Flávia de Miranda; MIGOWSKI, Arn. Efeitos de curto prazo da pandemia de COVID-19 na realização de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento do câncer no Brasil: estudo descritivo, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 1, p. e2021405, 2022.

RODRIGUES, D. D. *et al.* Associação da qualidade das amostras aos fatores obscurecedores dos exames citopatológicos encaminhados a um laboratório escola de Goiânia, Goiás. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 54, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21877/2448-3877.202202069>.

ROSALEN, J. *et al.* Rastreamento de câncer do colo do útero em uma população indígena na Amazônia brasileira: o caso do DSEI Amapá e Norte do Pará e da Terra Indígena Wajãpi. **O Mundo da Saúde**, v. 48, 2024. DOI: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15932024P>.

SANTOS, R.V, *et al.* Health of Indigenous peoples in Brazil: Inequities and the uneven trajectory of public policies. In: **Oxford Research Encyclopedias of Global Public Health** (D. McQueen, Ed.). Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 1-33.2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.33>.

SOUSA, G. A. de *et al.* Linha de Cuidado do Câncer do Colo do Útero no Amazonas: uma Análise da Prevenção ao Tratamento de Lesões Precursoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 3. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1282>.

SOUZA, G. R. M. *et al.* Perfil do rastreamento do câncer do colo do útero em Campo Grande, Mato Grosso do Sul: um estudo avaliativo do período 2006-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. 2, p. e20211179, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200018>.

TEIXEIRA, S. C. Circumnavigating the challenges of COVID-19 for indigenous people: perspectives for public health. **Public Health**, v. 186, n. 1, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.07.021>.

THOMAZINHO, G. Descoordenação a serviço do racismo institucional: considerações sobre o acesso de indígenas à política de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 2, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230408pt>.

WANG, M. *et al.* Global Cervical Cancer Incidence by Histological Subtype and Implications for Screening Methods. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 1, n. 14, 3 jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s44197-023-00172-7>.

